

ATIVIDADE FÍSICA E FATORES ASSOCIADOS EM PROFISSIONAIS  
DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E POPULAÇÃO RESIDENTE NA  
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE  
MUNICÍPIOS DAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL

por

Fernando Carlos Vinholes Siqueira

---

Tese Apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Educação Física da  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Doutor

Outubro, 2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE DESPORTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

A tese

**ATIVIDADE FÍSICA E FATORES ASSOCIADOS EM  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E  
POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA  
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DAS  
REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL**

Elaborada por Fernando Carlos Vinholes Siqueira

E aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Pós-graduação em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de

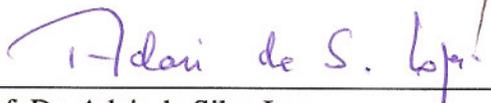
**DOUTOR EM EDUCAÇÃO FÍSICA**  
**Área de concentração: Atividade Física Relacionada à Saúde**

Data: 30 de outubro de 2009

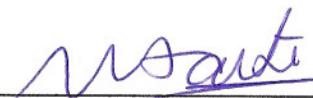
BANCA EXAMINADORA



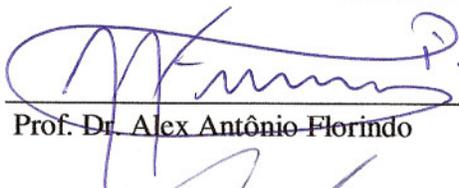
Prof. Dr. Markus Vinícius Nahas – Orientador



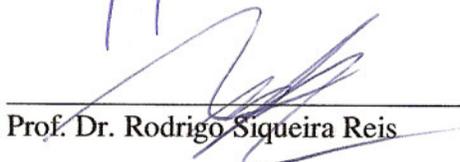
Prof. Dr. Adair da Silva Lopes



Prof. Dr.ª Maria de Fátima da Silva Duarte



Prof. Dr. Alex Antônio Florindo



Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Reis

**S618a Siqueira, Fernando Carlos Vinholes**

Atividade física e fatores associados em profissionais da atenção básica à saúde e população residente na área de abrangência dos serviços de saúde de municípios da região Sul e Nordeste do Brasil / Fernando Carlos Vinholes Siqueira; orientador Markus Vinícius Nahas. – Florianópolis : UFSC, 2009.

131 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina; Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2009.

1. Atividade física 2. Epidemiologia I. Título.

**CDD 613.7**

Ficha catalográfica: M. Fátima S. Maia CRB 10/1347

*Escrever é fácil:*

*Você começa com uma letra maiúscula e  
termina com um ponto final.*

*“No meio você coloca as idéias.”*

**Pablo Neruda**

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Markus Vinícius Nahas pela disponibilidade e amizade.

Aos Professores Luiz Augusto Facchini (UFPeI), Pedro Rodrigues Curi Hallal (UFPeI) e Harold Willian Kohl III (Universidade do Texas) pelos ensinamentos e aprendizagem proporcionada.

À minha família, Denise, Mariana e Gabriela pelo apoio e amor diário.

A meus pais e irmãos.

Ao meu colega Prof. José Cazuza de Farias Junior, Juciane e Maria Luíza, pela amizade e companheirismo.

Ao grupo de Pesquisa do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

A todas as pessoas que tornaram este trabalho possível.

A Deus, pela vida e saúde.

## RESUMO

### **ATIVIDADE FÍSICA E FATORES ASSOCIADOS EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE E POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL**

Autor: Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Orientador: Markus V. Nahas

Co-orientador: Pedro Rodrigues Curi Hallal

Esta Tese de Doutorado intitulada “Atividade Física e fatores associados em profissionais da Atenção Básica à Saúde e população residente na área de abrangência dos serviços de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil”, está inserida em um projeto integrado de capacitação e pesquisa em avaliação da atenção básica à saúde, sob responsabilidade do Departamento de Medicina Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas – UFPel. O projeto integra o componente 3 (monitoramento e avaliação) do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde (MS). Tal projeto foi delineado para articular atividades de capacitação e pesquisa contemplando todos os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, distribuídos nos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte (Lote 2 – Nordeste), Rio Grande do Sul e Santa Catarina (Lote 2 – Sul). Nesta tese estão apresentados três artigos: 1. Atividade física em profissionais de saúde do sul e nordeste do Brasil; 2. Aconselhamento para prática de atividade física como estratégia de educação à saúde e; 3. Estudo dos fatores considerados mais importantes pela população para a manutenção da saúde. No primeiro foi realizado um estudo transversal em 240 unidades básicas de saúde (UBS) dos modelos tradicional de assistência ou vinculadas ao Programa de Saúde da Família (PSF), envolvendo 3347 profissionais de saúde, que responderam ao Questionário Internacional de Atividade Física. A prevalência de inatividade física foi de 27,5%. Inatividade física foi mais freqüente nos profissionais do modelo tradicional, nos profissionais que trabalham em municípios de grande porte e naqueles que possuem alto nível socioeconômico. O segundo artigo descreve a prevalência de aconselhamento educativo à saúde relacionado à atividade física entre as pessoas que utilizaram alguma vez na vida uma unidade básica de saúde, e verifica alguns fatores associados. Estudo com delineamento transversal e amostra aleatória de indivíduos adultos (n=4060) e idosos (n=4003), moradores em áreas de abrangência de unidades de saúde. A prevalência de aconselhamento relacionado à atividade física foi de 28,9% entre os adultos e de 38,9% entre os idosos. O aconselhamento à prática de atividade física nas unidades básicas de saúde foi pouco utilizado frente às necessidades dos indivíduos, principalmente em termos de estimularem hábitos de vida saudáveis. O terceiro artigo verifica os fatores que adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde priorizam como importantes para manter uma vida saudável. Estudo transversal com 4060 adultos e 4003 idosos residentes em áreas de abrangência de 240 unidades básicas de saúde das regiões Sul e Nordeste. Um cartão com figuras e frases referentes a sete fatores relacionados com o risco de doenças e agravos não transmissíveis foi mostrado aos indivíduos, pedindo-se que os mesmos indicassem o fator mais relevante para a saúde. Os fatores mais freqüentemente indicados pelos adultos foram alimentação saudável (33,8%), realizar exercício físico (21,4%) e não fumar (13,9%). Entre os idosos, os fatores mais relatados foram alimentação saudável (36,7%), não fumar (17,7%) e consultar o médico regularmente (14,2%).

## **ABSTRACT**

### **PHYSICAL ACTIVITY AND ASSOCIATED FACTORS IN HEALTH PROFESSIONALS AND RESIDENT POPULATION IN AREA SERVED BY HEALTH SERVICES OF CITIES OF THE REGIONS SOUTH AND NORTHEAST OF BRAZIL**

Author: Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Advisor: Markus V. Nahas, PhD

Co-advisor: Pedro Rodrigues Curi Hallal

The thesis entitled “Physical activity and associated factors in health professionals and resident population in area covered of health services of cities from South and Northeast regions of Brazil”, is part of an integrated project of qualification and research in evaluation of the primary health attention under responsibility of the Department of Social Medicine, of the Department of Nursing and the Epidemiology Research Center of the Federal University of Pelotas - UFPel. The project integrates the component 3 of the Program of Expansion and Consolidation of the Health Family (PROESF) of the Ministry of Health (MS). Such project was designed to perform qualification and research activities covering all the 41 cities with more than a hundred thousand inhabitants, distributed in the states of Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul and Santa Catarina, enclosed in the Lot 2 - Northeast and Lot 2 - South, respectively. In this thesis three papers are presented: 1. Physical activity among health professionals from the South and Northeast regions of Brazil; 2. Counseling for physical activity practice as a strategy of health education and; 3. Study of the factors considered by the population as the most important for maintaining health. In the first study, a cross-sectional survey was carried out in 240 primary health care units of the traditional model of assistance or units linked to the Family Health Program (PSF) involving 3347 health professionals that answered the International Physical Activity Questionnaire. The prevalence of physical inactivity was 27.5%. Physical inactivity was more frequent among health professionals working in units of the traditional model, among health professionals working in big cities and with high socioeconomic level. The second paper investigated the prevalence of health counseling relative to physical activity among people who used, at least once, primary health care, and assessed the variables associated with health counseling. This cross-sectional study included a random sample of 4,060 adults and 4,003 older adults living in areas covered by primary health care. The prevalence of physical activity counseling was 28.9% for adults, and 38.9% for older adults. Physical activity counseling at community health centers is under promoted considering the individual needs towards healthy living. The third paper, explored in a sample of adults and elderly subjects living in areas covered by primary health care in Brazil, which factors people rank as more important for health. The design was again cross-sectional and the study comprised 4,060 adults and 4,003 elderly subjects living in areas covered by 240 primary health care units in the South and Northeast regions of Brazil. A paper card with pictures and sentences related to seven factors associated with the risk of non-communicable chronic diseases was shown to individuals, and they were asked to point out which factor was the most important for health. Among adults, the most frequently indicated factors were healthy diet (33.8%), physical exercise (21.4%) and avoid smoking (13.9%). Among the elderly, the leading factors were healthy diet (36.7%), avoid smoking (17.7%) and having regular medical consultations (14.2%).

# ÍNDICE

|  | Página |
|--|--------|
| Capítulo   |        |
| I. INTRODUÇÃO.....   | 01     |
| Definição de termos  |        |
| Justificativa  |        |
| Estrutura da Tese  |        |
| II. REFERENCIAL TEÓRICO.....   | 06     |
| III. OBJETIVOS.....  | 25     |
| IV. MÉTODOS.....   | 26     |
| V. ASPECTOS ÉTICOS.....  | 40     |
| VI. TRABALHO DE CAMPO.....   | 41     |
| VII. ARTIGOS DA TESE.....  | 45     |
| Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil                     |        |
| Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde      |        |
| Estudo dos fatores considerados mais importantes pela população para a manutenção da saúde |        |
| VIII. CONCLUSÕES.....  | 119    |
| IX. REFERÊNCIAS BLIOGRÁFICAS.....  | 121    |
| ANEXOS.....  | 130    |

## I. INTRODUÇÃO

Esta Tese de Doutorado discute a atividade física nos profissionais e na população das áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde, e pretende mostrar a necessidade da presença do profissional da área da atividade física (AF) junto a estes serviços, com o objetivo de melhorar os níveis atuais de AF nestes grupos.

A Tese está inserida em um projeto integrado de capacitação e pesquisa em avaliação da atenção básica à saúde, sob responsabilidade do Departamento de Medicina Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas – UFPel. O projeto integra o componente 3 (monitoramento e avaliação) do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde (MS). Tal projeto foi delineado para articular atividades de capacitação e pesquisa contemplando todos os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, distribuídos nos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, incluídos nos Lotes 2 – Nordeste e Lote 2 – Sul, respectivamente.

A pesquisa através do estudo de linha de base incluiu quatro dimensões orientadoras da avaliação da atenção básica: político-institucional, organizacional da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema de saúde (1). Através de uma abordagem epidemiológica, se avaliou quanto as exposições ao PROESF (Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família) e ao Programa de Saúde da Família (PSF) afetam a variabilidade dos indicadores de cobertura, desempenho do sistema de saúde e situação de saúde da população, estabelecendo uma referência para avaliações e acompanhamentos futuros.

Todos os municípios estudados estavam recebendo apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde, buscando estruturar a estratégia Saúde da Família

como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e viabilizar a rede de serviços de suporte de outros níveis de complexidade, para assegurar assistência integral aos usuários (1, 2).

O presente estudo buscou responder às indagações: Qual a prevalência de atividade física insuficiente entre os profissionais de saúde e população residente em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de estados do Sul e Nordeste do Brasil? e Qual a ocorrência de aconselhamento em saúde relacionado à atividade física (AF) por profissionais de saúde?

## 1.1 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Alguns termos utilizados ao longo desta tese são apresentados a seguir:

Atividade Física: Qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso (5).

Atividade Física Insuficiente: Foram considerados insuficientemente ativos aqueles indivíduos classificados como irregularmente ativos e sedentários conforme recomendações do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ). O nível de AF, nesta recomendação é medido pela frequência e duração da realização de AF moderada, vigorosa e caminhada, permitindo a classificação dos indivíduos em: muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário (3, 4, 17).

Unidade Básica de Saúde: Locais destinados à promoção, proteção ou recuperação da saúde, que integram o primeiro nível hierárquico de atenção do sistema. Fazem parte do meio social, onde vivem as pessoas, sendo, portanto, um dos elementos que podem alterar a frequência e distribuição dos agravos de saúde e melhorar a qualidade de vida, devendo-se sempre ter em mente a complexidade de razões que

fazem com que um serviço esteja disponível para a população, seja utilizado por ela e que, deste contato, resulte algo positivo para a saúde (6).

Aconselhamento à prática de atividade física: Foi definido como ter recebido alguma vez na vida, em uma consulta, em uma unidade básica de saúde, orientação para a prática de exercícios físicos para melhorar a saúde.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Mudanças relacionadas à expectativa de vida vêm ocorrendo nos últimos anos de forma muito rápida. Estas alterações têm determinado uma modificação no perfil populacional e de morbimortalidade proporcionando envelhecimento da população por melhora na expectativa de vida, pelo controle das doenças infecciosas e conseqüente aumento proporcional das doenças crônico-degenerativas além da diminuição das taxas de natalidade (7, 8).

Em relação à expectativa de vida e envelhecimento populacional, está previsto que a população no mundo com mais de 50 anos dobre em número entre os anos de 1990 e 2020 (9). No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estima em 11% a população com mais de 60 anos até o ano 2020 (10). Estas mudanças têm despertado grande interesse na área de saúde pública.

O envelhecimento populacional e a possibilidade do aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas provocam a necessidade da preparação e adequação dos serviços, além da formação de profissionais para o atendimento desta nova demanda.

Em relação aos profissionais de saúde, existe a necessidade de se conhecer as dificuldades e facilidades para um estilo de vida mais saudável, pois este é o grupo de quem se espera o aconselhamento e o multiplicar de ações voltadas a um estilo de vida

mais ativo. Atualmente os profissionais de saúde são considerados um dos maiores grupos ocupacionais no Brasil. Sendo assim, conhecer as prevalências de AF neste grupo profissional, que interage diretamente com a população das áreas de abrangência das UBS deve fazer parte do processo de capacitação e preparo para atendimento.

Embora o sistema de saúde atual ofereça atendimento universal à população, problemas relacionados à escassez de recursos humanos, garantia de acesso, utilização do serviço e equidade no atendimento, têm sido descritos. A correção dos problemas identificados e o direcionamento dos serviços à população adulta e idosa são essenciais para melhorar a qualidade de vida no país.

Por outro lado, alguns trabalhos têm demonstrado a importância da AF na prevenção e tratamento de diversas morbidades crônicas de alta prevalência em adultos e idosos. Pessoas ativas têm menor risco de doenças coronarianas, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, osteoporose, câncer de mama e de próstata entre outras (11-13). Sendo assim, é importante a participação dos profissionais de saúde, principalmente na atenção básica, estimulando modificações no comportamento das pessoas em relação a posturas determinantes de um estilo de vida mais saudável (14, 15).

No Brasil, níveis insuficientes de AF apresentam altas prevalências (16-19), gerando custos operacionais relacionados ao atendimento das morbidades associadas a essa condição. Diminuir estes níveis, com a participação da atenção básica à saúde e seus profissionais, pode representar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde populacionais e nos custos relacionados à gestão destes serviços (20).

### 1.3 ESTRUTURA DA TESE

Considerando a Norma 02/2008 PPGEF, que dispõe sobre instruções e procedimentos normativos para a elaboração e defesa de dissertações e teses, o presente trabalho foi desenvolvido no modelo alternativo, apresentando três artigos: a) Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil; b) Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde; e c) Estudo dos fatores considerados mais importantes pela população para a manutenção da saúde. Os artigos citados foram submetidos e aprovados para publicação em periódicos nacionais classificados conforme a exigência do programa.

## II REFERENCIAL TEÓRICO.

Com o objetivo de manutenção da saúde das populações, características socioeconômicas, comportamentais, barreiras arquitetônicas e pessoais tem sido identificadas dentre os determinantes da Atividade Física e estilo de vida.

O corpo de conhecimento até o momento produzido sobre o tema foi suficiente para que a Organização Mundial da Saúde estabelecesse um objetivo prioritário para 2010: diminuir a prevalência de sedentarismo para menos de 20% (116).

Neste contexto, características demográficas, socioeconômicas, culturais, disponibilidade e modalidade de serviços de saúde e perfil dos profissionais envolvidos nos cuidados de saúde foram examinados como macro determinante da AF em população residente em área de abrangência de UBS e em profissionais da saúde destes serviços.

Fundamentando esta concepção teórica, um conjunto de publicações sobre a temática foi identificado em bases de dados internacionais e nacionais, tanto em relação à população, quanto em relação aos profissionais de saúde. As estratégias de busca bibliográfica são apresentadas ao final desta seção.

### 2.1 Atividade física e saúde – prevenção e tratamento

O Quadro 1, mostra uma classificação feita por Shephard (1995) em relação às evidências presentes na literatura até aquele momento, da associação entre AF e morbimortalidade, dividindo-as em fortes, sugestivas e inconclusivas (11).

**Quadro 1.** Classificação das evidências presentes na literatura dos benefícios da atividade física em relação a diversas morbidades.

| <b>Classificação das evidências</b> |                            |                              |
|-------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| <b>Fortes</b>                       | <b>Sugestivas</b>          | <b>Inconclusivas</b>         |
| Doença cardíaca coronariana         | Doença vascular periférica | Acidentes cérebro-vasculares |
| Hipertensão arterial                | Obesidade média            | Diabetes tipo I              |
| Doença renal                        | Reumatismo                 | Dores lombares               |
| Diabetes tipo II                    | Osteoartrite               | Função imunológica           |
| Osteoporose                         | Doença pulmonar crônica    | Distúrbios neuromusculares   |
| Câncer de cólon                     |                            | Dependência química          |
| Câncer de mama                      |                            | Complicações da gravidez     |
| Câncer do trato reprodutivo         |                            |                              |
| Trauma cirúrgico                    |                            |                              |
| Depressão                           |                            |                              |
| Ansiedade                           |                            |                              |

Além do estudo de Shephard (1995), pesquisas posteriores demonstraram e reforçaram as evidências de que a AF contribui significativamente na redução de riscos de varias causas de morbimortalidade, em especial as cardiovasculares. Destacam-se os trabalhos de Wanamethee, Shaper & Walker (1998), Kujala et al (1998), Thune et al (1997) e Barengo et al (2004) (21-24).

A respeito da associação entre AF e doenças cardiovasculares, o estudo finlandês de Barengo et al (2004) mostra que níveis moderados a altos de AF no trabalho e no lazer estavam associados com redução dos riscos de doença cardiovascular

e mortalidade por todas as causas em ambos os sexos. Os autores concluem que promover a AF no lazer e no trabalho é essencial para prevenir doenças cardiovasculares e por todas as causas de mortalidade (21).

No mesmo sentido do estudo anterior, Swain (2006) demonstrou que exercícios aeróbicos de intensidade vigorosa, e não de qualquer tipo de AF, estão associadas com a redução dos riscos de doença cardiovascular. Atividades de intensidade vigorosa aumentam a capacidade aeróbica mais efetivamente que as atividades de intensidade moderada (25).

Fokkema et al (2005), em estudo na Holanda, mostram que a alta prevalência de doenças cardiovasculares é amplamente atribuída ao estilo de vida contemporâneo, e que intervenções na área da nutrição e da AF mostram-se efetivas na prevenção de doenças cardiovasculares (26).

Em relação à associação da AF e diabetes tipo 2, Jonker et al (2006) dizem que a AF está associada com a redução de risco do desenvolvimento do diabetes e com a redução da mortalidade entre pacientes diabéticos. Concluem também que pessoas com atividade moderada e alta têm uma expectativa de vida maior e vivem mais anos livres do diabetes que as pessoas sedentárias (27).

Constantini et al (2005), em artigo de revisão, mostram que a AF oferece numerosos benefícios na prevenção e no controle do diabetes, incluindo um melhor controle da glicemia, redução de co-morbidades como a hipertensão, dislipidemia e doenças cardiovasculares, fazendo diminuir a mortalidade e promovendo melhor qualidade de vida (28).

Moy et al (1993) acompanharam diabéticos insulino-dependentes em relação à AF e a prevalência de mortes no grupo durante sete anos, comparando com um grupo controle sem dependência de insulina. O nível de AF total esteve inversamente

relacionado com as complicações geradas pelo diabetes. Homens inativos possuíam três vezes mais risco de morte em relação aos ativos (29).

A respeito da associação com a hipertensão arterial, Padilla et al (2005) mostram em estudo com normotensos, pré-hipertensos e hipertensos, que o efeito acumulado de um dia de AF como estilo de vida reduz a pressão arterial em hipertensos e pré-hipertensos. Os autores concluem que a AF pode ser utilizada como um modo de tratar pré-hipertensos e hipertensos (30).

Borjesson et al (2005) descrevem que a inatividade física é o maior fator de risco para a saúde cardiovascular, incluindo a hipertensão. Afirmaram ainda que a AF é muito pouco utilizada no cuidado à saúde, para a prevenção e o tratamento da hipertensão, e que o efeito da AF na redução da pressão arterial é igual ao da terapia farmacológica (31).

Barengo et al (2005), em um estudo com pessoas de ambos os sexos e idade entre 25 e 64 anos, relatam que altos níveis de AF no lazer estão associados com a redução do risco de hipertensão, e que promover a AF no lazer é essencial para preveni-la (32).

Greendale et al (1995) pesquisaram a associação entre AF no lazer e osteoporose, encontrando uma associação positiva entre AF atual e densidade óssea. Homens que realizavam AF intensas mostravam maior densidade óssea em relação àqueles sedentários ou que praticavam atividades leves (33). Cosman (2005), em estudo de revisão, afirma que a prevenção da osteoporose requer quantidades adequadas de cálcio, vitamina D, AF regular e evitar o tabagismo e álcool (34).

Outros estudos importantes dizem respeito à associação entre atividade física e diversos tipos de câncer, sendo importante destacar o trabalho de Lee & Paffenbarger (1994), que estudaram vários tipos de câncer e sua associação com a inatividade física

em uma coorte de 21.582 sujeitos. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas, após controle para fatores de confusão, para câncer de colo de útero, próstata ou pâncreas. Para câncer de pulmão, foi encontrada uma diferença significativa entre os mais ativos e os mais inativos (35). Friedenreic et al (2001), verificaram, em uma revisão sistemática de todos os estudos epidemiológicos de AF e câncer de próstata, que a AF tem uma associação inversa com o risco deste tipo de câncer (36).

White et al (1996) realizaram estudo de caso e controles para testar a associação entre AF e câncer de cólon em pessoas de 30 a 62 anos. Atividades moderadas e intensas no tempo de lazer, ao menos duas vezes por semana, estiveram associadas com um menor risco para o desenvolvimento de câncer de cólon (37).

Em uma revisão da literatura, Paluska & Schwenck (2000) concluíram que a prática de AF promove diversos benefícios à saúde mental (38). Sendo assim, a revisão da literatura mostra que a prática de AF fornece vários benefícios à saúde física e mental.

## 2.2 Atividade Física na População

A classificação feita por Shephard (1995) resultou da grande produção de conhecimento já existente até a data, onde estudos mostravam as várias dimensões e possibilidades de avaliação da AF no mundo. Nos itens a seguir apresenta-se um pouco deste conhecimento produzido a nível internacional e no Brasil. Os quadros 2 e 3 apresentam uma revisão bibliográfica até a data de finalização do projeto em 2005. Referências a partir desta data até a atualidade encontram-se nos artigos escritos e apresentados neste volume.

### 2.2.1 Atividade física em estudos internacionais

O Quadro 2 mostra o nível de AF em estudos internacionais de grande relevância, apresentando um pequeno resumo das informações mais importantes a respeito dos achados dos diferentes estudos, como os autores, local em que foi desenvolvido, ano, o delineamento utilizado com o N e a amostra e os principais resultados.

**Quadro 2.** Atividade física nos principais estudos internacionais, 2006.

| <b>Autor(es), local, ano e referência</b>                   | <b>Delineamento</b> | <b>N e Amostra</b>  | <b>Principais resultados</b>   |
|---|---------------------|---|--|
| Anderssen, N. et al. EUA, 1990,(39)                         | Coorte              | 5.115 - Adultos 18 a 30 anos.   | Prática de AF decai com a idade. Homens, negros, mais ativos.  |
| Ford, ES. et al EUA, 1991,(40)                              | Transversal         | 292 - Indivíduos de nível socioeconômico diferentes, maiores de 18 anos.    | O grupo mais sedentário é o de mulheres com menor nível socioeconômico.  |
| Lakka, TA. Kauhanen, J. & Salonen, JT. Finlândia, 1992,(41) | Transversal         | 2589 - Homens entre 42 e 60 anos moradores da Finlândia.                    | Participação em AF esteve diretamente associada com nível socioeconômico.  |
| La Croix, AZ. Et al. EUA, 1993,(42)                         | Coorte              | 6981 - Indivíduos com mais de 65 anos.                                      | A perda da mobilidade ao longo dos tempos esteve diretamente associada com sedentarismo, tabagismo atual, consumo pesado de bebidas alcoólicas e obesidade de ambos os sexos.  |
| Sparling, PB. Et al. África do Sul, 1994,(43)               | Transversal         | 212 - Trabalhadores de meia idade do sexo masculino.                        | 56% dos indivíduos relataram se exercitar regularmente no lazer.   |
| Macera, CA. Et al. França 1995,(44)                         | Coorte              | 3223 - Sujeitos com mais de 18 anos de duas comunidades da Carolina do Sul. | 54% mulheres brancas, 76% das mulheres negras, 59% dos homens brancos e 63% dos homens negros não atingiram o nível mínimo de AF para garantir benefícios à saúde. Nas mulheres a escolaridade esteve diretamente relacionada com a prática de AF. |
| Berthouze, SE et al. França, 1995,(45)                      | Transversal         | 120 - Voluntários de ambos os sexos, de 16 a 88 anos.                       | Nível de AF esteve fortemente associado com consumo máximo de oxigênio.  |

|  |             |  |  |
|--|-------------|--|--|
| Cauley, JÁ. Et al. EUA, 1998,(46)                    | Coorte      | 917 - Duas coortes de nível socioeconômico distinto.                             | Nível de AF inversamente associado com idade e maior em homens que em mulheres.  |
| Ransdell, L. & Wells, CL. EUA, 1998,(47)             | Transversal | 521 - Mulheres entre 16 e 85 anos, residentes em zona urbana.                    | 10% atingiam as normas práticas de AF para obtenção de benefícios à saúde. Mulheres de cor preta de mais de 40 anos e baixa escolaridade eram os grupos mais sedentários.  |
| McMurray, RG. Et al. EUA, 1998,(48)                  | Transversal | 1664 – Trabalhadores.  | A participação em AF foi diminuindo com a idade para as mulheres. Nos homens, quanto maior a participação em atividades físicas menor a gordura corporal e maior o consumo de oxigênio.                              |
| Huang, et al. EUA,1998,(49)                          | Coorte      | 4670 - Indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos sem limitação funcional. | Indivíduos mais ativos possuíam menor índice de massa corporal e fumavam menos em ambos os sexos. O grupo ativo apresentou menor prevalência de limitações funcionais ao final do estudo.                            |
| Van Heuvelen MJ. et al. Holanda, 1998,(50)           | Transversal | 624 - Amostra representativa da população maior de 57 anos da Holanda.           | Tanto para atividades leves, moderadas ou vigorosas, os homens foram sempre mais ativos que as mulheres. Apenas 16% dos indivíduos foram classificados como completamente inativos.                                  |
| Taylor, WC. Et al. EUA, 1999,(51)                    | Transversal | 150- Homens voluntários.   | Ser forçado a praticar atividade física na infância esteve associado com maior prática de atividades físicas atualmente.   |
| Burton, NW, Mpsych & Turell, G. Austrália, 2000,(52) | Transversal | 24.454 - Amostra representativa de seis estados da Austrália.                    | 68% dos indivíduos foram classificados como insuficientemente ativos. Os homens foram mais ativos que as mulheres. O sedentarismo esteve associado diretamente com idade, tabagismo e obesidade para ambos os sexos. |

|   |             |  |   |
|---|-------------|--|---|
| Pomerlau, J. et al. Lituania e Estônia, 2000,(53) | Transversal | 6461 - amostra representativa de cada país – indivíduos de 19 a 65 anos.                             | 50% participavam somente de atividades sedentárias no lazer. Sedentarismo inversamente relacionado com nível educacional e tabagismo para os homens e consumo inadequado de vegetais para as mulheres.  |
| Martin, SB. et al. EUA, 2000,(54)                 | Transversal | 2.002 - Indivíduos com mais de 18 anos residentes no distrito de Columbia.                           | 68% dos entrevistados foram classificados como insuficientemente ativos.  |
| Fung, TT. Et al. EUA, 2000,(55)                   | Coorte      | 468 - Profissionais da área da saúde.  | Os níveis de AF estiveram inversamente associados com o índice de massa corporal e outros fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.  |
| Lee, M. et al. EUA, 2001,(56)                     | Coorte      | 2309 - Mulheres com mais de 45 anos no começo do estudo.   | As mulheres mais ativas apresentam menores riscos de desenvolverem doença coronariana, menores índices de massa corporal, possuíam uma dieta mais saudável, menores prevalências de diabetes, hipertensão e colesterol alto, fumavam menos e consumiam menos álcool.  |
| Brownson, RC. et al. EUA, 2001,(57)               | Transversal | Indivíduos adultos americanos com baixo nível de renda em uma amostra superestimada.                 | As quatro barreiras pessoais mais comumente reportadas foram falta de tempo, sentir-se cansado, fazer exercício suficiente no trabalho e não sentir-se motivado para o exercício. Características de vizinhança incluindo a presença de calçadas, uma vista agradável, tráfego pesado e ladeiras estão associados positivamente com AF. |
| Martinez-Gonzales, MA. et al. Espanha 2001,(58)   | Transversal | 1000 - Amostra representativa de adultos de 15 anos ou mais de 15 estados membros da União Européia. | Prevalência de atividade física no lazer na Finlândia foi a mais alta (92%), e a mais baixa em Portugal (41%).  |

|  |             |   |   |
|--|-------------|---|---|
| Draheim, CC. et al. EUA, 2002,(59)       | Transversal | 76 homens e 74 mulheres adultos(as) com retardo mental de moderado a médio. | Homens e mulheres apresentam valores de prevalência similares para inatividade física (47% e 51%) no lazer. Destes, 42% e 47% reportaram fazer AF no lazer de moderada a vigorosa de 5 a mais vezes por semana.                       |
| Hawkins, AS. et al. EUA, 2004,(60)       | Coorte      | 40.261 - Nativos da Califórnia.   | Para AF moderada e vigorosa, 22% e 37% respectivamente, alcançaram os pontos de corte.  |
| Gomez, LF. et al. Colombia, 2005,(61)    | Transversal | 3000 - Adultos residentes na cidade de Bogotá.                              | A prevalência de AF foi de 37%  |
| Schneider, S. et al. Alemanha, 2005,(62) | Coorte      | 3323 - Adultos com idades entre 18 e 69 anos.                               | 39% das pessoas com emprego vantajoso não realizam esportes. Aqueles com trabalho que envolve atividade física extenuante, e frequentemente fazem horas extras, estão significativamente menos engajados em AF no seu tempo de lazer. |

### 2.2.2 Atividade física em estudos nacionais.

Embora a produção de conhecimento científico na área de epidemiologia da AF no Brasil tenha iniciado mais tardiamente em relação aos Estados Unidos e a Europa, a produção a respeito do tema tem crescido muito nos últimos anos. Os primeiros estudos nacionais com amostras populacionais que incluíam a atividade física como uma das variáveis principais, somente foram publicados a partir de 1990 (63).

O Quadro 3 mostra o resumo dos principais estudos epidemiológicos disponíveis em relação à AF no Brasil.

**Quadro 3.** Principais estudos epidemiológicos sobre atividade física no Brasil.

| <b>Autor(es), local, ano e referência</b>                  | <b>Delimitação</b> | <b>N e Amostra</b>  | <b>Principais resultados</b>   |
|--|--------------------|---|--|
| Rego, RA. São Paulo,1990,(63)                              | Transversal        | 1914 indivíduos de 2 distritos escolhidos do município de São Paulo. Faixa etária de 15 a 59 anos.              | Prevalência total de sedentarismo foi de 69%, homens 57% e mulheres 80%. AF positivamente associada com sexo masculino.  |
| Duncan, BB. Porto Alegre, RS,1993,(64)                     | Transversal        | 1240 indivíduos da população adulta de Porto Alegre RS. Faixa etária de 15 a 64 anos.                           | Sedentarismo geral em homens 38%, mulheres 58%. Sedentarismo no lazer homens 69% e mulheres 82%.   |
| Dioguardi, GS. 6 cidades do Estado de São Paulo,1994, (65) | Transversal        | 1395 voluntários do Estado de SP. Faixa etária de 24 a 77 anos.   | 37% dos médicos participantes do estudo são totalmente sedentários. 66% fazem AF menos de 3 vezes por semana.  |
| Martins, IS. Cotia, SP,1995,(66)                           | Transversal        | 1041 indivíduos do município de Cotia (SP), maiores de 20 anos. Amostra por conveniência.                       | Mais de 40% da amostra eram de sedentários. AF está associada com o perfil lipídico dos indivíduos.  |
| Taddei, CFG. 13 Estados do Brasil,1997,(67)                | Transversal        | 2469 idosos com mais de 65 anos em 13 estados do Brasil.  | Prevalência de sedentarismo de 74%. AF associada com idade menos avançada e sexo masculino.  |
| Silva, MAD. Estado de São Paulo mais 7 capitais,1998,(68)  | Caso-Controle      | 591 indivíduos sendo 299 com IAM e 292 controles. De 30 centros médicos do Brasil. Faixa etária de 27 a 85 anos | Para aqueles que praticam esporte atualmente =10%, no passado 21%, caminhadas atualmente 38% e no passado 46%. Há diferenças em AF entre aqueles infartado e aqueles sem doença vascular |
| Mello, MT. São Paulo, SP,2000,(69)                         | Transversal        | 1000 indivíduos da cidade de São Paulo maiores de 20 anos.  | Somente 31% dos entrevistados estão engajados em algum tipo de AF e somente 36% destes têm supervisão de um profissional.  |
| Barreto, SM. Bambuí, MG, 2001,(70)                         | Transversal        | 820 indivíduos entre 15 e 59 anos de Bambuí (MG) e 1464 idosos com 60 anos ou mais.                             | 27% informaram não praticar nenhuma atividade física. AF foi uma das variáveis independentes e esteve inversamente associada a hipertensão.  |

| Autor(es), local, ano e referência                | Delineamento | N e Amostra   | Principais resultados   |
|---|--------------|---|---|
| Barros, MVG. Estado de Santa Catarina, 2001,(16)  | Transversal  | 4850 trabalhadores de indústria de Santa Catarina. Faixa etária de 18 a 71 anos.                    | 46% foram classificados como inativos; 59% dos homens e 83% das mulheres foram insuficientemente ativas (inativo + pouco ativo). AF esteve positivamente associada com sexo masculino, idade menos avançada, solteiros, sem filhos, maior escolaridade, maior nível socioeconômico. |
| Castanho, VS. Campinas, SP 2001,(71)              | Transversal  | 873 voluntários adultos da cidade de Campinas, SP. Faixa etária de 20 a 82 anos.                    | O sedentarismo foi o fator mais freqüente com prevalência de 48%. AF positivamente associada com sexo masculino, idade menos avançada, menor nível de colesterol.   |
| Gomes, VB. Rio de Janeiro, RJ,2001,(72)           | Transversal  | 4331 indivíduos maiores de 11 anos, residentes no município do Rio de Janeiro.                      | 60% dos homens e 78% das mulheres relataram que nunca fizeram AF no período de lazer. AF positivamente associada com idade menos avançada, sexo masculino, maior escolaridade.  |
| Lima-Costa, MF. Bambuí, MG, 2001,(73)             | Transversal  | 1606 adultos com 60 anos ou mais (92% da cidade de Bambui MG) mais 1020 adultos entre 18 e 59 anos. | Freqüência de AF no lazer em idosos: nunca=79%. AF auto-referida: sedentários=48%<br>Freqüência de AF no lazer em adultos: nunca=67%<br>AF auto-referida: sedentários=28%   |
| Ramos de Marins, VM. Rio de Janeiro, RJ,2001,(74) | Transversal  | 3997 adultos maiores de 20 anos da cidade do Rio de Janeiro.  | 78% não fazem AF. 90% possuem baixo gasto energético no trabalho.   |
| Gus, I. Estado do Rio Grande do Sul, 2002, (75)   | Transversal  | 1066 adultos de municípios sede de coordenadorias da SES/RS. Maiores de 19 anos.                    | Sedentarismo (AF sedentária + inativos)= 71%  |
| Matsudo, SM. Estado de São Paulo, 2002,(17)       | Transversal  | 2001 indivíduos entre 14 e 77 anos de 26 cidades do estado de SP.                                   | 47% do total insuficientemente ativo (sedentário + irregularmente ativo) 9% sedentários. AF positivamente associada com nível socioeconômico B,C eD, morar no litoral, conhecer o Agita São Paulo.  |

| Autor(es), local, ano e referência                    | Delineamento | N e Amostra   | Principais resultados  |
|---|--------------|---|--|
| Hallal, PC. Pelotas, RS, 2003,(18)                    | Transversal  | 3372 adultos residentes em Pelotas (RS), maiores de 19 anos.  | Prevalência de inatividade física foi de 41%. AF associada positivamente com idade mais avançada, maior nível socioeconômico, melhor autopercepção da saúde.   |
| Monteiro, CA. Sudeste e Nordeste do Brasil,2003, (19) | Transversal  | 11033 indivíduos adultos, maiores de 20 anos do sudeste e nordeste do Brasil.                               | 13% relatou praticar pelo menos 30 minutos de AF uma vez por semana, e apenas 3% no mínimo 5 dias por semana. AF positivamente associada com idade menos avançada, sexo masculino, maior nível socioeconômico.   |
| Salles-Costa, R. Rio de Janeiro, RJ,2003,(76)         | Transversal  | 3740 funcionários entre 20 a 60 anos de uma universidade do estado do RJ.                                   | Referiu praticar AF no período de lazer 41% das mulheres e 52% dos homens, sendo a caminhada a AF mais comum. AF positivamente associada com mulheres, mais velhas, maior renda e escolaridade. Homens, maior renda e ter empregada doméstica.                               |
| Salles-Costa, R. Rio de Janeiro, RJ,2003, (77)        | Transversal  | Censo de 4614 funcionários de universidade do RJ (parte do estudo Pró-Saúde). Faixa etária de 20 a 60 anos. | AF positivamente associada à idade menos avançada, sexo masculino e maior nível socioeconômico.  |
| Santos, JFS. Joinvile, SC, 2003, (78)                 | Transversal  | 2143 trabalhadores de 23 empresas de Joinvile, SC com faixa etária de 17 a 65 anos.                         | Prevalência de indivíduos suficientemente ativos foi igual a 48%; inatividade física em homens 33% e em mulheres 62%; total de inatividade física 42%. AF positivamente associada com sexo masculino, não ser obeso e trabalhar na produção (em comparação a administração). |
| Vasconcelos, MTL. Todo Brasil, 2003,(79)              | Transversal  | 267.446 sujeitos representativos da população brasileira.   | AF positivamente associada com sexo, idade, área geográfica, ocupação, horas trabalhadas e renda.  |
| Domingues, MR. Pelotas, RS, 2004,(80)                 | Transversal  | 3182 adultos com 20 anos ou mais da cidade de Pelotas (RS).   | Escore de conhecimento = 17,1. AF positivamente associada com escolaridade e classe social após análise para diversos fatores de confusão.   |

| <b>Autor(es), local, ano e referência</b>                | <b>Delineamento</b> | <b>N e Amostra</b>   | <b>Principais resultados</b>   |
|--|---------------------|--|--|
| Hallal, PC. Pelotas, RS, 2004, (81)                      | Transversal         | 3182 adultos da cidade de Pelotas (RS) maiores de 19 anos.   | Somente 29% dos indivíduos atingiram os limites definidos. AF positivamente associada com sexo masculino, idade menos avançada, IMC entre 18,5 e 30 Kg/m <sup>2</sup> .  |
| Lima-Costa, MF. Belo Horizonte, MG, 2004,(82)            | Transversal         | 13851. Maiores de 19 anos.   | 89% de todos os indivíduos não realizaram exercícios diários nos momentos de lazer, por pelo menos 20-30 minutos, nos últimos 90 dias. Esta prevalência foi menor para os adultos com mais de 60 anos em comparação com os adultos entre 20 e 59 anos (RR = 1,35). |
| Lima-Costa, MF. Belo Horizonte, MG, 2004,(83)            | Transversal         | 13851. Maiores de 18 anos.   | A prática de exercícios diários nos momentos de lazer, por pelo menos 20-30 minutos, nos últimos 90 dias foi maior naqueles que tinham plano de saúde privado (15%) do que naqueles que não eram filiados (9%).  |
| Matos, M de. Rio de Janeiro, RJ, 2004,(84)               | Transversal         | 1191 profissionais da Petrobrás. Faixa etária de 28 a 68 anos.   | Inatividade Física esteve presente em 67% da amostra, sendo o fator de risco mais prevalente.  |
| Dias-da-Costa, JS. Pelotas,RS, 2005,(85)                 | Transversal         | 2177 indivíduos na faixa etária de 20 a 69 anos de Pelotas (RS).   | Prevalência de inatividade física foi 81% (média de 700 Kcal/sem). AF positivamente associada com sexo masculino, idade menos avançada, morar sozinho, não-fumantes e não desnutrido.  |
| Hallal, PC. Pelotas, RS, 2005,(86)                       | Transversal         | 6282 indivíduos maiores de 19 anos da cidade de Pelotas (RS).  | Alcance das recomendações da AF a partir da caminhada: Todos os domínios 41% e lazer 15%.  |
| Hallal, PC. Pelotas, RS e Estado de São Paulo, 2005,(87) | Transversal         | 5254 indivíduos sendo 3372 da cidade de Pelotas (RS) e 2001 de 10 cidades do estado de SP. Faixa etária de 20 a 69 anos. | O escore médio de AF, o nível de AF elevado e o atendimento às recomendações das diretrizes foram maiores em Pelotas; o sedentarismo foi menor em São Paulo.   |

| Autor(es), local, ano e referência    | Delineamento | N e Amostra   | Principais resultados  |
|---------------------------------------|--------------|---|--|
| Monteiro, CA. São Paulo, SP,2005,(88) | Transversal  | 2122 adultos do município de São Paulo ligados a rede telefônica. | AF no lazer; 1 ou mais vezes/semana = 29%<br>três ou + vezes/semana = 17%<br>cinco ou mais vezes/semana= 47%   |
| Pitanga, FJG. Salvador, BA, 2005,(89) | Transversal  | 2292 adultos de faixa etária de 20 a 94 anos.                     | A prevalência de sedentarismo no lazer foi 73%.<br>60% em homens<br>83% em mulheres.<br>AF positivamente associada com sexo masculino, idade menos avançada (somente para homens), maior escolaridade (ambos os sexos) e ser solteiro. |

### 2.3 Atividade física em profissionais da saúde.

Na literatura atual poucos estudos são encontrados a respeito de AF em profissionais da área da saúde. Embora seja um grupo profissional de grande importância para o aconselhamento e para a diminuição dos índices de inatividade física na população, o que se verifica é que o sedentarismo também é um problema importante entre eles.

Smith (2005), em um estudo de coorte, prospectivo, em homens profissionais da saúde nos Estados Unidos, com acompanhamento de 14 anos, verificou a incidência de diversos tipos de estágio do câncer de próstata. Concluíram que embora os mecanismos não sejam ainda conhecidos, a AF regular pode diminuir o ritmo de progressão do câncer de próstata. Portanto, a AF deve ser recomendada para diminuir a mortalidade por este tipo de câncer (90).

Ribeira (2005) em um estudo na Espanha mostrou que grande parte da população permanece inativa. Neste estudo é explorada a experiência dos médicos e enfermeiras em promover AF no seu dia-a-dia de vida profissional. O estudo foi

realizado com 245 médicos (as) /enfermeiros (as). Grupos focais (n = 5) e semi-estruturados (n = 7) foram conduzidos com 18 médicos e 15 enfermeiras. Dos médicos e enfermeiras, 88% relataram que não indicam a prática de AF frequentemente. Dados qualitativos mostram que a promoção da AF é oportunista, focada em pacientes selecionados, usando geralmente recomendações, e altamente dependente do interesse pessoal. A promoção regular da AF foi encorajada por experiências próprias dos benefícios do exercício regular e do bom conhecimento do paciente (91).

Jatkinson et al (2005), realizaram um estudo para verificar se os médicos alcançam a recomendação de número de passos por dia durante suas horas de trabalho e se necessitavam de complementação para alcançá-la, considerando que o ponto de corte para a saúde de adultos são 10.000 passos por dia. Os médicos foram divididos em quatro grupos de acordo com sua especialidade, e o total de passos dados e as horas trabalhadas foram computadas. Todos os passos dados fora do horário de trabalho não foram considerados. Os resultados variaram de 4.647 a 7.907 passos. Os autores concluíram que caminhada no trabalho supre uma proporção substancial das necessidades diárias para os médicos. Entretanto, é ainda necessário o engajamento na realização de horas adicionais de AF para alcançar consistentemente as recomendações para AF diária (92).

Blackwell (2004), estudando a opinião relativa aos cuidados de saúde formal e informal, comportamento e práticas das enfermeiras autônomas, concluiu que o status de saúde e as práticas saudáveis das enfermeiras eram especialmente bons, mas tinham espaço para melhorar, particularmente em relação à nutrição, responsabilidade com sua saúde, AF e o gerenciamento do estresse (93).

Garry et al (2002), realizaram estudos sobre a AF no currículo das escolas médicas, e demonstraram que embora os benefícios da AF para a saúde sejam

conhecidos, ainda é muito pouco frequente o aconselhamento para os pacientes por parte dos médicos. As barreiras citadas para o pouco aconselhamento são baixo conhecimento e experiência sobre AF. Os autores concluem discutindo a necessidade de mudanças nos currículos das escolas de medicina para incrementar o conhecimento dos benefícios da AF e o desenvolvimento da habilidade para conselhos e conseqüente modificação no comportamento dos pacientes (94).

Wee et al (1999), examinando fatores associados ao aconselhamento para a prática de exercícios em médicos americanos, concluíram que as taxas de aconselhamento são baixas nacionalmente. A falta de conselho sobre exercícios para os jovens, adultos livres de doença e aqueles de baixo nível socioeconômico, pode representar importante oportunidade perdida para a prevenção primária (95).

Walsh et al (1999) em trabalho sobre recomendação de exercícios entre os médicos da atenção primária nos Estados Unidos, mostram que aproximadamente 66% dos médicos entrevistados perguntam a mais de 50% de seus pacientes sobre exercícios, 43% aconselharam mais da metade dos pacientes sobre exercícios, mas somente 14% prescreveram exercícios a mais da metade de seus pacientes. Somente 12% dos médicos eram conhecedores das recomendações do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e do Colégio Norte Americano de Ciências do Esporte. Médicos com idade de 35 anos ou mais em comparação àqueles com menos de 35 anos perguntam mais sobre exercícios (85% versus 60%), aconselham mais (58% versus 37%) e prescrevem mais (30% versus 8%). Médicos de família perguntam mais e aconselham mais que os internistas (96).

#### 2.4 Fatores associados à prática de atividade física.

Em muitos países industrializados e mesmo nos pobres e de renda média, incrementar os níveis de AF da população tem sido uma preocupação (4). Estudos têm mostrado que a prática de AF está associada com múltiplos fatores determinantes de diversos domínios. Alguns determinantes dos níveis de AF em adultos estão bem estabelecidos na literatura atual. Estes determinantes são influenciados por diferenças pessoais, sociais e fatores ambientais.

Trost et al (2002), citam que seis são as categorias de determinantes examinadas atualmente: (a) fatores demográficos e biológicos, (b) fatores psicológicos, cognitivos e emocionais, (c) atitudes comportamentais e experiências anteriores, (d) fatores culturais e sociais, (e) fatores relacionados ao meio ambiente, (f) características da atividade física. Destas, as do nível individual, status socioeconômico, e autopercepção dos benefícios mostraram-se fortemente e consistentemente associadas com comportamento ativo (97).

Em relação aos fatores biológicos e demográficos, idade e sexo continuam sendo os dois mais consistentes determinantes associados com AF em adultos. Nos estudos que incluem homens e mulheres e que é possível se verificar tendência pela presença de várias categorias de idade, a participação em AF de lazer é maior nos homens e se associa inversamente com a idade (98, 99). Os determinantes socioeconômicos ocupacionais e de escolaridade também se associam consistentemente com o nível de AF (100, 101).

Ainda em relação a esta categoria, a associação entre AF e situação conjugal, produziu diferentes conclusões (102, 103). King et al (1998), examinando os efeitos da mudança na situação conjugal em relação à AF em uma coorte de homens e mulheres do *Stanford Five-City Project*, descreveram que a mudança de solteiro para casado

resultava em significativa mudança positiva na AF em relação aos indivíduos que permaneciam solteiros. Em contrapartida, a transição de casado para a condição de solteiro não influenciava a AF (102). Finalizando, os determinantes sobrepeso e obesidade se mostram consistentemente associados negativamente com a AF (104).

Para o grupo de determinantes psicológicos, cognitivos e emocionais, a auto-eficácia para AF, ou seja, a maneira como a pessoa se vê realizando diferentes atividades (competência e sucesso na execução do processo), emerge como a mais consistentemente relacionada com AF (99, 105, 106). Oman e King (1998) examinaram a influência da percepção de auto-eficácia em uma coorte de homens e mulheres saudáveis, sedentários, com idades entre 50 e 64 anos. Entre estes participantes, a auto-eficácia foi um importante preditor para o exercício depois de dois anos de acompanhamento (107). Outro estudo também mostra que a auto-eficácia pode ser fortemente associada com atividade física (98). Sternfeld et al (1999), mostraram que mulheres com maior auto-eficácia eram duas ou quatro vezes mais prováveis de serem ativas (108).

Outros determinantes que emergem na associação com a prática de AF são as barreiras pessoais (98, 100, 101). Um estudo realizado com homens e mulheres idosos, no período de lazer, avaliou a correlação entre barreiras pessoais e AF. Falta de tempo, cansaço, sentir-se fraco, medo de cair, mau tempo, dificuldades e falta de padrão para exercícios, foram fortes determinantes do nível de AF no lazer (109). Em estudo americano com mulheres, a percepção das barreiras, cansaço, saúde ruim, falta de energia e auto-imagem corporal mostraram-se significativamente relacionados com AF (100, 101).

Em relação ao grupo de determinantes de atitudes comportamentais e experiências anteriores, hábitos alimentares, comportamento ativo no passado, e o fumo, mostraram-se consistentes como preditores para o nível de AF (107, 110, 111)

Determinantes sociais também aparecem como importantes fatores correlacionados com AF. Leslie et al (1999) estudaram a associação do apoio social para a AF em uma amostra de estudantes australianos. Eles encontraram que os estudantes que referiram baixos níveis de suporte social vindo de familiares ou de amigos eram até 55% menos ativos que aqueles que referiram possuir alto apoio (112). Nos Estados Unidos, mulheres com altos níveis de suporte social tiveram uma probabilidade duas vezes maior de serem ativas do que aquelas com baixo apoio (113).

Recentemente, estudos publicados têm incluído nas suas medidas fatores do meio-ambiente que seriam importantes para a AF. Embora a direção e a força de associação variem de estudo para estudo, existem suficientes evidências de que o meio-ambiente esteja correlacionado com AF. Fatores do nível individual que influenciaram a AF foram a presença de equipamentos em casa, acesso a instalações para o exercício, satisfação com as instalações para a recreação, nível de influência da comunidade e com os vizinhos, segurança, terreno montanhoso, a observação de outras pessoas engajadas com a AF e um cenário apreciável (98).

Booth et al (2000), relataram em um estudo com adultos australianos de 60 anos ou mais, que ter amigos que participassem regularmente de AF, caminhos seguros para caminhadas e ter acesso a parques se associaram significativamente com AF regular (98). Em outro estudo, Mac Dougall et al (1997) relataram que educação, status de saúde, satisfação com o local de lazer e as instalações para o lazer estão associadas com AF (114).

### III. OBJETIVOS

#### 3.1 Artigo 1

Descrever a prevalência de nível insuficiente de AF entre população da área de abrangência e trabalhadores da saúde de unidades básicas do Sul e Nordeste do Brasil (65, 78).

Avaliar a associação entre nível insuficiente de AF na população e nos trabalhadores da saúde e algumas variáveis socioeconômicas e demográficas, ocupacionais e de saúde (74, 78, 91-101, 105-107, 109, 111, 114).

#### 3.2 Artigo 2

Descrever a prevalência de aconselhamento à prática de atividade física entre as pessoas que utilizaram alguma vez na vida uma unidade básica de saúde do Sul e Nordeste do Brasil (63, 64, 66).

Avaliar a associação entre aconselhamento e variáveis socioeconômicas, demográficas, ocupacionais, de saúde e relacionadas ao serviço (16, 18, 63, 64, 66, 67, 70-73, 79, 87).

#### 3.3 Artigo 3

Descrever os fatores priorizados como mais importantes para manter a vida saudável entre adultos e idosos de áreas de abrangências de UBS.

## IV. MÉTODOS

### 4.1 Delineamento

O delineamento escolhido para o estudo da AF nas populações residentes em áreas de abrangência das UBS e dos profissionais de saúde foi do tipo transversal, com grupos de comparação utilizando medidas com múltiplos níveis de agregação, em relação às diferentes dimensões observadas, ou seja, estado, município, serviço de saúde e população (115). O delineamento também pode ser caracterizado como um estudo de efetividade, constituindo a linha de base para determinar o impacto do PROESF/PSF nos indicadores de desempenho do sistema de saúde e de situação de saúde na população, incluindo todos os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Pernambuco, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí. Sendo assim, o delineamento possibilita a análise de agregados e indivíduos.

### 4.2 População alvo

Para o estudo populacional, a amostra foi composta por indivíduos adultos e idosos, com 30 anos ou mais, moradores das áreas de abrangência das UBS, dos 41 municípios com mais de 100 mil habitantes nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina na região sul, e Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí na região nordeste do Brasil. Para o estudo com os profissionais de saúde, a amostra foi composta por trabalhadores lotados nas unidades de saúde selecionadas, independentemente da idade e da sua função. Isto nos possibilitará a estratificação futura por profissões desempenhada na UBS e sua relação com o a AF. Também permitirá a verificação de possíveis diferenças entre os grupos profissionais em relação aos modelos pesquisados, PSF versus Tradicional.

### 4.3 Amostragem

O universo amostral do estudo é constituído pela totalidade de municípios que compõem o Lote Sul 2 e Lote Nordeste 2 do Projeto de Monitoramento e Avaliação do PROESF. Para verificar se as mudanças eventualmente observadas no desempenho do sistema de saúde e na situação de saúde da população são decorrentes da intervenção PROESF/ PSF, sorteou-se aleatoriamente uma amostra de 120 UBS para cada um dos lotes estudados, com diferentes modalidades de atenção básica, PSF, pré e pós PROESF, e tradicional.

Buscando uma maior representatividade das UBS, demanda e população, o sorteio das unidades básicas de saúde foi proporcional ao tamanho da rede básica de cada município. A partir de listas de UBS, estratificadas segundo o modelo assistencial (PSF pré-PROESF, PSF pós-PROESF e não-PSF), se estabeleceu o sorteio de UBS em cada estrato e em cada município. Assim, na região Sul obteve-se uma amostra de 30 UBS do PSF Pré-PROESF, 39 do PSF Pós-PROESF e 51 Tradicionais. No Nordeste, a amostra foi constituída de 47 UBS do PSF Pré-PROESF, 32 do PSF Pós-PROESF e 41 Tradicionais. De modo a facilitar a comparação dos achados, as UBS dos três grupos foram pareadas, utilizando-se como critério o tamanho da área física. As UBS sorteadas orientaram a seleção das amostras de profissionais de saúde, usuários e população da área de abrangência dos serviços.

Assim, de um total aproximado de 1.500 UBS (650 no Lote Sul 2 e 850 no Lote 2 Nordeste) existentes nos municípios dos lotes, foi constituída uma amostra estratificada de 120 UBS por lote, totalizando 240 UBS amostradas.

Após a amostragem das UBS, a amostra populacional foi constituída de forma sistemática e independente para adultos e idosos, residentes na área de abrangência das

UBS selecionadas para o Estudo de Linha de Base (ELB). Cada uma das amostras foi estimada em 2.100 indivíduos por lote (4.200 indivíduos para Sul e Nordeste), de modo a alcançar poder estatístico de no mínimo 80% e examinar diferenças de 40% entre modalidades de UBS (PSF e tradicionais) para eventos de prevalência aproximada de 25%. O número estimado de indivíduos para cada lote (2.100) foi dividido pelo número total de UBS, também de cada lote (120 UBS/lote), obtendo-se a necessidade de entrevistar 18 indivíduos de cada amostra independente por UBS.

A amostra de profissionais de saúde que atuam nas UBS, nos dois diferentes lotes Sul e Nordeste, foi composta por todos os trabalhadores envolvidos no processo de funcionamento da UBS no dia da entrevista, ou seja, atendimento, manutenção, recepção, limpeza e etc. A amostra final de profissionais foi de 1.730 indivíduos no Lote sul 2 e 3.019 indivíduos no Lote Nordeste 2, totalizando 4.749 profissionais de saúde.

#### 4.4 Cálculo do tamanho de amostra

Vários cálculos de tamanho de amostra foram realizados para atender aos diversos objetivos do estudo. Com a amostra obtida (4.048 adultos e de 4.003 idosos), a margem de erro para a estimativa de prevalência de sedentarismo (estimada em 40% entre os adultos e 50% entre os idosos) é de 1,5 ponto percentual. Para a amostra de profissionais de saúde (N = 4.749), a margem de erro é de 1,4 ponto percentual. Para avaliação de associações, o estudo tem poder de 80% para detectar como significativas razões de prevalência de 1,2 ou maiores, para exposições que afetam de 10-90% da população, com nível de confiança de 95%.

#### 4.5 Quadros de variáveis utilizadas nos estudos.

**Quadro 4.** Variáveis socioeconômicas e demográficas dos estudos de profissionais de saúde e população da área de abrangência das UBS.

| <b>Variável</b>                        | <b>Definição</b>  | <b>Tipo de Variável</b>  | <b>Estudo</b>                      |
|--|---|--------------------------|------------------------------------|
| Sexo                                   | Masculino<br>Feminino   | Categórica<br>Dicotômica | Populacional<br>e<br>profissionais |
| Idade                                  | Anos Completos  | Numérica Discreta        | Populacional<br>e<br>profissionais |
| Cor da Pele                            | Branca<br>Não Branca<br>Parda   | Categórica<br>Nominal    | Populacional                       |
| Escolaridade                           | Anos completos de estudo  | Numérica Discreta        | Populacional<br>e<br>profissionais |
| Padrão de consumo socioeconômico ANEPE | A, B, C, D, E   | Categórica Ordinal       | Populacional                       |
| Número de pessoas na casa              | Quantidade de moradores na casa   | Numérica Discreta        | Populacional                       |
| Situação Conjugal                      | Casado(a) ou vive com companheiro (a)<br>Viúvo(a)<br>Separado(a)/Divorciado(a)<br>Solteiro(a)   | Categórica<br>Nominal    | Populacional                       |
| Renda familiar per capita              | Reais recebidos pelas pessoas da família  | Numérica Discreta        | Populacional                       |
| Adequação do tipo de moradia           | Adequado - Tijolo com reboco,<br>Mista (Madeira e tijolo) e Madeira regular<br>Não adequado (madeira irregular, papelão, lata, lona ou bloco) | Categórica Ordinal       | Populacional                       |
| Número de banheiros no domicílio       | Quantidade de banheiros no domicílio  | Numérica Discreta        | Populacional                       |

4.5.2 Quadros de variáveis de serviço a serem utilizadas no estudo da população da área de abrangência das UBS e/ou profissionais.

**Quadro 5.** Variáveis do modelo do serviço (profissionais e populacional).

| <b>Variável</b>                         | <b>Definição</b>                                | <b>Tipo de Variável</b> |
|---|---|-------------------------|
| Tipo de modelo de assistência utilizado | PSF pré-PROESF<br>PSF pós-PROESF<br>Tradicional | Catagórica<br>Nominal   |

**Quadro 6.** Variáveis de ações programáticas

| <b>Variável</b>  | <b>Definição</b> | <b>Tipo de Variável</b>  |
|--|------------------|--------------------------|
| Atividades programáticas na UBS (Citopatológico, Pré-Natal, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase) | Sim<br>Não       | Catagórica<br>Dicotômica |

**Quadro 7.** Variáveis de provisão

| <b>Variável</b>                         | <b>Definição</b>         | <b>Tipo de Variável</b>  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Tempo de atuação da UBS                 | Meses de existência      | Numérica<br>Discreta     |
| Vínculo com o ensino                    | Sim<br>Não               | Catagórica<br>Dicotômica |
| Utilização de Protocolos                | Sim<br>Não               | Catagórica<br>Dicotômica |
| Barreira Arquitetônica na UBS           | Adequado<br>Não Adequada | Catagórica<br>Dicotômica |
| UBS com área geográfica definida e mapa | Sim<br>Não               | Catagórica<br>Dicotômica |

**Quadro 8.** Variáveis de cobertura

| <b>Variável</b>                            | <b>Definição</b> | <b>Tipo de Variável</b>  |
|--|------------------|--------------------------|
| Prescrição de AF na vida                   | Sim<br>Não       | Catagórica<br>Dicotômica |
| Prescrição de AF no último ano             | Sim<br>Não       | Catagórica<br>Dicotômica |
| Utilização do serviço por doença crônica   | Sim<br>Não       | Catagórica<br>Dicotômica |
| Participação em atividades de grupo na UBS | Sim<br>Não       | Catagórica<br>Dicotômica |

**Quadro 9.** Variáveis ocupacionais e de saúde utilizadas no estudo com a população de moradores da área de abrangência da UBS

| <b>Variável</b>                               | <b>Definição</b>   | <b>Tipo de Variável</b>  |
|---|--|--------------------------|
| Trabalho remunerado no último mês             | Sim<br>Não   | Categórica<br>Dicotômica |
| Horas de trabalho cumprida por dia            | Horas de trabalho por dia  | Numérica Discreta        |
| Ramo produtivo                                | Tipo de trabalho realizado no último mês   | Categórica<br>Nominal    |
| Empregado ou patrão                           | Empregado(a)<br>Empregador(a)<br>Conta própria ou autônomo<br>Estágio remunerado/bolsa auxílio   | Categórica<br>Nominal    |
| Autopercepção da saúde                        | Excelente<br>Muito Boa<br>Boa<br>Regular<br>Ruim   | Categórica Ordinal       |
| Percepção de importância dos fatores de risco | Ter uma alimentação saudável, evitando gordura animal<br>Fazer exercícios físicos regularmente<br>Não tomar bebidas alcoólicas em excesso<br>Consultar médico regularmente<br>Não fumar<br>Manter peso ideal<br>Controlar ou evitar o estresse | Categórica<br>Nominal    |
| Hipertensão (auto-referido)                   | Sim<br>Não   | Categórica<br>Dicotômica |
| Diabetes (auto-referida)                      | Sim<br>Não   | Categórica<br>Dicotômica |
| Problemas de nervos (auto-referida)           | Sim<br>Não   | Categórica<br>Dicotômica |

**Quadro 10.** Variáveis ocupacionais e de saúde utilizadas no estudo com profissionais de saúde.

| <b>Variável</b>               | <b>Definição</b>   | <b>Tipo de Variável</b>  |
|-------------------------------|--|--------------------------|
| Capacitação profissional      | Sim<br>Não   | Categórica<br>Dicotômica |
| Atividade profissional na UBS | Auxiliar administrativo/burocrata/receptionista<br>Auxiliar de enfermagem<br>Técnico de enfermagem | Categórica<br>Nominal    |

| <b>Variável</b>   | <b>Definição</b>   | <b>Tipo de Variável</b>  |
|---|--|--------------------------|
|   | Enfermeiro<br>Médico<br>Serviços Gerais/servente<br>Agente comunitário de saúde<br>Outro profissional de nível superior  |                          |
| Horas de trabalho cumprida por dia                                    | Horas de trabalho por dia  | Numérica Discreta        |
| Primeiro emprego  | Sim<br>Não   | Catagórica<br>Dicotômica |
| Trabalha em outro emprego   | Sim<br>Não   | Catagórica<br>Dicotômica |
| Tempo de atuação na UBS   | Tempo em meses   | Numérica Discreta        |
| Satisfação com vínculo empregatício                                   | Sim<br>Não   | Catagórica<br>Dicotômica |
| Adequação dos aspectos do ambiente físico                             | Adequado<br>Não adequado   | Catagórica<br>Dicotômica |
| Adequação dos aspectos da tarefa                                      | Adequado<br>Não adequado   | Catagórica<br>Dicotômica |
| Adequação dos aspectos institucionais                                 | Adequado<br>Não adequado   | Catagórica<br>Dicotômica |
| Adequação dos aspectos pessoais                                       | Adequado<br>Não adequado   | Catagórica<br>Dicotômica |
| Percepção de importância dos fatores de risco                         | Ter uma alimentação saudável, evitando gordura animal<br>Fazer exercícios físicos regularmente<br>Não tomar bebidas alcoólicas em excesso<br>Consultar médico regularmente<br>Não fumar<br>Manter peso ideal<br>Controlar ou evitar o estresse | Catagórica<br>Nominal    |
| Auto-avaliação da qualidade de vida                                   | Muito ruim<br>Ruim<br>Nem ruim nem boa<br>Boa<br>Muito boa   | Catagórica Ordinal       |
| Satisfação com a saúde  | Muito insatisfeito<br>Insatisfeito<br>Nem satisfeito nem insatisfeito<br>Satisfeito<br>Muito Satisfeito  | Catagórica Ordinal       |
| Satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia | Muito insatisfeito<br>Insatisfeito<br>Nem satisfeito nem insatisfeito<br>Satisfeito<br>Muito Satisfeito  | Catagórica Ordinal       |
| Satisfação com a capacidade para o trabalho                           | Muito insatisfeito<br>Insatisfeito   | Catagórica Ordinal       |

| <b>Variável</b>                              | <b>Definição</b>  | <b>Tipo de Variável</b> |
|--|---|-------------------------|
|  | Nem satisfeito nem insatisfeito<br>Satisfeito<br>Muito Satisfeito                                       |                         |
| Satisfação com o apoio que recebe dos amigos | Muito insatisfeito<br>Insatisfeito<br>Nem satisfeito nem insatisfeito<br>Satisfeito<br>Muito Satisfeito | Categórica Ordinal      |
| Tabagismo                                    | Fumante<br>Ex-fumante<br>Nunca fumou  | Categórica Nominal      |
| Problemas de saúde                           | Sim<br>Não  | Categórica Dicotômica   |
| Uso regular de medicamentos                  | Sim<br>Não  | Categórica Dicotômica   |
| Consulta Médica nos últimos 90 dias          | Sim<br>Não  | Categórica Dicotômica   |

#### 4.6 Desfecho

Um escore de AF foi construído somando-se os minutos de AF moderadas na última semana com o dobro dos minutos de AF vigorosas no mesmo período. Foram considerados insuficientemente ativos (sedentários mais os irregularmente ativos) aqueles indivíduos que não alcançaram o escore 150, de acordo com as recomendações para adultos e idosos (3, 4). Por exemplo: se uma pessoa realiza 4 dias por semana 15 minutos de AF moderada (60 min/sem) e 4 dias por semana 15 minutos de AF vigorosa (60 min/semana), essa pessoa teve o escore de 60 min/semana de moderada mais 60 minutos/semana vezes 2 de AF vigorosa, estabelecendo um escore de 180 min/sem. Neste caso, esta pessoa foi considerada suficientemente ativa.

#### 4.7 Instrumento de coleta de dados

As exposições e os desfechos de interesse integraram os instrumentos utilizados no Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, que reuniu as questões de interesse para a avaliação da atenção

básica. As questões específicas do desfecho do presente estudo estão no Anexo I. Na íntegra os instrumentos utilizados pelo projeto do PROESF podem ser acessados na página da internet <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

#### 4.8 Seleção de supervisores do estudo

Em janeiro de 2005, foram aceitas inscrições para supervisores do estudo, pessoas de ambos os sexos, com ensino médio completo, disponibilidade para ausentarem-se da cidade por um longo período, necessário para o trabalho de campo nos diferentes municípios. Com um total de 26 candidatos inscritos, iniciou-se a capacitação e posteriormente seleção de 16 supervisores. Os demais candidatos capacitados e não selecionados no primeiro momento ficaram como suplentes.

Foi realizada uma busca de possíveis candidatos através de contato com outros pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Com este procedimento, foi possível iniciar as inscrições junto à secretaria. Na inscrição os candidatos deveriam preencher uma ficha onde constavam dados de identificação, dados relacionados à experiência prévia em pesquisa e disponibilidade de horário. Todos inscritos participaram de um processo de capacitação.

##### 4.8.1 Capacitação e seleção dos supervisores

A capacitação dos supervisores começou em 24 de janeiro de 2005 e estendeu-se até o dia 28. Foi o último passo para a seleção final dos supervisores. A capacitação, inicialmente foi realizada em 40 horas, com conteúdos relacionados às necessidades da pesquisa tais como: apresentação sobre o Sistema Único de Saúde, atenção básica, avaliação de serviços, instrumentos de pesquisa, estudos de demanda, logística de

trabalho campo, trabalho de campo, simulação em território de pesquisa e revisão e codificação de instrumentos.

Outras atividades da capacitação incluíram leitura conjunta dos instrumentos e manuais de instruções; leitura explicativa dos questionários por parte de coordenadores da pesquisa. Ao final da primeira semana de capacitação, foi feita a seleção dos 16 supervisores.

No período entre a seleção e o início do trabalho de campo no mês de março, encontros semanais foram mantidos para dar seqüência à capacitação com os supervisores participando das revisões dos instrumentos de pesquisa e preparação final das necessidades operacionais para o início do trabalho de campo.

#### 4.9 Logística

Para a coleta de dados na região sul, que iniciou em 15 março de 2005 e foi finalizada em 19 de maio de 2005, com duração de 65 dias, vários procedimentos foram realizados para facilitar a logística e para orientação do trabalho dos supervisores. São exemplos destes procedimentos duas oficinas (2) realizadas anteriormente com os representantes das unidades básicas e secretários municipais de saúde no município de Porto Alegre. Além dessas atividades, visitas foram realizadas durante o trabalho de campo a alguns municípios para melhorar a pactuação entre os pesquisadores e o município. Outras medidas foram à divulgação em veículos de comunicação (jornal e rádio).

O estudo começou respeitando uma trajetória pelos municípios com início pelo Lote Sul 2, em Pelotas em 15 de março de 2005 e término em Rio Grande em 19 de maio de 2005. Para cada município, uma dupla de supervisores era responsável pelo trabalho em 3 dias em uma unidade de saúde. Nas cidades com maior número de

unidades, cada dupla podia ser responsável por mais de uma unidade básica de saúde e, portanto permanecer mais tempo no município. Ao final de cada município os supervisores viajavam para o município seguinte dando continuidade ao trabalho de campo. A seqüência dos municípios no Rio Grande do Sul foi: Pelotas, Bagé, Santa Maria, Uruguaiana, Santa Cruz, Caxias, Alvorada, Cachoeirinha, Sapucaia, Gravataí, Viamão, Canoas, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Passo Fundo (todos no RS), Lages (SC), Chapecó (SC), Criciúma (SC), Florianópolis e finalizando Rio Grande (RS)

Em alguns dos municípios selecionados (13), os supervisores ficaram hospedados em hotel durante um período que variou de três a vinte dias para a realização do trabalho de campo. Para os municípios da grande Porto Alegre, a hospedagem foi na capital em função das facilidades operacionais para a equipe.

Logo após a chegada e hospedagem no município em estudo, os supervisores faziam um contato com o representante do Grupo Local de Avaliação em Saúde (GLAS), formado na segunda oficina realizada em Porto Alegre, para ultimar os detalhes do trabalho de campo. Em seqüência, na UBS e na área de abrangência da cada unidade eram aplicados os instrumentos de pesquisa. O ponto inicial para a aplicação dos instrumentos era a unidade básica de saúde. Cada vértice do prédio era um ponto de início para um dos instrumentos populacionais, adultos e idosos.

Toda a área de abrangência deveria ser percorrida até encontrar o número determinado para cada amostra populacional. O deslocamento dentro da área foi sempre contornando pela direita toda a vez que necessária para o supervisor se manter na área de abrangência. Todos os domicílios deveriam ser visitados e somente uma pessoa deste seria entrevistada. Nos casos de haver mais de uma pessoa elegível para cada uma das amostras, e apenas nestes casos, o mais velho seria o escolhido. Todos os supervisores

chegavam aos domicílios com crachá de identificação e carta de apresentação assinada pela coordenação da pesquisa.

Cada dupla de supervisores portava material completo para o seu trabalho, eram estimulados a realizar as 72 entrevistas populacionais, 18 de cada amostra independente, em 3 dias, tempo necessário para uma dupla realizar o trabalho completo em uma unidade. Com objetivo de evitar qualquer tipo de constrangimento para os entrevistados, os supervisores eram orientados a realizar as entrevistas individualmente com cada um dos sujeitos elegíveis para o estudo.

Para acompanhar o trabalho de campo foram programadas visitas por parte dos coordenadores do estudo em alguns municípios, onde reuniões foram realizadas para discussão de questões que fossem de interesse da pesquisa, das dúvidas surgidas e de codificação. Era também estimulada a utilização dos manuais de instruções, do correto preenchimento da planilha de controle de entrevistas e o rigoroso respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados. Nestes encontros, eram recebidos os questionários preenchidos dos diferentes municípios para posterior deslocamento para a sede do estudo na Universidade Federal de Pelotas. Durante todo o período de campo, os coordenadores da pesquisa prestavam esclarecimentos para o andamento correto do trabalho, continuavam os contatos com os diversos municípios e permaneciam em constante colaboração e apoio aos supervisores.

No Lote Nordeste 2, a logística para o desenvolvimento do trabalho de campo iniciado em 03 de junho e concluído em 10 de agosto, foi à mesma, porém pela característica geográfica da região, o grande grupo de supervisores foi dividido em 2. Esta estratégia permitiu que um grupo se deslocasse a partir de Recife (PE) para o sul, ao estado de Alagoas e posteriormente pelo interior deste estado, de Pernambuco, do Piauí, até a cidade de Natal (RN), enquanto os demais se deslocavam pelo litoral até o

mesmo ponto avançando pelos estados de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. De Natal, todo o grupo de supervisores retornou a Recife, (PE) para a finalização do trabalho e retorno à região Sul mais precisamente Pelotas.

Outra estratégia utilizada na logística do trabalho de campo foi à realização de mutirões de supervisores em áreas consideradas de risco, violência, drogas, etc. e, em casos de grandes concentrações urbanas, como Porto Alegre (RS) e Recife (PE).

Para o preenchimento do instrumento dos profissionais de saúde, os supervisores ao iniciar o trabalho na UBS, distribuíam os mesmos e estimulavam o preenchimento de forma auto-aplicada. Ao final dos dias de trabalho naquela UBS, os instrumentos eram recolhidos para a codificação e encaminhamento a secretaria do estudo.

Para o retorno dos instrumentos à sede do projeto, duas estratégias foram utilizadas; a) Para a região sul a busca por parte dos coordenadores, dos instrumentos nos municípios previamente acertados, Porto Alegre (RS), Chapecó (SC), Criciúma (SC); b) Para a região nordeste, o envio das caixas contendo o material via correio para a sede do projeto na UFPEL.

Na região sul, todo o material de pesquisa era levado pelos supervisores, e eram repostos em pontos estratégicos para serem utilizados em outros municípios. Os coordenadores da pesquisa levavam até os supervisores nos encontros previamente agendados. Para a região nordeste, todos os instrumentos foram transportados para Recife por via terrestre e lá entregues aos representantes das 120 UBS presentes na segunda oficina (2) de capacitação. Sendo assim, ao chegar os supervisores aos municípios, os instrumentos já estavam na unidade prontos para a utilização na pesquisa.

#### 4.10 Estudo piloto

Em 27 de janeiro de 2005, como parte integrante da seleção e capacitação dos futuros supervisores, uma simulação em território de pesquisa foi realizada em três UBS do município de Pelotas que não fizeram parte da amostra, UBS Areal fundos, CSU Areal e Vila Municipal. Nesta simulação, os candidatos a supervisores além de estarem sendo capacitados, testaram a aplicabilidade dos instrumentos em situação real, sendo que durante todo o trabalho eram acompanhados por um coordenador do estudo.

#### 4.11 Controle de qualidade

O controle de qualidade foi realizado por telefone, mediante a aplicação de questionários reduzidos para alcançar, no mínimo, 5% dos domicílios selecionados, mediante um processo de seleção aleatório. Estes questionários eram compostos por perguntas-chave que identificam possíveis erros ou respostas falsas.

Para padronizar e qualificar a coleta de dados do controle de qualidade, uma pessoa especialmente treinada para este fim, realizou os contatos telefônicos. Não existindo a possibilidade de contato telefônico com a pessoa sorteada, uma busca pelo endereço ou pela respectiva UBS, era realizada na tentativa de localizar e com novo contato telefônico coletar os dados do entrevistado.

Outra estratégia utilizada foi à supervisão do trabalho de campo mediante a visita de um coordenador do trabalho, para a constatação de possíveis irregularidades na aplicação dos instrumentos e no respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados.

#### 4.12 Processamento de dados

Os questionários, depois de revisados e codificados, na sede do PROESF na UFPEL, foram digitados utilizando o software EPI-INFO versão 6. Análises de

consistência dos dados foram realizadas. A análise dos dados foi realizada com o programa STATA 7.0.

#### 4.13 Análise de dados

A análise secundária do banco de dados teve como objetivos: a) descrever a amostra em relação a AF nos trabalhadores de saúde e população de usuários das áreas de abrangência das UBS; b) descrever a amostra em termos das variáveis socioeconômicas, demográficas, de serviço, ocupacionais e de saúde; c) explorar a associação bruta entre AF e as variáveis independentes, com o uso de teste do qui-quadrado para heterogeneidade e tendência linear; d) verificar a existência de diferenças em relação às análises estratificadas por região, porte do município e os municípios das regiões metropolitanas de Porto Alegre e Recife; e) avaliar através de um modelo de regressão multivariável (Poisson) o efeito das várias exposições sobre a AF; e f) realizar avaliação segundo os modelos de análise através de análise multinível e hierárquica.

## V. ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto envolveu exclusivamente realização de entrevistas, não incluindo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. O estudo foi de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde na publicação “*International ethical guidelines for medical research involving humans subjects*” (CIOMS/WHO, 1993). A participação dos indivíduos no estudo ocorreu através de consentimento informado. A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar foram plenamente garantidos. A proposta de pesquisa foi aprovada pela Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS: Colegiado do Departamento de Medicina Social, Colegiado do Programa de Pós-

Graduação em Epidemiologia e Comissão de Ética da Faculdade de Medicina sob o número 045/2004 em reunião na data de 13 de setembro de 2004 e oficiada à coordenação do estudo em 17 de dezembro de 2004.

## VI. TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo (TC) nos municípios do Lote 2 Sul foi iniciado em 15 de março e concluído em 19 de maio de 2005, enquanto no Lote 2 Nordeste foi iniciado em 3 de junho de 2005 e concluído em 10 de agosto de 2005. Esta atividade foi realizada por uma equipe de 15 supervisores criteriosamente selecionados e capacitados para o desenvolvimento de cada uma das etapas do trabalho de campo. A pactuação da agenda para o TC foi uma das estratégias utilizadas para operacionalizar o cronograma estabelecido. A capacitação e a motivação do grupo de supervisores foram extremamente relevantes para o sucesso deste trabalho. A equipe técnica realizou visitas estratégicas aos municípios de Porto Alegre, Sapucaia do Sul, Gravataí, e Passo Fundo (RS), além de Chapecó e Criciúma (SC) no Sul e, Recife (PE), Petrolina (PE), Teresina (PI), Parnaíba (PI), Mossoró (RN) e Natal (RN), com o objetivo de antecipar algumas ações de apoio aos municípios e ao andamento da coleta de dados.

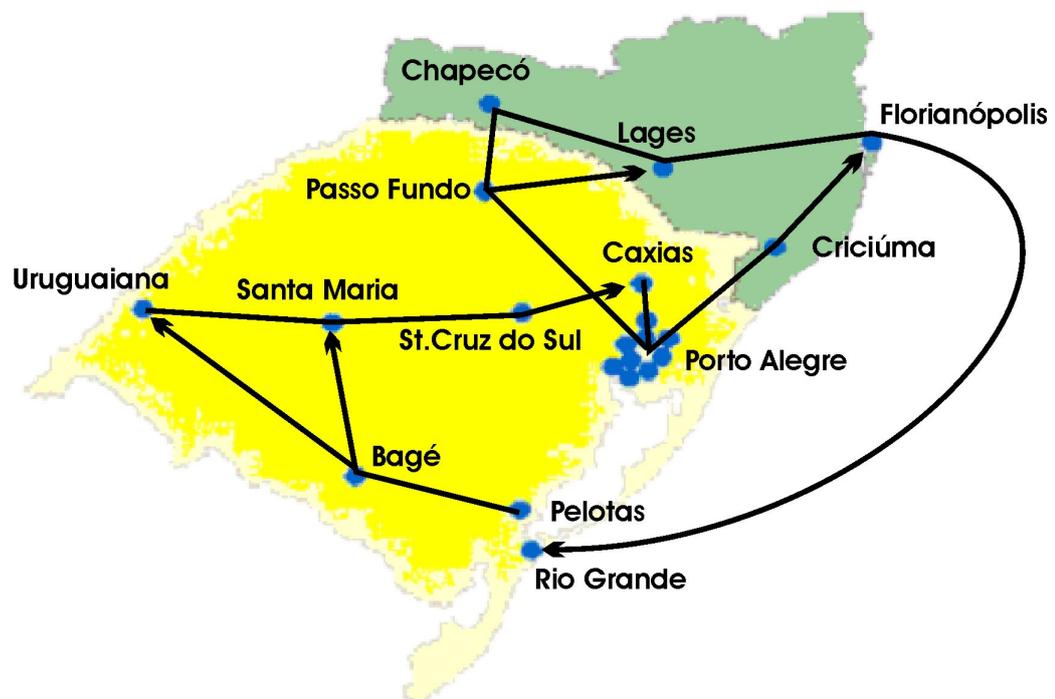
Durante 65 dias foram coletados dados primários nos 21 municípios, nas 120 unidades básicas de saúde e na amostra populacional de cerca de 8000 pessoas do Lote 2 Sul. No Nordeste o TC durou 69 dias para a coleta dos dados nos 20 municípios, nas 120 unidades básicas de saúde e na amostra populacional de 8474 pessoas. O cronograma do trabalho de campo encontra-se exposto no Quadro 11.

**Quadro 11** - Cronograma do Trabalho de Campo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul e Lote 2 Nordeste, 2005.

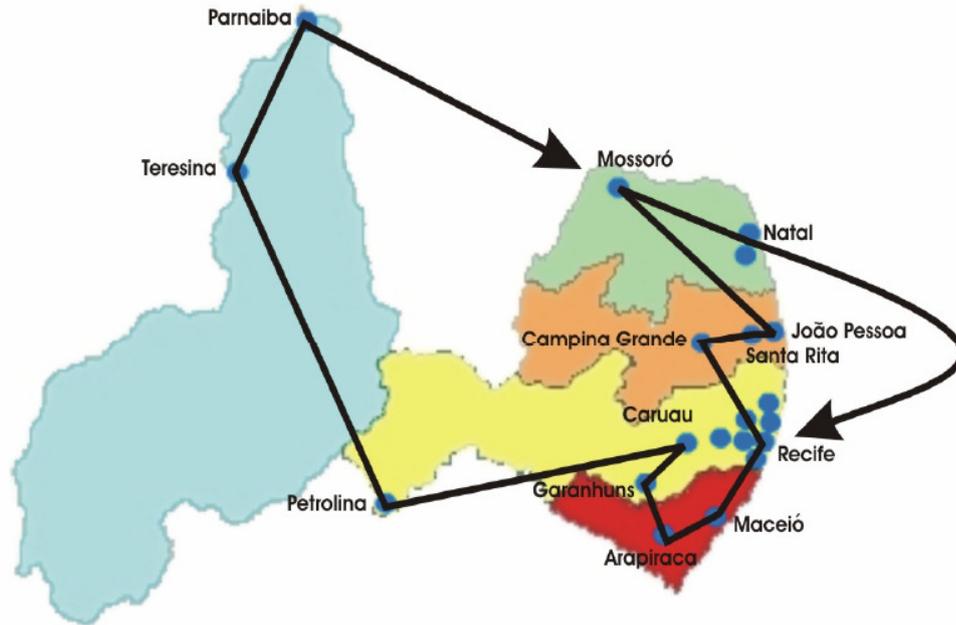
| <b>Municípios</b>       | <b>Período do Trabalho de Campo (2005)</b> |
|-------------------------|--|
| Pelotas                 | 15 a 23 de março                           |
| Bagé                    | 21 a 24 de março                           |
| Santa Maria             | 21 a 27 de março                           |
| Santa Cruz do Sul       | 28 de março a 03 de abril                  |
| Uruguaiana              | 28 a 31 de março                           |
| Caxias do Sul           | 01 a 07 de abril                           |
| Alvorada                | 01 a 04 de abril                           |
| Cachoeirinha            | 05 a 07 de abril                           |
| Sapucaia do Sul         | 08 a 11 de abril                           |
| Gravataí                | 04 a 11 de abril                           |
| Viamão                  | 08 a 13 de abril                           |
| Canoas                  | 11 a 16 de abril                           |
| São Leopoldo            | 14 a 17 de abril                           |
| Porto Alegre            | 18 a 26 de abril                           |
| Passo Fundo             | 24 a 30 de abril                           |
| Lages                   | 24 a 30 de abril                           |
| Novo Hamburgo           | 27 de abril a 07 de maio                   |
| Chapecó                 | 01 a 04 de maio                            |
| Criciúma                | 01 a 08 de maio                            |
| Florianópolis           | 08 a 14 de maio                            |
| Rio Grande              | 18 e 19 de maio                            |
| Recife                  | 03 a 08 de junho e 05 a 06 de agosto       |
| Jaboatão dos Guararapes | 09 a 15 de junho                           |
| Camaragibe              | 13 a 18 de junho                           |
| Cabo de Santo Agostinho | 20 a 22 de junho e 09 de agosto            |
| Olinda                  | 08 de agosto                               |
| Vitória de Santo Antão  | 27 a 29 de junho e 09 de agosto            |
| Paulista                | 27 a 29 de junho                           |
| Campina Grande          | 01 a 03 de julho                           |
| João Pessoa             | 08 a 16 de julho                           |
| Santa Rita              | 18 a 20 de julho                           |
| Parnamirim              | 21 a 23 de julho                           |
| Mossoró                 | 25 a 30 de julho                           |
| Maceió                  | 06 a 21 de julho                           |
| Arapiraca               | 22 a 30 de julho                           |
| Garanhuns               | 02 a 04 de julho                           |
| Caruaru                 | 01 a 09 de julho                           |
| Petrolina               | 11 a 16 de julho                           |
| Teresina                | 18 a 24 de julho                           |
| Parnaíba                | 26 a 27 de julho                           |
| Natal                   | 29 de julho a 02 de agosto                 |

O rigoroso cumprimento do cronograma pré-estabelecido para o trabalho de campo nos municípios dos Lotes foi altamente relevante, dada a abrangência e complexidade do estudo. Também permitiu estimar o compromisso e a responsabilidade da equipe técnica e dos supervisores do TC com esta etapa central da pesquisa. A necessidade de deslocamentos sincronizados dos sub-grupos de supervisores entre os municípios, juntamente com o constante deslocamento intra-municipal, a diversidade de instrumentos adotados, as peculiaridades das equipes das UBS e das comunidades estudadas e as dificuldades climáticas ilustram algumas das características do contexto em que o trabalho de campo se desenvolveu.

As Figuras 1 e 2 apresentam os trajetos realizado no Lote 2 Sul e Lote 2 Nordeste durante o trabalho de campo.



**Figura 1** - Trajeto por municípios do RS e SC no Trabalho de Campo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.



**Figura 2** - Trajeto por Municípios dos Estados de AL, PB, PE, PI, e RN no Trabalho de campo. Estudo de Linha de Base. PROESF – UFPel, Lote 2 NE, 2005.

## VII. ARTIGOS DA TESE.

Os artigos apresentados nesta Tese de Doutorado foram submetidos a publicação em periódico nacionais. A situação de cada artigo é a seguinte:

### 7.1 Atividade Física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil.

Publicado pelo Cadernos de Saúde Pública 25(9), 1917 – 1928, 2009.

### 7.2 Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde.

Publicado pelo Cadernos de Saúde Pública 25(1), 203-213, 2009.

### 7.3 Estudo dos fatores considerados mais importantes pela população para a manutenção da saúde.

Aceito para publicação pela Revista de Saúde Pública em 18 de maio de 2009.

Os artigos citados estão a seguir conforme o formato exigido pela revista a que foi submetido.

**ATIVIDADE FÍSICA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUL E  
NORDESTE DO BRASIL**

Physical activity among health professionals from the South and  
Northeast regions of Brazil

*Fernando Vinholes Siqueira<sup>1</sup>*

*Markus Vinícius Nahas<sup>1</sup>*

*Luiz Augusto Facchini<sup>2</sup>*

*Roberto Xavier Piccini<sup>2</sup>*

*Elaine Tomasi<sup>3</sup>*

*Elaine Thumé<sup>2</sup>*

*Denise Silva Silveira<sup>2</sup>*

*Pedro Curi Hallal<sup>2</sup>*

- 1- Universidade Federal de Santa Catarina
- 2- Universidade Federal de Pelotas
- 3- Universidade Católica de Pelotas.

**APOIO FINANCEIRO:** Ministério da Saúde do Brasil e Banco Mundial

Contato: Fernando Vinholes Siqueira – Universidade Federal de Santa Catarina –  
Programa de Pós-Graduação em Educação Física – NUPAF – Florianópolis - SC

e-mail: fcvsiqueira@uol.com.br

**Título corrido:** Atividade física em profissionais de saúde

## RESUMO

Foi realizado um estudo transversal, em 240 unidades básicas de saúde (UBS) dos modelos tradicional de assistência ou vinculadas ao Programa de Saúde da Família (PSF), envolvendo 3347 profissionais de saúde, que responderam ao Questionário Internacional de Atividade Física. A prevalência de sedentarismo (<150 minutos por semana) foi de 27,5% (IC95% 25,9 – 29,0). O sedentarismo foi mais freqüente nos profissionais do modelo tradicional, sendo tal diferença explicada pela presença dos agentes comunitários de saúde, os quais têm uma ocupação bastante ativa, apenas no modelo PSF. Houve maior percentual de sedentarismo nos profissionais que trabalham em municípios de grande porte e possuem alto nível socioeconômico. Destaca-se a importância de projetos de capacitação de profissionais de saúde para a orientação e a prática de atividade física e a articulação entre profissionais de UBS e educadores físicos.

**Descritores:** Epidemiologia, cuidados em saúde, saúde ocupacional

## ABSTRACT

A cross-sectional study in 240 primary health care units of the traditional model of assistance or tied the Family Health Program (PSF) involved 3347 health professionals that they had answered the International Physical Activity Questionnaire. The prevalence of sedentary lifestyle (< 150 min/wk) was 27.5% (95%CI 25.9 – 29.0). Sedentary lifestyle was more frequent in health professionals working in units of the traditional model, but this difference was completely explained by the presence of community health agents (who have active jobs) in the PSF model. The prevalence of

sedentary lifestyle was more frequent among health professionals working in big cities, and with high socioeconomic level. We highlight the importance of capacity building for health professionals, both on the prescription and on the practice of physical activity, and the relationship of primary health care workers and exercise professionals.

**Key words:** Epidemiology, health care, occupational health.

## INTRODUÇÃO

O sedentarismo é um dos fatores de risco para agravos à saúde mais prevalente na população mundial e brasileira, sendo identificado atualmente como um importante problema de saúde pública nas mais diferentes populações.<sup>1,2</sup> Estudos têm mostrado que a atividade física pode cumprir um importante papel preventivo e terapêutico e deve, portanto, ser parte integrante das práticas terapêuticas em saúde.<sup>3,4</sup> Esta relevância quanto ao papel preventivo da atividade física em relação as diferentes populações e aos profissionais de saúde que trabalham na atenção básica, cresce com o aumento da expectativa de vida, da proporção de idosos na população e da prevalência de doenças crônicas.<sup>5</sup> Estima-se que com as mudanças decorrentes da transição demográfica, com os avanços da medicina e com a maior expectativa de vida, a população de adultos e idosos continue aumentando, sendo esperado um acréscimo de 300% na proporção de idosos no mundo até o ano de 2025.<sup>6</sup>

Nesta perspectiva, ganha em importância a atividade dos profissionais de saúde da rede básica de saúde no sentido de educar e orientar à prática de atividade física, modificando e melhorando seu comportamento em relação a um estilo de vida saudável

e suas orientações para a promoção da saúde, à prevenção dos riscos relacionados a um estilo de vida sedentário, ao tratamento e a reabilitação de agravos na população.<sup>7</sup>

Um estudo realizado por Ribeiro e colaboradores em 2005 mostrou que a promoção de atividade física pelos profissionais de saúde é oportunista, focada em pacientes selecionados, usando geralmente recomendações e altamente dependente do interesse pessoal.<sup>8</sup> Outro estudo verificou se os médicos alcançavam as recomendações em termos de atividade física e concluiu que embora as caminhadas no trabalho supram uma proporção substancial das necessidades diárias para os médicos, ainda é necessário o engajamento em horas adicionais de atividade física para que alcancem as recomendações.<sup>9</sup> Assim, pode-se argumentar que profissionais de saúde deveriam manter hábitos de vida saudáveis, pois desta forma, seria mais fácil exercer a função de estimular a prática de atividade física no dia-a-dia profissional.<sup>10,11</sup> No entanto, ainda é escasso o conhecimento sobre o comportamento em termos de atividade física em uma população específica de profissionais de saúde, particularmente na atenção básica do Brasil.<sup>12</sup>

Este estudo tem como objetivo descrever a prevalência de sedentarismo em profissionais de saúde da atenção básica nas regiões sul e nordeste do Brasil, e verificar fatores associados ao sedentarismo nestes profissionais.

## MÉTODOS

Um estudo de delineamento transversal identificou uma amostra de 4749 profissionais de saúde que responderam ao instrumento de pesquisa. Eram trabalhadores das unidades básicas de saúde (UBS) de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina na região Sul, Alagoas, Pernambuco,

Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí na região Nordeste do Brasil.<sup>13</sup> Os municípios incluídos no estudo compõem os Lotes 2 (Sul e Nordeste) do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).<sup>7</sup>

Uma amostra aleatória de 240 UBS foi sorteada com diferentes modalidades de atenção básica – Programa Saúde da Família (PSF) e Tradicional. As UBS do PSF foram selecionadas de acordo com o tempo de implantação, PSF Pré-PROESF e Pós-PROESF. Unidades Básicas de Saúde tradicionais foram consideradas aquelas que se caracterizavam pela presença na equipe de médicos especialistas (clínico, pediatra e gineco-obstetra), enfermeiro, auxiliar de enfermagem e pessoal administrativo. Muitas destas unidades contam com o apoio esporádico de outras especialidades profissionais (dentista, nutricionista, fisioterapeuta) e mesmo médicas. A população atendida caracteriza-se por ser espontânea ou devido a encaminhamento de outros serviços. As unidades de PSF, ao contrário, são formadas por equipes de saúde da família, que incluem médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população residente na área de abrangência do serviço.<sup>14</sup>

O sorteio das UBS foi proporcional ao tamanho da rede básica de cada município. A seleção da amostra nos municípios foi proporcional à capacidade instalada de sua rede básica. Na região sul, obteve-se uma amostra de 69 UBS de PSF e 51 tradicionais. No nordeste, a amostra foi constituída de 79 UBS de PSF e 41 tradicionais. Todos os profissionais das 240 UBS foram convidados a participar do estudo, incluindo médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, recepcionistas e agentes comunitários de saúde (ACS). A amostra final de 3347 profissionais de saúde permitiu que fossem estimados valores de prevalência de 10% ou maiores, com margem de erro de dois pontos percentuais, nível de confiança de

95% e poder de 80%. Com o tamanho de amostra estudado, houve possibilidade de detectar como estatisticamente significativas razões de prevalência próximas de 1,20 ou superiores na análise da amostra total. Quando a análise foi estratificada por região, foi possível detectar como estatisticamente significativas diferenças próximas de 1,40 ou superiores.

Os profissionais de saúde foram convidados a responder um questionário auto-aplicado, constituído de informações demográficas, socioeconômicas, características do trabalho e situação de saúde. O nível de atividade física dos profissionais de saúde foi avaliado utilizando-se a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ.<sup>15</sup> Este instrumento avalia atividades físicas realizadas no tempo de lazer, deslocamentos, serviços domésticos e atividades ocupacionais. Um escore de atividade física em minutos por semana foi construído, somando-se os minutos despendidos em caminhada e atividades de intensidade moderada com os minutos despendidos em atividades de intensidade vigorosa multiplicados por dois. Esta estratégia visa considerar as diferentes intensidades de cada atividade, e está de acordo com as recomendações atuais quanto à prática de atividade física.<sup>16,17</sup> Um escore abaixo de 150 minutos por semana foi o ponto de corte para classificar os profissionais como sedentários.<sup>15,16,17</sup>

As análises descritivas incluíram cálculos de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95%. Na análise bruta, a prevalência de sedentarismo foi calculada para cada grupo das variáveis independentes, e o nível de significância foi testado usando os testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear. As variáveis independentes incluídas nesta análise foram: (a) sexo; (b) idade (16 a 29 anos, 30 a 49 anos e 50 anos ou mais); (c) escolaridade (fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo e pós-graduação);

(d) tabagismo (não e sim); (e) horas de trabalho cumpridas na UBS (até 20 horas, de 21 horas a 40 horas, e 40 horas ou mais); (f) tempo de trabalho na UBS (até 24 meses, 25 meses a 108 meses, 109 meses ou mais; a categorização escolhida coincide com a atenção tradicional, o início do PSF e com a data do investimento do PROESF); (h) regime de trabalho (trabalho precário ou não); (g) utilização de protocolos pelo profissional (sim ou não); (h) atividade profissional na UBS (médico, enfermeiro, outro profissional de nível superior, ACS e outros profissionais de nível médio); (i) primeiro emprego (sim ou não); (j) outro emprego além da UBS (sim ou não); (k) auto-avaliação da qualidade de vida (muito ruim, ruim, nem ruim nem boa, boa, muito boa).

Trabalho foi considerado precário se realizado com a ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados na lei e a ausência de concurso ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.<sup>18</sup> A utilização de protocolos por sua vez, foi considerada como uso de procedimentos que sumarizam as evidências disponíveis na literatura para a definição de rotinas diagnósticas, de tratamento e de regulação da demanda de exames e procedimentos.<sup>19</sup>

A análise ajustada foi realizada por regressão de Poisson com estimativas robustas de variância<sup>20</sup>, com cálculo de razões de prevalência ajustadas, intervalos de confiança de 95%, e valores de significância usando os mesmos testes descritos anteriormente. Todas as análises ajustadas levaram em consideração o desenho amostral, e foi utilizado um modelo hierárquico de análise.<sup>7,21</sup> O modelo incluiu as variáveis independentes “a-d” no primeiro nível. As demais variáveis foram consideradas no nível intermediário em relação ao desfecho sedentarismo. Cada uma das variáveis foi ajustada para possíveis fatores de confusão em relação a aquelas do mesmo nível e de níveis anteriores. Todas variáveis com  $p < 0,20$  foram mantidas no modelo para eventual controle de fatores de confusão.

O Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas aprovou o protocolo do estudo, e obteve-se consentimento informado de todos os participantes. Detalhes sobre o projeto e a metodologia utilizada podem ser revisados em outras publicações do grupo.<sup>7,13</sup>

## RESULTADOS

Um total de 4749 profissionais de saúde foi localizado nas UBS amostradas. Destes, 3347 responderam as questões relacionadas à atividade física, o que resultou em uma taxa de resposta de 70,5%. Entre os respondentes, 79,3% foram mulheres, enquanto entre os não-respondentes esta proporção foi de 85,4%. A média de idade foi de 37,0 anos nos que responderam o instrumento e de 37,4 anos entre os que não responderam. Em termos de atividade profissional, 33,0% dos respondentes e 33,3% dos não-respondentes eram ACS. A Tabela 1 descreve a amostra de profissionais conforme as variáveis independentes incluídas no estudo. A proporção de mulheres foi maior na totalidade da amostra e em ambas as regiões. A faixa etária entre 30 e 49 anos foi a mais prevalente tanto no sul como no nordeste, sendo que a média da idade foi de 37,2 (DP 10,4).

A prevalência de sedentarismo em profissionais da saúde das duas regiões pesquisada foi de 27,5% (IC95% 25,9 – 29,0). Entre os profissionais da região sul, o percentual foi de 28,2% (IC95% 25,7 – 30,7), enquanto para os profissionais da região nordeste, o valor foi 27,0% (IC95% 25,1 – 28,9).

O sedentarismo foi significativamente maior ( $P=0,01$ ) naqueles que trabalhavam no modelo tradicional (30,6%) em relação àqueles vinculados ao PSF. Ao excluirmos os ACS da análise, que estão presentes no processo de trabalho do modelo PSF, as

prevalências de sedentarismo foram similares de acordo com o modelo de atenção à saúde (Tabela 2). Os resultados também foram similares nas regiões sul e nordeste.

Os profissionais de saúde dos municípios de fora da região metropolitana de Recife foram os mais sedentários (28,7%), com uma chance 23% maior para o sedentarismo em relação aos da região metropolitana ( $P= 0,01$ ). Na região Sul, esta diferença não foi verificada; aqueles que trabalham na região metropolitana de Porto Alegre tiveram um percentual de sedentarismo (31%) similar ao encontrado nos que trabalham fora da região metropolitana (27%). Para os estados pesquisados, as prevalências de sedentarismo entre os profissionais foram de 33,7% na Paraíba, 33,4% no Rio Grande do Norte, 28,9% no Rio Grande do Sul, 25,8% em Santa Catarina, 25,3% no Piauí, 24,7% em Alagoas e 23,6% em Pernambuco.

O sedentarismo nos profissionais também apresentou diferenças significativas, tanto na amostra total quanto na estratificada por região, em função do porte populacional do município. Os profissionais foram sempre mais sedentários nos municípios com mais de 500 mil habitantes, tanto no sul (33,8%), quanto no nordeste (28,8%). Nos municípios com menos de 200 mil habitantes as prevalências variaram de 24,0% no sul a 21,8% no nordeste. Em municípios com população entre 200 e 500 mil habitantes, o sedentarismo oscilou entre 30,0% no sul e 28,5% no nordeste.

A Tabela 3 apresenta a associação bruta e ajustada entre sedentarismo e as variáveis independentes na amostra total. O sedentarismo esteve significativamente associado com o sexo masculino na análise bruta, porém perdeu significância estatística na análise ajustada. As variáveis, idade, tabagismo, tempo de trabalho na UBS e primeiro emprego não estiveram associadas com sedentarismo nas análises.

Foi observada associação direta entre a prevalência de sedentarismo e escolaridade tanto na análise bruta como na ajustada. Trabalhar na UBS até 20 horas por

semana mostrou maior chance para sedentarismo, tanto na análise bruta como na ajustada. Aqueles profissionais em regime de trabalho precário mostraram-se estatisticamente ser menos sedentários na análise bruta, porém na análise ajustada o valor perdeu significância.

Outra variável associada ao sedentarismo na análise bruta e ajustada foi o uso de protocolos: profissionais que usam os protocolos são menos sedentários que os demais. Ser médico esteve associado com sedentarismo somente na análise bruta, mas a atividade profissional de ACS esteve associada com sedentarismo tanto na análise bruta, quanto na ajustada. Associações com sedentarismo foram verificadas também para as variáveis “outro emprego além do realizado na UBS” e “auto-avaliação da qualidade de vida”. Possuir outro emprego e, classificar como ruim ou muito ruim a qualidade de vida, mostraram-se fatores associados para sedentarismo.

Nas tabelas 4 e 5 são apresentadas separadamente as análises de acordo com região e modelo de atenção básica. Os profissionais da região sul do sexo feminino apresentaram menores chances para sedentarismo de 22% na análise bruta, porém sem significância na análise ajustada. Para os profissionais do nordeste, não foi verificada associação com sexo. A idade esteve diretamente associada com sedentarismo no nordeste, sendo que os profissionais mais velhos apresentaram maiores chances, elevando 46% em comparação aos mais jovens ( $p=0,001$ ). Já na região sul, os profissionais mais velhos apresentaram menores chances para o sedentarismo de 22% ( $p=0,04$ ) em comparação aos mais jovens.

A escolaridade esteve associada ao sedentarismo na região nordeste, sendo que os profissionais com pós-graduação foram os mais sedentários. Já na região sul, esta associação perdeu significância na análise ajustada. O tabagismo mostrou-se associado

ao sedentarismo nos profissionais da região sul, porém esta associação não foi verificada na região nordeste.

A variável "horas de trabalho cumpridas na UBS" esteve associada com o sedentarismo para os profissionais da região nordeste, mas tal associação não foi verificada na região sul. A utilização de protocolos pelos profissionais se associou com sedentarismo na região nordeste, enquanto na região sul esta associação não foi encontrada. Comparados aos médicos, os ACS são menos sedentários tanto na análise bruta quanto na ajustada, em ambas as regiões.

Em relação ao modelo de atenção, a escolaridade foi uma variável associada ao sedentarismo nos profissionais do modelo tradicional enquanto no modelo PSF esta variável não se mostrou associada. Regime de trabalho precário, no modelo PSF, apresentou associação estatisticamente limítrofe ( $P=0,06$ ) com sedentarismo. A mesma associação não se confirmou no modelo tradicional na análise ajustada. Profissionais que estão trabalhando no primeiro emprego apresentaram maiores chances de sedentarismo no modelo PSF, enquanto esta associação não se evidenciou para os profissionais do modelo tradicional. A auto-avaliação da qualidade de vida como "ruim e muito ruim" mostrou-se associada ao sedentarismo para os profissionais apenas do modelo PSF. No modelo tradicional, auto-avaliação muito boa esteve associada com sedentarismo, tanto na análise bruta, quanto na ajustada.

## DISCUSSÃO

A prevalência de sedentarismo em profissionais de saúde das 240 UBS de municípios com mais de 100 mil habitantes dos sete estados brasileiros estudados, foi de 27,5%, sendo 31,5% nos homens e 26,4% nas mulheres. Nosso resultado foi mais baixo que o encontrado em um estudo realizado no México, com mulheres profissionais

da área da saúde em 2005, que utilizou o mesmo instrumento (IPAQ), e encontrou uma prevalência de sedentarismo de 43%. Estes resultados devem ser observados com cautela, visto as diferenças metodológicas na aplicação do estudo que podem explicar estas diferenças.<sup>12</sup>

Em relação aos estados, verificamos que os profissionais de saúde da Paraíba foram os mais sedentários. Esse resultado é consistente com os dados de outros estudos que identificam o sedentarismo entre população da área de abrangência como sendo maior no Nordeste<sup>22</sup> e o estudo do Instituto Nacional de Câncer (INCA), que detectou a maior prevalência de sedentarismo em João Pessoa, de um total de 15 capitais analisadas.<sup>23</sup>

Os municípios considerados de médio porte são onde os profissionais foram mais sedentários. Em relação às regiões estudadas, observou-se que os profissionais da região sul foram sempre mais sedentários, independente do porte municipal. Uma das hipóteses para este achado é a diferença de clima da região sul para o nordeste, o que poderia aumentar ainda mais as dificuldades em relação à prática de atividade física por barreiras ambientais.<sup>24</sup>

Estudos sobre nível de atividade física em profissionais das UBS são ainda pouco encontrados na literatura. Neste estudo verificamos que as variáveis socioeconômicas têm grande importância na determinação deste desfecho. Verificamos que quanto maior o nível socioeconômico dos profissionais de saúde, maior o sedentarismo entre eles. A mesma associação foi descrita em um estudo populacional por Hallal et al. (2003). A hipótese é que as práticas de deslocamento ativo, serviços domésticos pesados e atividade física pesada no trabalho sejam mais frequentes entre os pobres, gerando um maior nível de atividade física total em comparação aos ricos, os quais apresentam maior prática de atividade física no lazer.<sup>16</sup> Outro aspecto é que o

nível econômico está fortemente associado ao tipo de atividade profissional, assim, os ACS, que são os profissionais mais ativos, são os de menor remuneração no âmbito da atenção básica.

Ainda nesse contexto, podemos salientar a associação encontrada para aqueles trabalhadores que atuam com carga horária até 20 horas de trabalho na UBS, o que sugere fortemente atuação profissional em outro emprego, hipótese que se fortalece pela associação encontrada para a existência de outro emprego além da UBS e trabalho em regime precário no PSF.

Quando avaliado o uso de protocolos por parte do profissional de saúde, verifica-se que aqueles que os usam são menos sedentários que os demais. No Brasil, os protocolos utilizados nas UBS, como para hipertensão e diabetes, incluem a prescrição da atividade física.<sup>19</sup> Nestes casos, o estudo de Ribeira, na Espanha, mostra que a promoção regular da atividade física é dependente do interesse pessoal e do conhecimento que o profissional tem dos benefícios da atividade física. Logo, a utilização dos protocolos colocaria estes profissionais em um grupo diferenciado por ressaltar os benefícios da atividade física para si e para os seus pacientes. Como uma das barreiras para a prática de atividade física pode ser o baixo conhecimento dos benefícios, a utilização de protocolos pode estar suprindo parte deste conhecimento necessário para a modificação de comportamento.<sup>25</sup>

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas, destacando-se às dificuldades para o estabelecimento de nexos causais em estudos transversais. É necessário ter cuidado na extrapolação dos resultados para outros grupos de trabalhadores, pois os trabalhadores em saúde têm algumas características específicas, como escolaridade mais elevada em comparação com outras profissões. Embora o estudo tenha apresentado perdas relativas ao preenchimento dos instrumentos pelos

profissionais de saúde, os respondentes foram similares aos não-respondentes em termos de sexo, idade e atividade profissional, o que minimiza a possibilidade de viés de seleção. Algumas vantagens deste estudo também devem ser destacadas, entre elas a abrangência da investigação para um tema muito pouco explorado na literatura nacional e a lacuna existente sobre o tema até o momento. Outro ponto a ser destacado é a utilização de um questionário padronizado (IPAQ), que proporciona a comparabilidade com outros estudos nacionais e internacionais. Por fim, o tamanho de amostra garante um alto poder estatístico, mesmo para as análises estratificadas por modelo de atenção e região.

Podemos salientar que a atividade física ganha cada vez mais espaço como uma importante medida, eficaz e de baixo custo para proporcionar melhores condições de vida às pessoas. Atualmente existe um reconhecimento científico das possibilidades de ajuda terapêutica a diversas morbidades, e nos planos do Ministério da Saúde está à inclusão de profissionais de educação física no cotidiano da rede básica. A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Portaria nº 154 do MS, recomenda que a prática da atividade física seja o mais abrangente e coletiva possível, no sentido de incluir os diversos grupos populacionais, adoecidos ou em maior risco, para que estes possam não só se reabilitarem dos agravos já estabelecidos, como também prevenirem problemas futuros.<sup>26</sup> No entanto, ainda se verifica uma baixa prevalência de comportamento saudável em relação à atividade física entre os profissionais de saúde, o que pode resultar em pouca orientação aos pacientes, e por conseqüência, oportunidades perdidas nas unidades básicas.

Urge a necessidade de estratégias no sentido de estimular os profissionais de saúde a uma mudança de comportamento. Neste sentido, cabe destacar a importância de projetos de capacitação de profissionais de saúde para a orientação e a prática de

atividade física, a articulação entre profissionais de UBS e educadores físicos, e estudos de intervenção sobre a temática. Tais resultados também estimulam a pensar na possibilidade real da presença de profissional de educação física no grupo de profissionais que atendem a população, pela sua possibilidade de contribuir para a mudança de comportamento entre seus colegas profissionais, e pelos benefícios que podem se estender a população em geral que utiliza as UBS.

## REFERÊNCIAS

1. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama*. 1995 Feb 1;273(5):402-7
2. NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. Physical activity and cardiovascular health. NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. *Jama*. 1996 Jul 17;276(3):241-6.
3. Lee IM, Paffenbarger RS, Jr., Hsieh CC. Physical activity and risk of prostatic cancer among college alumni. *Am J Epidemiol* 1992;135(2):169-79
4. Shepard RJ. Physical activity, fitness and health: the current consensus. *Quest* 1995;47:228-303

5. Monteiro CA. Novos e velhos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: HUCITEC/USP, 1995.
  
6. Organização das Nações Unidas. Plano de ação internacional para o envelhecimento 2002. Assembléia Mundial do Envelhecimento. Madrid. 2002. Tradução de Arlete Santos - Brasília: Secretaria Especial, 2003 -49p. Série Institucional em Direitos Humanos; V1
  
7. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica a Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(3) 669,681.
  
8. Ribeira AP, McKenna J, Riddoch C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. *Eur J Public Health* 2005;15(6):569-75.
  
9. Jatkison J, Goody RB, Walter CA. Walking at work: a pedometer study assessing the activity levels of doctors. *Scott Med J* 2005;50(2):73-4.
  
10. Fuscaldo JM. Prescribing physical activity in primary care. *W V Med J* 2002;98(6):250-3.

11. Chakravarthy MV, Joyner MJ, Booth FW. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Mayo Clin Proc* 2002;77(2):165-73.
12. Venegas Ochoa U, Llerenas Tejeda C, Aguayo Godinez A, Navarro Solares JC, Corbala Solares J, Campos A, et al. Physical activity and inactivity among female health service workers. *Ginecologia y obstetricia de Mexico*. 2006 Sep;74(9):471-5.
13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões sul e nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2008. in press.
14. MS (Ministério da Saúde). Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília: MS; 2004.
15. Craig, CL et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 35, 1381-95 (2003).
16. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(11):1894-900.
17. US Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of health and Human Services,

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.

18. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Trabalho Precário no Sul. 2006

19. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – Proposta Versão 2.0. Brasília; março de 2004

20. Barros A.J., Hirakata V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.

21. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int.J. Epidemiol* 26:224-227, 1997.

22. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Hallal PC. Atividade Física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2008; 24(1):39-54

23. Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002 – 2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004
  
24. Trost SG, N Owen, AE Bauman, JF Sallis, W Brown. Correlates of adults participation in physical activity: review and update. Med.Sci. Sports Exerc., Vol 34, Nº 12, pp 1996-2001. 2002
  
25. Garry JP, Diamond JJ, Whitley TW. Physical activity curricula in medical schools. Acad. Med 2002; 77(8):818-20.
  
26. Brasil, Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio da Saúde da Família. Portaria Ministerial de Saúde nº154, de 24 de janeiro de 2008.

**Tabela 1.** Descrição das variáveis independentes na amostra de profissionais de saúde de unidades básicas de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2005.

| <b>VARIÁVEIS</b>                                  | <b>Total (%)</b> | <b>N</b> | <b>Sul (%)</b> | <b>N</b> | <b>Nordeste (%)</b> | <b>N</b> |
|---|------------------|----------|----------------|----------|---------------------|----------|
| <b>SEXO</b>                                       |                  | 4675     |                | 1718     |                     | 2957     |
| Masculino   | 18,9             |          | 18,0           |          | 19,5                |          |
| Feminino  | 81,1             |          | 82,0           |          | 80,5                |          |
| <b>IDADE (ANOS)</b>                               |                  | 4670     |                | 1714     |                     | 2956     |
| 16 a 29   | 24,8             |          | 27,5           |          | 23,3                |          |
| 30 a 49   | 60,4             |          | 58,8           |          | 61,3                |          |
| 50 ou +   | 14,8             |          | 13,7           |          | 15,4                |          |
| <b>ESCOLARIDADE</b>                               |                  | 4696     |                | 1719     |                     | 2977     |
| Fundamental incompleto                            | 5,7              |          | 4,5            |          | 6,5                 |          |
| Fundamental completo                              | 5,8              |          | 5,8            |          | 5,8                 |          |
| Médio incompleto                                  | 8,6              |          | 10,4           |          | 7,6                 |          |
| Médio completo                                    | 42,2             |          | 36,0           |          | 45,8                |          |
| Superior incompleto                               | 7,1              |          | 8,0            |          | 6,4                 |          |
| Superior completo                                 | 14,2             |          | 13,6           |          | 14,5                |          |
| Pós-graduação                                     | 16,4             |          | 21,8           |          | 13,3                |          |
| <b>TABAGISMO</b>                                  |                  | 3126     |                | 1550     |                     | 2770     |
| Não   | 87,6             |          | 83,0           |          | 90,2                |          |
| Sim   | 12,4             |          | 17,0           |          | 9,8                 |          |
| <b>RENDA MENSAL EM SALARIO MÍNIMO (SM)</b>        |                  | 4168     |                | 1428     |                     | 2740     |
| Até 1 SM  | 34,1             |          | 18,6           |          | 42,2                |          |
| Mais de 1 até 3 SM                                | 41,9             |          | 46,7           |          | 39,3                |          |
| Mais de 3 até 6 SM                                | 11,5             |          | 18,1           |          | 8,0                 |          |
| Mais de 6 até 10 SM                               | 9,12             |          | 9,9            |          | 8,7                 |          |
| Mais de 10 SM                                     | 3,4              |          | 6,6            |          | 1,8                 |          |
| <b>HORAS DE TRABALHO CUMPRIDAS</b>                |                  | 4496     |                | 1631     |                     | 2865     |
| Até 20 horas                                      | 14,0             |          | 16,2           |          | 12,7                |          |
| De 21 a 40 horas                                  | 83,6             |          | 81,6           |          | 84,7                |          |
| 41 horas ou mais                                  | 2,4              |          | 2,2            |          | 2,6                 |          |
| <b>TEMPO DE TRABALHO NA UBS (meses)</b>           |                  | 4588     |                | 1677     |                     | 2911     |
| Até 24 meses                                      | 51,6             |          | 62,6           |          | 45,2                |          |
| De 25 meses a 108 meses                           | 35,9             |          | 29,0           |          | 39,9                |          |
| 109 meses ou +                                    | 12,5             |          | 8,4            |          | 14,1                |          |
| <b>REGIME DE TRABALHO PRECARIZADO</b>             |                  | 4569     |                | 1667     |                     | 2902     |
| Não   | 62,4             |          | 70,4           |          | 57,8                |          |
| Sim   | 37,6             |          | 29,6           |          | 42,2                |          |
| <b>UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS PELO PROFISSIONAL</b> |                  | 4456     |                | 1622     |                     | 2834     |
| Não   | 56,4             |          | 63,6           |          | 52,2                |          |
| Sim   | 43,6             |          | 36,4           |          | 47,8                |          |

|                                     |      |      |      |
|-------------------------------------|------|------|------|
| ATIVIDADE PROFISSIONAL NA UBS       | 4643 | 1710 | 2933 |
| Médico                              | 11,2 | 15,6 | 8,7  |
| Enfermeiro                          | 7,3  | 9,4  | 6,0  |
| Outros de nível superior            | 8,0  | 7,5  | 8,2  |
| Agentes Comunitários de Saúde       | 33,1 | 28,0 | 36,1 |
| Outros de nível médio               | 40,5 | 39,5 | 41,0 |
| PRIMEIRO EMPREGO                    | 4672 | 1704 | 2968 |
| Não                                 | 73,1 | 82,2 | 67,9 |
| Sim                                 | 26,9 | 17,8 | 32,1 |
| OUTRO EMPREGO ALÉM DA UBS           | 4674 | 1704 | 2970 |
| Não                                 | 79,5 | 80,0 | 79,3 |
| Sim                                 | 20,5 | 20,0 | 20,7 |
| AUTO-AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA | 4662 | 1695 | 2967 |
| Muito Ruim                          | 0,4  | 0,4  | 0,4  |
| Ruim                                | 2,5  | 2,0  | 2,8  |
| Nem ruim nem boa                    | 21,6 | 16,1 | 24,7 |
| Boa                                 | 63,0 | 64,8 | 62,0 |
| Muito boa                           | 12,5 | 16,7 | 10,1 |
| SATISFAÇÃO COM A SAÚDE              | 4683 | 1698 | 2985 |
| Muito Insatisfeito                  | 2,8  | 4,1  | 2,1  |
| Insatisfeito                        | 7,4  | 8,3  | 6,8  |
| Nem satisfeito nem insatisfeito     | 22,7 | 24,2 | 21,8 |
| Satisfeito                          | 53,3 | 51,3 | 54,4 |
| Muito satisfeito                    | 13,8 | 12,1 | 14,9 |

**Tabela 2.** Prevalência, riscos (RP) e intervalo de confiança (IC95%) das variáveis de contexto na amostra total de profissionais de saúde e estratificada por região Sul e Nordeste do Brasil, 2005.

| VARIÁVEIS                     | ANÁLISE BRUTA TOTAL |                   |                    | ANÁLISE BRUTA SUL |                   |                    | ANÁLISE BRUTA NORDESTE |                   |                    |
|-------------------------------|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|------------------------|-------------------|--------------------|
|                               | %                   | RP(IC95%)         | P                  | %                 | RP(IC95%)         | P                  | %                      | RP(IC95%)         | P                  |
| Modelo                        |                     |                   | 0,01               |                   |                   | 0,37               |                        |                   | 0,005              |
| Tradicional                   | 30,6                | 1                 |                    | 30,5              | 1                 |                    | 30,7                   | 1                 |                    |
| PSF Pré-PROESF                | 25,8                | 0,84(0,74 – 0,96) |                    | 25,9              | 0,85(0,67 – 1,07) |                    | 25,8                   | 0,84(0,72 – 0,98) |                    |
| PSF Pós-PROESF                | 25,7                | 0,84(0,73 – 0,97) |                    | 27,9              | 0,91(0,74 – 1,12) |                    | 23,5                   | 0,76(0,63 – 0,93) |                    |
| Modelo sem Agente Comunitário |                     |                   | 0,68               |                   |                   | 0,06               |                        |                   | 0,09               |
| Tradicional                   | 34,0                | 1                 |                    | 33,1              | 1                 |                    | 31,2                   | 1                 |                    |
| PSF Pré-PROESF                | 33,3                | 0,98(0,86 – 1,12) |                    | 31,8              | 0,96(0,84 – 1,10) |                    | 26,7                   | 0,84(0,74 – 0,96) |                    |
| PSF Pós-PROESF                | 33,0                | 0,97(0,84 – 1,13) |                    | 28,7              | 0,87(0,75 – 1,00) |                    | 28,6                   | 0,90(0,78 – 1,04) |                    |
| Região                        |                     |                   | 0,32               |                   |                   | 0,11               |                        |                   | 0,01               |
| Metropolitana                 | 26,4                | 1                 |                    | 31,0              | 1                 |                    | 23,3                   | 1                 |                    |
| Não Metropolitana             | 28,0                | 1,06(0,94 – 1,20) |                    | 26,7              | 0,86(0,72 – 1,03) |                    | 28,7                   | 1,23(1,05 – 1,45) |                    |
| Estado                        |                     |                   | 0,002              |                   |                   | 0,31               |                        |                   | <0,001             |
| RS                            | 28,9                | 1                 |                    | 28,9              | 1                 |                    |                        |                   |                    |
| SC                            | 25,8                | 0,89(0,72 – 1,11) |                    | 25,8              | 0,89(0,72 – 1,11) |                    |                        |                   |                    |
| AL                            | 24,7                | 0,85(0,70 – 1,04) |                    |                   |                   |                    | 24,7                   | 0,98(0,75 – 1,28) |                    |
| PB                            | 33,7                | 1,16(0,93 – 1,46) |                    |                   |                   |                    | 33,7                   | 1,33(1,00 – 1,77) |                    |
| PE                            | 23,6                | 0,82(0,70 – 0,96) |                    |                   |                   |                    | 23,6                   | 0,93(0,74 – 1,19) |                    |
| PI                            | 25,3                | 0,87(0,70 – 1,10) |                    |                   |                   |                    | 25,3                   | 1                 |                    |
| RN                            | 33,4                | 1,16(0,98 – 1,36) |                    |                   |                   |                    | 33,4                   | 1,32(1,04 – 1,68) |                    |
| Porte do município            |                     |                   | 0,001 <sup>T</sup> |                   |                   | 0,007 <sup>T</sup> |                        |                   | 0,006 <sup>T</sup> |
| De 100 a 200 mil habitantes   | 22,8                | 1                 |                    | 24,0              | 1                 |                    | 21,8                   | 1                 |                    |
| De 200 a 500 mil habitantes   | 29,4                | 1,29(1,11 – 1,49) |                    | 30,0              | 1,25(1,02 – 1,53) |                    | 28,5                   | 1,30(1,05 – 1,62) |                    |
| Mais de 500 mil habitantes    | 29,4                | 1,29(1,11 – 1,48) |                    | 33,8              | 1,41(1,06 – 1,88) |                    | 28,8                   | 1,32(1,10 – 1,59) |                    |

T – Teste de Wald para Tendência Linear

**Tabela 3.** Prevalência de sedentarismo conforme as variáveis independentes, análise bruta e ajustada da amostra de profissionais da saúde de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2005.

| VARIÁVEIS (Nível)                      | Análise Bruta |                   |                     | Análise Ajustada  |                     |
|--|---------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
|  | %             | RP(IC95%)         | P                   | RP(IC95%)         | P                   |
| SEXO (1)                               |               |                   | <0,001              |                   | 0,18                |
| Masculino                              | 31,5          | 1                 |                     | 1                 |                     |
| Feminino                               | 26,4          | 0,84(0,74 – 0,95) |                     | 0,91(0,79 – 1,04) |                     |
| IDADE – ANOS (1)                       |               |                   | 0,09 <sup>T</sup>   |                   | 0,46 <sup>T</sup>   |
| 16 a 29                                | 26,3          | 1                 |                     | 1                 |                     |
| 30 a 49                                | 27,0          | 1,03(0,90 – 1,17) |                     | 0,97(0,84 – 1,11) |                     |
| 50 ou +                                | 35,5          | 1,24(1,04 – 1,47) |                     | 1,17(0,97 – 1,41) |                     |
| ESCOLARIDADE (1)                       |               |                   | <0,001 <sup>T</sup> |                   | 0,002 <sup>T</sup>  |
| Fundamental incompleto                 | 25,8          | 1                 |                     | 1                 |                     |
| Fundamental completo                   | 21,4          | 0,83(0,56 – 1,23) |                     | 1,10(0,71 – 1,73) |                     |
| Médio incompleto                       | 19,5          | 0,76(0,52 – 1,09) |                     | 0,82(0,54 – 1,27) |                     |
| Médio completo                         | 21,2          | 0,82(0,62 – 1,09) |                     | 0,93(0,66 – 1,30) |                     |
| Superior incompleto                    | 26,1          | 1,01(0,72 – 1,42) |                     | 1,14(0,77 – 1,67) |                     |
| Superior completo                      | 36,4          | 1,41(1,06 – 1,88) |                     | 1,39(0,97 – 2,00) |                     |
| Pós-graduação                          | 39,1          | 1,52(1,15 – 2,00) |                     | 1,42(0,98 – 2,06) |                     |
| TABAGISMO (1)                          |               |                   | 0,64                |                   | 0,06                |
| Não                                    | 27,7          | 1                 |                     | 1                 |                     |
| Sim                                    | 28,8          | 1,04(0,88 – 1,24) |                     | 1,19(0,99 – 1,42) |                     |
| RENDA MENSAL EM SALÁRIO MÍNIMO – SM(1) |               |                   | <0,001 <sup>T</sup> |                   | <0,001 <sup>T</sup> |
| Até 1 SM                               | 16,2          | 1                 |                     | 1                 |                     |
| Mais de 1 até 3 SM                     | 29,0          | 1,79(1,51 – 2,12) |                     | 1,78(1,48 – 2,14) |                     |
| Mais de 3 até 6 SM                     | 32,7          | 2,02(1,65 – 2,47) |                     | 1,68(1,31 – 2,15) |                     |
| Mais de 6 até 10 SM                    | 38,6          | 2,35(1,93 – 2,87) |                     | 1,88(1,45 – 2,44) |                     |
| Mais de 10 SM                          | 39,2          | 2,42(1,87 – 3,13) |                     | 1,86(1,36 – 2,54) |                     |
| HORAS DE TRABALHO CUMPRIDAS (2)        |               |                   | <0,001 <sup>T</sup> |                   | 0,04 <sup>T</sup>   |
| Até 20 horas                           | 37,8          | 1                 |                     | 1                 |                     |
| De 21 a 40 horas                       | 25,8          | 0,68(0,60 – 0,78) |                     | 0,81(0,68 – 0,97) |                     |
| 40 horas ou mais                       | 30,4          | 0,80(0,55 – 1,17) |                     | 0,98(0,62 – 1,55) |                     |
| TEMPO DE TRABALHO NA UBS (2)           |               |                   | 0,75 <sup>T</sup>   |                   | 0,38 <sup>T</sup>   |
| Até 24 meses                           | 27,3          | 1                 |                     | 1                 |                     |
| De 25 meses a 108 meses                | 28,5          | 1,04(0,93 – 1,17) |                     | 1,03(0,90 – 1,18) |                     |
| 109 meses ou +                         | 25,2          | 0,92(0,76 – 1,12) |                     | 0,84(0,66 – 1,07) |                     |
| REGIME DE TRABALHO PRECARIZADO (2)     |               |                   | <0,001              |                   | 0,07                |
| Não                                    | 29,7          | 1                 |                     | 1                 |                     |
| Sim                                    | 23,5          | 0,79(0,69 – 0,82) |                     | 0,88(0,77 – 1,01) |                     |

|  |      |                   |                     |                   |                     |
|--|------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS PELO PROFISSIONAL (2) | 26,0 | 1                 | 0,05                | 1                 | 0,05                |
| Não  | 29,2 | 0,89(0,80 – 1,00) |                     | 0,88(0,77 – 1,00) |                     |
| Sim  |      |                   |                     |                   |                     |
| ATIVIDADE PROF, NA UBS (2)                     |      |                   | <0,001              |                   | 0,47                |
| Médico   | 43,5 | 1                 |                     | 1                 |                     |
| Enfermeiro                                     | 36,0 | 0,83(0,68 – 1,00) |                     | 0,90(0,72 – 1,14) |                     |
| Outros de nível superior                       | 34,7 | 0,80(0,66 – 0,96) |                     | 0,86(0,68 – 1,08) |                     |
| ACS  | 14,9 | 0,34(0,29 – 0,41) |                     | 0,43(0,33 – 0,65) |                     |
| Outros de nível médio                          | 28,9 | 0,66(0,58 – 0,76) |                     | 0,83(0,62 – 1,10) |                     |
| PRIMEIRO EMPREGO (2)                           |      |                   | 0,29                |                   | 0,11                |
| Não  | 27,8 | 1                 |                     | 1                 |                     |
| Sim  | 25,9 | 0,93(0,82 – 1,06) |                     | 1,13(0,97 – 1,31) |                     |
| OUTRO EMPREGO ALÉM DA UBS (2)                  |      |                   | <0,001              |                   | <0,001              |
| Não  | 23,9 | 1                 |                     | 1                 |                     |
| Sim  | 39,6 | 1,66(1,48 – 1,85) |                     | 1,36(1,17 – 1,59) |                     |
| AUTO-AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (2)        |      |                   | <0,001 <sup>T</sup> |                   | <0,001 <sup>T</sup> |
| Muito Ruim                                     | 41,7 | 1                 |                     | 1                 |                     |
| Ruim   | 49,4 | 1,19(0,59 – 2,40) |                     | 1,20(0,53 – 2,75) |                     |
| Nem ruim nem boa                               | 28,6 | 0,69(0,35 – 1,35) |                     | 0,85(0,38 – 1,92) |                     |
| Boa  | 27,3 | 0,65(0,33 – 1,28) |                     | 0,80(0,36 – 1,81) |                     |
| Muito boa                                      | 21,5 | 0,52(0,26 – 1,03) |                     | 0,58(0,25 – 1,33) |                     |
| SATISFAÇÃO COM A SAÚDE (2)                     |      |                   | <0,001 <sup>T</sup> |                   | 0,03 <sup>T</sup>   |
| Muito Insatisfeito                             | 33,3 | 1                 |                     | 1                 |                     |
| Insatisfeito                                   | 36,3 | 1,09(0,80 – 1,49) |                     | 1,13(0,79 – 1,62) |                     |
| Nem satisfeito nem insatisfeito                | 28,6 | 0,86(0,64 – 1,15) |                     | 1,00(0,72 – 1,39) |                     |
| Satisfeito                                     | 26,4 | 0,79(0,60 – 1,04) |                     | 0,88(0,63 – 1,21) |                     |
| Muito satisfeito                               | 24,2 | 0,73(0,53 – 0,99) |                     | 0,85(0,59 – 1,23) |                     |

T – Teste de Wald para Tendência

**Tabela 4.** Prevalência de sedentarismo, análise bruta e ajustada para profissionais de unidades básicas de saúde conforme a região Sul e Nordeste do Brasil, 2005.

| VARIÁVEIS (NÍVEL)                          | REGIÃO SUL |                            |                     |                               |                   | REGIÃO NORDESTE |                            |                     |                               |                     |
|--|------------|----------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------|----------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|
|  | %          | Análise Bruta<br>RP(IC95%) | P                   | Análise Ajustada<br>RP(IC95%) | P                 | %               | Análise Bruta<br>RP(IC95%) | P                   | Análise Ajustada<br>RP(IC95%) | P                   |
| SEXO (1)                                   |            |                            | 0,02                |                               | 0,31              |                 |                            | 0,11                |                               | 0,20                |
| Masculino                                  | 34,2       | 1                          |                     | 1                             |                   | 30,0            | 1                          |                     | 1                             |                     |
| Feminino                                   | 26,7       | 0,78(0,64 - 0,96)          |                     | 0,89(0,71 - 1,12)             |                   | 26,3            | 0,88(0,74 - 1,03)          |                     | 0,90(0,76 - 1,06)             |                     |
| IDADE (ANOS)                               |            |                            | 0,20 <sup>T</sup>   |                               | 0,04 <sup>T</sup> |                 |                            | 0,002 <sup>T</sup>  |                               | 0,01 <sup>T</sup>   |
| 16 a 29                                    | 31,0       | 1                          |                     | 1                             |                   | 23,1            | 1                          |                     | 1                             |                     |
| 30 a 49                                    | 27,0       | 0,88(0,72 - 1,06)          |                     | 0,80(0,65 - 1,00)             |                   | 26,9            | 1,16(0,97 - 1,39)          |                     | 1,12(0,93 - 1,35)             |                     |
| 50 ou +                                    | 27,3       | 0,88(0,65 - 1,19)          |                     | 0,78(0,56 - 1,09)             |                   | 35,1            | 1,52(1,22 - 1,89)          |                     | 1,46(1,15 - 1,84)             |                     |
| ESCOLARIDADE                               |            |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | 0,15 <sup>T</sup> |                 |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | 0,005 <sup>T</sup>  |
| Fundamental incompleto                     | 29,0       | 1                          |                     | 1                             |                   | 24,8            | 1                          |                     | 1                             |                     |
| Fundamental completo                       | 17,9       | 0,62(0,29 - 1,31)          |                     | 0,80(0,34 - 1,88)             |                   | 23,3            | 0,94(0,59 - 1,50)          |                     | 1,07(0,65 - 1,78)             |                     |
| Médio incompleto                           | 20,8       | 0,72(0,38 - 1,34)          |                     | 0,73(0,35 - 1,50)             |                   | 18,5            | 0,75(0,47 - 1,20)          |                     | 0,82(0,49 - 1,38)             |                     |
| Médio completo                             | 23,0       | 0,79(0,47 - 1,35)          |                     | 0,77(0,41 - 1,45)             |                   | 20,4            | 0,82(0,59 - 1,15)          |                     | 0,92(0,64 - 1,34)             |                     |
| Superior incompleto                        | 23,7       | 0,82(0,44 - 1,52)          |                     | 0,85(0,42 - 1,73)             |                   | 27,6            | 1,11(0,74 - 1,67)          |                     | 1,23(0,79 - 1,92)             |                     |
| Superior completo                          | 35,2       | 1,22(0,71 - 2,07)          |                     | 1,05(0,54 - 2,06)             |                   | 37,1            | 1,50(1,06 - 2,11)          |                     | 1,43(0,96 - 2,14)             |                     |
| Pós-graduação                              | 36,5       | 1,26(0,75 - 2,12)          |                     | 1,15(0,58 - 2,28)             |                   | 41,7            | 1,68(1,20 - 2,35)          |                     | 1,44(0,95 - 2,16)             |                     |
| TABAGISMO                                  |            |                            | 0,16                |                               | 0,003             |                 |                            | 0,45                |                               | 0,74                |
| Não  | 27,4       | 1                          |                     | 1                             |                   | 27,8            | 1                          |                     | 1                             |                     |
| Sim  | 32,4       | 1,18(0,94 - 1,49)          |                     | 1,44(1,13 - 1,84)             |                   | 25,1            | 0,90(0,69 - 1,18)          |                     | 0,95(0,71 - 1,27)             |                     |
| RENDA MENSAL EM SALARIO MÍNIMO (SM)        |            |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | 0,04 <sup>T</sup> |                 |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | <0,001 <sup>T</sup> |
| Até 1 SM                                   | 14,4       | 1                          |                     | 1                             |                   | 16,6            | 1                          |                     | 1                             |                     |
| Mais de 1 até 3 SM                         | 26,0       | 1,80(1,22 - 2,65)          |                     | 1,81(1,20 - 2,74)             |                   | 30,8            | 1,85(1,53 - 2,24)          |                     | 1,72(1,40 - 2,11)             |                     |
| Mais de 3 até 6 SM                         | 34,8       | 2,41(1,61 - 3,59)          |                     | 2,14(1,31 - 3,51)             |                   | 30,4            | 1,83(1,39 - 2,40)          |                     | 1,44(1,06 - 1,95)             |                     |
| Mais de 6 até 10 SM                        | 35,7       | 2,47(1,61 - 3,78)          |                     | 2,23(1,29 - 3,86)             |                   | 39,7            | 2,39(1,89 - 3,01)          |                     | 1,80(1,34 - 2,41)             |                     |
| Mais de 10 SM                              | 35,2       | 2,44(1,55 - 3,84)          |                     | 2,10(1,18 - 3,75)             |                   | 47,6            | 2,86(2,01 - 4,08)          |                     | 2,10(1,41 - 3,13)             |                     |
| HORAS DE TRABALHO CUMPRIDAS                |            |                            | 0,28 <sup>T</sup>   |                               | 0,73 <sup>T</sup> |                 |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | <0,001 <sup>T</sup> |
| Até 20 horas                               | 31,4       | 1                          |                     | 1                             |                   | 43,5            | 1                          |                     | 1                             |                     |
| De 21 a 40 horas                           | 27,5       | 0,87(0,70 - 1,09)          |                     | 1,03(0,77 - 1,38)             |                   | 24,9            | 0,57(0,49 - 0,68)          |                     | 0,64(0,50 - 0,80)             |                     |
| 40 horas ou mais                           | 30,4       | 0,97(0,51 - 1,85)          |                     | 1,30(0,68 - 2,49)             |                   | 30,4            | 0,70(0,44 - 1,11)          |                     | 0,86(0,51 - 1,45)             |                     |
| TEMPO DE TRABALHO NA UBS (meses)           |            |                            | 0,58 <sup>T</sup>   |                               | 0,53 <sup>T</sup> |                 |                            | 0,91 <sup>T</sup>   |                               | 0,71 <sup>T</sup>   |
| Até 24 meses                               | 28,1       | 1                          |                     | 1                             |                   | 26,6            | 1                          |                     | 1                             |                     |
| De 25 meses a 108 meses                    | 29,6       | 1,05(0,86 - 1,28)          |                     | 1,11(0,88 - 1,41)             |                   | 28,0            | 1,05(0,90 - 1,22)          |                     | 1,03(0,87 - 1,22)             |                     |
| 109 meses ou +                             | 22,2       | 0,79(0,53 - 1,18)          |                     | 0,64(0,36 - 1,12)             |                   | 26,0            | 0,98(0,78 - 1,23)          |                     | 0,91(0,69 - 1,20)             |                     |
| REGIME DE TRABALHO PRECARIZADO             |            |                            | 0,47                |                               | 0,45              |                 |                            | <0,001              |                               | 0,17                |
| Não  | 28,8       | 1                          |                     | 1                             |                   | 30,4            | 1                          |                     | 1                             |                     |
| Sim  | 26,7       | 0,93(0,76 - 1,14)          |                     | 0,91(0,73 - 1,15)             |                   | 22,1            | 0,73(0,63 - 0,85)          |                     | 0,89(0,75 - 1,05)             |                     |
| UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS PELO PROFISSIONAL |            |                            | 0,34                |                               | 0,60              |                 |                            | 0,11                |                               | 0,05                |
| Não  | 29,7       | 1                          |                     | 1                             |                   | 28,8            | 1                          |                     | 1                             |                     |

|                                     |      |                   |                     |                    |                   |                   |                    |                    |
|-------------------------------------|------|-------------------|---------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Sim                                 | 27,1 | 0,91(0,76 – 1,10) | 0,94(0,76 – 1,17)   | 25,6               | 0,89(0,77 – 1,03) | 0,85(0,72 – 1,00) |                    |                    |
| ATIVIDADE PROFISSIONAL NA UBS       |      |                   | <0,001              | 0,76               |                   |                   | <0,001             | 0,05               |
| Médico                              | 40,1 | 1                 | 1                   | 47,7               | 1                 | 1                 |                    |                    |
| Enfermeiro                          | 36,4 | 0,91(0,69 – 1,20) | 0,99(0,71 – 1,39)   | 35,6               | 0,75(0,57 – 0,97) | 0,85(0,62 – 1,16) |                    |                    |
| Outros de nível superior            | 31,0 | 0,77(0,56 – 1,06) | 0,94(0,65 – 1,34)   | 37,0               | 0,77(0,61 – 0,98) | 0,88(0,65 – 1,19) |                    |                    |
| Agentes Comunitários de Saúde       | 16,8 | 0,42(0,31 – 0,56) | 0,49(0,28 – 0,85)   | 14,2               | 0,30(0,24 – 0,37) | 0,53(0,34 – 0,82) |                    |                    |
| Outros de nível médio               | 27,4 | 0,68(0,55 – 0,85) | 0,74(0,47 – 1,15)   | 29,7               | 0,62(0,52 – 0,75) | 1,01(0,69 – 1,48) |                    |                    |
| PRIMEIRO EMPREGO                    |      |                   | 0,35                | 0,49               |                   |                   | 0,09               | 0,73               |
| Não                                 | 27,6 | 1                 | 1                   | 27,9               | 1                 | 1                 |                    |                    |
| Sim                                 | 30,8 | 1,12(0,89 – 1,40) | 1,10(0,84 – 1,44)   | 24,4               | 0,87(0,75 – 1,02) | 1,04(0,85 – 1,27) |                    |                    |
| OUTRO EMPREGO ALÉM DA UBS           |      |                   | <0,001              | 0,001              |                   |                   | <0,001             | 0,02               |
| Não                                 | 25,0 | 1                 | 1                   | 23,4               | 1                 | 1                 |                    |                    |
| Sim                                 | 38,7 | 1,55(1,29 – 1,86) | 1,47(1,17 – 1,84)   | 40,2               | 1,73(1,50 – 1,99) | 1,26(1,03 – 1,54) |                    |                    |
| AUTO-AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA |      |                   | <0,001 <sup>T</sup> | 0,002 <sup>T</sup> |                   |                   | 0,004 <sup>T</sup> | 0,001 <sup>T</sup> |
| Muito Ruim                          | 66,7 | 1                 | 1                   | 16,7               | 1                 | 1                 |                    |                    |
| Ruim                                | 48,2 | 0,72(0,36 – 1,44) | 0,59(0,27 – 1,30)   | 50,0               | 3,0 (0,49 -1 8,3) | 1,77(0,36 – 8,71) |                    |                    |
| Nem ruim nem boa                    | 32,0 | 0,48(0,26 – 0,88) | 0,49(0,24 – 0,99)   | 27,3               | 1,64(0,27 – 9,85) | 1,26(0,26 – 6,10) |                    |                    |
| Boa                                 | 28,1 | 0,42(0,24 – 0,75) | 0,45(0,23 – 0,90)   | 26,8               | 1,60(0,27 – 9,85) | 1,16(0,24 – 5,59) |                    |                    |
| Muito boa                           | 21,7 | 0,32(0,17 – 0,61) | 0,31(0,15 – 0,67)   | 21,3               | 1,28(0,21 – 7,78) | 0,82(0,17 – 4,08) |                    |                    |
| SATISFAÇÃO COM A SAÚDE              |      |                   | 0,001 <sup>T</sup>  | 0,002 <sup>T</sup> |                   |                   | 0,05 <sup>T</sup>  | 0,56 <sup>T</sup>  |
| Muito Insatisfeito                  | 35,6 | 1                 | 1                   | 30,4               | 1                 | 1                 |                    |                    |
| Insatisfeito                        | 38,0 | 1,07(0,70 – 1,63) | 1,09(0,69 – 1,73)   | 35,2               | 1,16(0,71 – 1,89) | 1,13(0,64 – 1,98) |                    |                    |
| Nem satisfeito nem insatisfeito     | 29,7 | 0,84(0,57 – 1,22) | 0,88(0,58 – 1,33)   | 27,9               | 0,92(0,58 – 1,45) | 1,13(0,67 – 1,92) |                    |                    |
| Satisfeito                          | 27,1 | 0,76(0,53 – 1,09) | 0,71(0,47 – 1,06)   | 26,0               | 0,85(0,55 – 1,34) | 0,99(0,58 – 1,65) |                    |                    |
| Muito satisfeito                    | 20,7 | 0,58(0,37 – 0,92) | 0,61(0,36 – 1,03)   | 26,0               | 0,85(0,53 – 1,37) | 1,07(0,61 – 1,87) |                    |                    |

T – Teste de Wald para Tendência

**Tabela 5.** Prevalência de sedentarismo, análise bruta e ajustada para profissionais de unidades básicas de saúde conforme o modelo de atenção à saúde, 2005.

| VARIÁVEIS (NÍVEL)                   | PSF  |                            |                     |                               |                     | TRADICIONAL |                            |                     |                               |                    |
|-------------------------------------|------|----------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------|---------------------|-------------------------------|--------------------|
|                                     | %    | Análise Bruta<br>RP(IC95%) | P                   | Análise Ajustada<br>RP(IC95%) | P                   | %           | Análise Bruta<br>RP(IC95%) | P                   | Análise Ajustada<br>RP(IC95%) | P                  |
| SEXO (1)                            |      |                            | 0,03                |                               | 0,31                |             |                            | 0,18                |                               | 0,73               |
| Masculino                           | 30,0 | 1                          |                     | 1                             |                     | 33,8        | 1                          |                     | 1                             |                    |
| Feminino                            | 24,8 | 0,83(0,70 – 0,98)          |                     | 0,91(0,76 – 1,09)             |                     | 29,6        | 0,87(0,72 – 1,06)          |                     | 0,96(0,78 – 1,20)             |                    |
| IDADE (ANOS)                        |      |                            | 0,44 <sup>T</sup>   |                               | 0,83 <sup>T</sup>   |             |                            | 0,21 <sup>T</sup>   |                               | 0,56 <sup>T</sup>  |
| 16 a 29                             | 26,0 | 1                          |                     | 1                             |                     | 26,7        | 1                          |                     | 1                             |                    |
| 30 a 49                             | 24,5 | 0,94(0,80 – 1,11)          |                     | 0,87(0,73 – 1,03)             |                     | 31,2        | 1,16(0,92 – 1,47)          |                     | 1,07(0,83 – 1,37)             |                    |
| 50 ou +                             | 33,2 | 1,28(1,02 – 1,59)          |                     | 1,17(0,94 – 1,48)             |                     | 31,6        | 1,17(0,88 – 1,57)          |                     | 1,09(0,80 – 1,49)             |                    |
| ESCOLARIDADE                        |      |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | 0,81 <sup>T</sup>   |             |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | 0,002 <sup>T</sup> |
| Fundamental incompleto              | 27,8 | 1                          |                     | 1                             |                     | 21,6        | 1                          |                     | 1                             |                    |
| Fundamental completo                | 19,6 | 0,71(0,44 – 1,15)          |                     | 0,87(0,51 – 1,49)             |                     | 25,5        | 1,18(0,58 – 2,42)          |                     | 1,30(0,60 – 2,83)             |                    |
| Médio incompleto                    | 18,7 | 0,67(0,44 – 1,03)          |                     | 0,66(0,41 – 1,07)             |                     | 22,0        | 1,02(0,50 – 2,08)          |                     | 1,22(0,57 – 2,63)             |                    |
| Médio completo                      | 19,9 | 0,71(0,51 – 0,99)          |                     | 0,74(0,51 – 1,07)             |                     | 24,0        | 1,11(0,64 – 1,93)          |                     | 1,17(0,63 – 2,16)             |                    |
| Superior incompleto                 | 26,6 | 0,96(0,64 – 1,43)          |                     | 0,93(0,60 – 1,46)             |                     | 25,3        | 1,17(0,62 – 2,21)          |                     | 1,32(0,66 – 2,64)             |                    |
| Superior completo                   | 35,0 | 1,26(0,89 – 1,77)          |                     | 0,93(0,59 – 1,44)             |                     | 38,4        | 1,78(1,02 – 3,08)          |                     | 1,76(0,94 – 3,32)             |                    |
| Pós-graduação                       | 37,4 | 1,35(0,97 – 1,87)          |                     | 0,89(0,56 – 1,40)             |                     | 41,7        | 1,93(1,12 – 3,33)          |                     | 1,96(1,04 – 3,71)             |                    |
| TABAGISMO                           |      |                            | 0,39                |                               | 0,10                |             |                            | 0,76                |                               | 0,64               |
| Não                                 | 25,9 | 1                          |                     | 1                             |                     | 30,9        | 1                          |                     | 1                             |                    |
| Sim                                 | 28,5 | 1,10(0,89 – 1,36)          |                     | 1,21(0,97 – 1,51)             |                     | 29,5        | 0,96(0,71 – 1,28)          |                     | 1,08(0,79 – 1,46)             |                    |
| RENDA MENSAL EM SALARIO MÍNIMO (SM) |      |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | <0,001 <sup>T</sup> |             |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | 0,12 <sup>T</sup>  |
| Até 1 SM                            | 14,5 | 1                          |                     | 1                             |                     | 19,8        | 1                          |                     | 1                             |                    |
| Mais de 1 até 3 SM                  | 26,3 | 1,82(1,46 – 2,27)          |                     | 1,85(1,46 – 2,33)             |                     | 33,7        | 1,71(1,32 – 2,21)          |                     | 1,55(1,18 – 2,05)             |                    |
| Mais de 3 até 6 SM                  | 29,1 | 2,01(1,51 – 2,68)          |                     | 2,02(1,50 – 2,72)             |                     | 36,4        | 1,84(1,38 – 2,46)          |                     | 1,41(1,00 – 2,00)             |                    |
| Mais de 6 até 10 SM                 | 37,7 | 2,60(2,04 – 3,32)          |                     | 2,66(2,07 – 3,41)             |                     | 40,4        | 2,04(1,39 – 3,00)          |                     | 1,52(0,97 – 2,38)             |                    |
| Mais de 10 SM                       | 39,7 | 2,74(2,05 – 3,67)          |                     | 2,74(2,02 – 3,72)             |                     | 35,7        | 1,81(0,87 – 3,78)          |                     | 1,35(0,63 – 2,87)             |                    |
| HORAS DE TRABALHO CUMPRIDAS         |      |                            | 0,07 <sup>T</sup>   |                               | 0,63 <sup>T</sup>   |             |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | 0,14 <sup>T</sup>  |
| Até 20 horas                        | 33,1 | 1                          |                     | 1                             |                     | 40,1        | 1                          |                     | 1                             |                    |
| De 21 a 40 horas                    | 25,1 | 0,76(0,59 – 0,97)          |                     | 0,89(0,66 – 1,21)             |                     | 27,6        | 0,69(0,58 – 0,82)          |                     | 0,82(0,64 – 1,03)             |                    |
| 40 horas ou mais                    | 30,4 | 0,92(0,56 – 1,51)          |                     | 1,15(0,60 – 2,19)             |                     | 30,4        | 0,76(0,40 – 1,43)          |                     | 1,04(0,58 – 1,90)             |                    |
| TEMPO DE TRABALHO NA UBS (meses)    |      |                            | 0,37 <sup>T</sup>   |                               | 0,21 <sup>T</sup>   |             |                            | 0,80 <sup>T</sup>   |                               | 0,90 <sup>T</sup>  |
| Até 24 meses                        | 26,8 | 1                          |                     | 1                             |                     | 28,5        | 1                          |                     | 1                             |                    |
| De 25 meses a 108 meses             | 24,7 | 0,92(0,79 – 1,08)          |                     | 0,90(0,76 – 1,08)             |                     | 35,1        | 1,23(1,02 – 1,49)          |                     | 1,24(1,01 – 1,53)             |                    |
| 109 meses ou +                      | 25,2 | 0,94(0,70 – 1,26)          |                     | 0,86(0,60 – 1,23)             |                     | 25,0        | 0,88(0,67 – 1,15)          |                     | 0,88(0,64 – 1,20)             |                    |
| REGIME DE TRABALHO PRECARIZADO      |      |                            | 0,003               |                               | 0,06                |             |                            | 0,05                |                               | 0,94               |
| Não                                 | 27,8 | 1                          |                     | 1                             |                     | 32,7        | 1                          |                     | 1                             |                    |
| Sim                                 | 22,1 | 0,80(0,68 – 0,93)          |                     | 0,85(0,72 – 1,00)             |                     | 26,8        | 0,82(0,67 – 1,00)          |                     | 0,99(0,79 – 1,25)             |                    |

|   |      |                   |                     |                   |                     |      |                   |                    |                   |                   |
|---|------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS PELO<br>PROFISSIONAL |      |                   | 0,11                |                   | 0,07                |      |                   | 0,43               |                   | 0,40              |
| Não   | 27,2 | 1                 |                     | 1                 |                     | 32,4 | 1                 |                    | 1                 |                   |
| Sim   | 24,1 | 0,87(0,77 – 1,03) |                     | 0,86(0,73 – 1,01) |                     | 30,2 | 0,93(0,78 – 1,11) |                    | 0,92(1,09 – 1,76) |                   |
| ATIVIDADE PROFISSIONAL NA UBS                 |      |                   | <0,001              |                   | 0,11                |      |                   | <0,001             |                   | 0,62              |
| Médico  | 41,5 | 1                 |                     | 1                 |                     | 46,0 | 1                 |                    | 1                 |                   |
| Enfermeiro                                    | 34,3 | 0,83(0,65 – 1,06) |                     | 0,97(0,73 – 1,29) |                     | 40,5 | 0,88(0,64 – 1,21) |                    | 0,86(0,58 – 1,28) |                   |
| Outros de nível superior                      | 35,3 | 0,85(0,65 – 1,11) |                     | 0,96(0,70 – 1,32) |                     | 34,0 | 0,74(0,56 – 0,97) |                    | 0,77(0,56 – 1,06) |                   |
| Agentes Comunitários de Saúde                 | 14,4 | 0,35(0,28 – 0,43) |                     | 0,53(0,35 – 0,81) |                     | 16,9 | 0,37(0,27 – 0,51) |                    | 0,45(0,26 – 0,77) |                   |
| Outros de nível médio                         | 29,1 | 0,70(0,58 – 0,85) |                     | 0,97(0,68 – 1,38) |                     | 28,5 | 0,62(0,50 – 0,76) |                    | 0,76(0,50 – 1,16) |                   |
| PRIMEIRO EMPREGO                              |      |                   | 0,52                |                   | 0,05                |      |                   | 0,32               |                   | 0,91              |
| Não   | 26,0 | 1                 |                     | 1                 |                     | 31,1 | 1                 |                    | 1                 |                   |
| Sim   | 24,6 | 0,95(0,80 – 1,12) |                     | 1,22(1,00 – 1,48) |                     | 28,1 | 0,90(0,74 – 1,11) |                    | 0,97(0,78 – 1,24) |                   |
| OUTRO EMPREGO ALÉM DA UBS                     |      |                   | <0,001              |                   | 0,006               |      |                   | <0,001             |                   | 0,02              |
| Não   | 23,2 | 1                 |                     | 1                 |                     | 25,5 | 1                 |                    | 1                 |                   |
| Sim   | 37,9 | 1,63(1,40 – 1,91) |                     | 1,32(1,08 – 1,60) |                     | 41,5 | 1,62(1,36 – 1,93) |                    | 1,33(1,04 – 1,68) |                   |
| AUTO-AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA           |      |                   | <0,001 <sup>T</sup> |                   | <0,001 <sup>T</sup> |      |                   | 0,11 <sup>T</sup>  |                   | 0,07 <sup>T</sup> |
| Muito Ruim                                    | 25,0 | 1                 |                     | 1                 |                     | 75,0 | 1                 |                    | 1                 |                   |
| Ruim  | 44,4 | 1,78(0,52 – 6,12) |                     | 1,30(0,38 – 4,42) |                     | 58,6 | 0,77(0,41 – 1,47) |                    | 0,80(0,40 – 1,63) |                   |
| Nem ruim nem boa                              | 29,6 | 1,18(0,35 – 3,96) |                     | 1,00(0,30 – 3,33) |                     | 26,6 | 0,35(0,19 – 0,65) |                    | 0,47(0,24 – 0,93) |                   |
| Boa   | 25,2 | 1,00(0,30 – 3,36) |                     | 0,85(0,25 – 2,83) |                     | 31,1 | 0,41(0,23 – 0,74) |                    | 0,52(0,27 – 1,01) |                   |
| Muito boa                                     | 17,4 | 0,70(0,20 – 2,38) |                     | 0,59(0,17 – 2,05) |                     | 28,0 | 0,37(0,20 – 0,69) |                    | 0,44(0,22 – 0,90) |                   |
| SATISFAÇÃO COM A SAÚDE                        |      |                   | 0,01 <sup>T</sup>   |                   | 0,11 <sup>T</sup>   |      |                   | 0,003 <sup>T</sup> |                   | 0,01 <sup>T</sup> |
| Muito Insatisfeito                            | 30,9 | 1                 |                     | 1                 |                     | 37,5 | 1                 |                    | 1                 |                   |
| Insatisfeito                                  | 31,7 | 1,02(0,67 – 1,56) |                     | 1,00(0,64 – 1,57) |                     | 45,7 | 1,22(0,76 – 1,94) |                    | 1,08(0,66 – 1,74) |                   |
| Nem satisfeito nem insatisfeito               | 27,3 | 0,89(0,60 – 1,30) |                     | 0,98(0,65 – 1,47) |                     | 31,4 | 0,84(0,54 – 1,31) |                    | 0,79(0,51 – 1,23) |                   |
| Satisfeito                                    | 24,9 | 0,81(0,56 – 1,17) |                     | 0,86(0,57 – 1,29) |                     | 29,1 | 0,78(0,51 – 1,18) |                    | 0,67(0,45 – 1,02) |                   |
| Muito satisfeito                              | 22,6 | 0,73(0,48 – 1,11) |                     | 0,78(0,47 – 1,25) |                     | 26,6 | 0,71(0,45 – 1,13) |                    | 0,71(0,45 – 1,13) |                   |

T – Teste de Wald para Tendência

## **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

FV Siqueira: concepção do artigo, análise de dados, interpretação e redação final do artigo, coordenou o trabalho de campo do estudo, e participou da elaboração dos instrumentos e processamento de dados.

MV Nahas: concepção e revisão do artigo.

LA Facchini; Coordenação geral do Projeto de Avaliação e Monitoramento do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família do Ministério da Saúde realizado pela UFPel. Revisão do artigo.

RX Piccini; E Tomasi; E Thumé e DS Silveira, Coordenação do Projeto de Avaliação e Monitoramento do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família do Ministério da Saúde realizado pela UFPel. Elaboração dos instrumentos e demais etapas do estudo.

PC Hallal Revisão do trabalho, desde sua concepção até a redação final na parte específica relacionada à atividade física.

# ACONSELHAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO À SAÚDE

Counseling for physical activity practice as an strategy of health education

*Fernando Vinholes Siqueira<sup>1,2</sup>*

*Markus Vinícius Nahas<sup>2</sup>*

*Luiz Augusto Facchini<sup>3</sup>*

*Denise Silva Silveira<sup>3</sup>*

*Roberto Xavier Piccini<sup>3</sup>*

*Elaine Tomasi<sup>1</sup>*

*Elaine Thumé<sup>3</sup>*

*Pedro Curi Hallal<sup>3</sup>*

1- Universidade Católica de Pelotas

2- Universidade Federal de Santa Catarina

3- Universidade Federal de Pelotas

**APOIO FINANCEIRO:** Ministério da Saúde e Banco Mundial

Contato: Fernando Vinholes Siqueira – Universidade Federal de Santa Catarina –  
Programa de Pós-Graduação em Educação Física - NUPAF – Florianópolis – SC -

e-mail:fcvsiqueira@uol.com.br

**Título corrido:** Atividade física e educação à saúde

## RESUMO

O estudo descreve a prevalência de aconselhamento educativo à saúde relacionado à atividade física entre as pessoas que utilizaram alguma vez na vida uma unidade básica de saúde, e verifica alguns fatores associados. Estudo com delineamento transversal e amostra aleatória de indivíduos adultos (n=4060) e idosos (n=4003), moradores em áreas de abrangência de unidades de saúde, em 41 municípios de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. A prevalência de aconselhamento relacionado à atividade física foi de 28,9% (IC95% 27,3 – 30,4) entre os adultos e de 38,9% (IC95% 37,3 – 40,6) entre os idosos. A prevalência do desfecho foi sempre maior entre os idosos, na região Nordeste e nos adultos e idosos atendidos pelo Programa Saúde da Família. Sexo, padrão de consumo socioeconômico, tabagismo, sedentarismo, diagnóstico médico de doenças crônicas e uso de medicação contínua também estiveram associados ao desfecho. O aconselhamento à prática de atividade física nas unidades básicas de saúde foi pouco utilizado frente às necessidades dos indivíduos, principalmente em termos de estimularem hábitos de vida saudáveis. É necessário melhorar a participação dos profissionais das diferentes áreas do conhecimento na condução de aconselhamentos em saúde.

**Descritores:** Educação, atividade motora, centros de saúde, adultos, idosos

## ABSTRACT

The study investigates the prevalence of health counseling relative to physical activity among people who used, at least once, primary health care, and to explore the variables associated with it. This cross-sectional study included a random sample of 4,060 adults and 4,003 older adults living in areas covered by primary health care in 41 cities of

seven states of the South and Northeast regions in Brazil. The prevalence of physical activity counseling was 28.9% (95%CI 27.3 - 30.4) for adults, and 38.9% (95%CI 37.3 - 40.6) for older adults. The prevalence of the outcome was consistently higher among older adults, among those living in the northeast region, and living in areas covered by the Family Health Program. Sex, socioeconomic status, smoking, sedentary lifestyle, self-referred chronic diseases, and use of medicines on a continuous basis, were also associated with the outcome. Physical activity counseling at community health centers is under promoted considering the individual needs towards healthy living. There is a need to improve the participation of professionals from different areas to promote physical activity and other positive health behaviors.

**Key words:** Education, exercise, health centers, adults, elderly.

## INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma Ata em 1978 identificou as atividades de Atenção Primária à Saúde (APS) que oportunizariam alcançar a meta de “Saúde para Todos” no ano 2000. Dentre estas atividades, destaca-se à educação da população sobre problemas prevalentes e seus métodos de prevenção e controle. Às vésperas de completar 30 anos, a Declaração se mantém atualizada quanto à necessidade de se buscar a prevenção e promoção à saúde de populações, com um crescente reconhecimento científico da relevância da atividade física como estratégia para este fim, inclusive com a identificação de pautas relativas à necessidade de mudança de comportamento, fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Incorporar novas práticas saudáveis que possam trazer benefícios à população é um dos desafios impostos a toda a estrutura da atenção básica. Mudanças que sejam capazes de se transformar em práticas educativas para a saúde das populações devem ser realizadas a partir de um diálogo com os atores responsáveis pelas diferentes dimensões da atenção básica<sup>1</sup>. Embora na APS as ações “curativas” (diagnóstico e tratamento) ocupem boa parte do tempo dos profissionais de unidades básicas de saúde (UBS), sua participação em atividades educativas, como por exemplo, orientar a realização de atividade física é fundamental para a difusão de comportamentos saudáveis para a população da área de cobertura dos serviços.

A atenção à saúde tem sido construída a partir de práticas estabelecidas entre gestores, profissionais e população no sentido de atender às exigências impostas pelos usuários dos serviços de saúde. Espera-se assim, que a utilização de procedimentos em educação à saúde seja uma das estratégias que possibilite as mudanças necessárias no sentido de redirecionar gestão, práticas profissionais, de controle social e de estímulo a busca de comportamentos saudáveis por parte de todos que a utilizam<sup>1,2</sup>

Entre estas necessidades está a aceitação de procedimentos relacionados ao aconselhamento e, entre eles, o aconselhamento à prática de atividade física nos atendimentos em saúde por parte dos profissionais que trabalham em UBS. Alguns estudos têm demonstrado a importância da participação do profissional de saúde no sentido de educar e estimular mudanças de comportamento nas pessoas. Entretanto, no Brasil, ainda é escasso o conhecimento sobre a orientação de atividade física como estratégia de educação à saúde na rede básica <sup>3;4</sup>. Esta importância fica fortalecida com as conclusões de Borjesson et al (2005), referindo que a atividade física é muito pouco utilizada no cuidado a saúde, na prevenção e no tratamento, principalmente de algumas morbidades como a hipertensão, onde o efeito da atividade física na redução da pressão arterial é similar ao da terapia farmacológica.<sup>5</sup>

O presente artigo contribui para o preenchimento da lacuna na literatura sobre a atividade física como estratégia de educação em saúde na rede básica, e tem como objetivo descrever a prevalência de aconselhamento educativo à saúde relacionado à atividade física, entre as pessoas que utilizaram alguma vez na vida uma UBS. O estudo também verifica alguns fatores associados com o aconselhamento para realização de atividade física.

## METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de delineamento transversal com uma amostra de indivíduos adultos (30 a 64 anos) e idosos (65 anos ou mais), residentes nas áreas de abrangência das UBS de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina na região sul, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí na região nordeste do Brasil <sup>6</sup>.

Os municípios incluídos no estudo compõem os Lotes 2 - Sul e Nordeste - do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)<sup>2</sup>. Uma amostra aleatória de 120 UBS foi sorteada em cada um dos lotes estudados, com distintas modalidades de atenção básica – Tradicional e Programa Saúde da Família (PSF). Unidades Básicas Tradicionais foram consideradas aquelas que se caracterizavam pela presença na equipe de médicos especialistas (clínico, pediatra e gineco-obstetra), enfermeiro, auxiliar de enfermagem e pessoal administrativo para apoio técnico. Muitas destas unidades contam com o apoio esporádico de outras especialidades profissionais (dentista, nutricionista, fisioterapeuta) e mesmo médicas. A população atendida caracteriza-se por ser espontânea ou devido a encaminhamento de outros serviços. As unidades de PSF, ao contrário, são formadas por equipes de saúde da família, que incluem médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população residente na área de abrangência do serviço<sup>7</sup>.

A partir de listas produzidas pelos municípios, as UBS foram selecionadas de forma aleatória, respeitando a proporcionalidade por modelo de atenção. A seleção da amostra nos municípios foi proporcional à capacidade instalada de sua rede básica. Na região Sul, obteve-se uma amostra de 69 UBS de PSF e 51 tradicionais. No Nordeste, a amostra foi constituída de 79 UBS de PSF e 41 tradicionais.

Após a amostragem, as UBS sorteadas orientaram a seleção da amostra, que foi realizada de forma sistemática e independente para a seleção de adultos e idosos. A amostra foi estimada em 2100 indivíduos por lote (4200 indivíduos para Sul e Nordeste), de modo a alcançar poder estatístico de, no mínimo 80%, para eventos de prevalência aproximada de 25%. O número estimado de indivíduos para cada lote (2.100) foi dividido pelo número total de UBS (120 UBS/lote), obtendo-se a

necessidade de entrevistar 18 adultos e 18 idosos na área de abrangência de cada uma das UBS <sup>6</sup>.

A estratégia para delimitação da área de abrangência da UBS incluiu a obtenção prévia de seu mapa, e uma estimativa populacional a partir das áreas censitárias do IBGE. A localização dos indivíduos na área delimitada ocorreu através de amostragem sistemática e incluiu apenas um indivíduo por domicílio. A coleta de dados foi realizada através de um questionário aplicado por 15 supervisores de campo após período de treinamento.

A definição do desfecho utilizada para o estudo, aconselhamento educativo à saúde relacionado à atividade física na UBS foi operacionalizado através da pergunta: "Alguma vez na vida, em uma consulta no <Posto de Saúde de Abrangência>, algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar a sua saúde?" O questionário utilizado no estudo foi padronizado e pré-testado.

As variáveis independentes incluídas nesta análise foram: a) sexo; b) idade; c) cor da pele (classificada pelo entrevistador, a partir de observação); d) padrão de consumo socioeconômico (Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa); e) situação conjugal; f) tabagismo; g) sedentarismo (escore de atividade física inferior a 150 minutos por semana, obtido a partir do Questionário Internacional de Atividade Física<sup>8</sup>; h) diagnóstico médico referido de hipertensão; i) diagnóstico médico referido de diabetes; j) diagnóstico médico referido de doença dos nervos; k) número de medicamentos referidos para uso contínuo l) autopercepção de saúde

As análises descritivas incluíram cálculos de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95%. Na análise bruta, a prevalência de orientação para atividade física foi calculada para cada grupo das variáveis independentes, e o nível de significância foi testado usando os Testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear. A análise

ajustada foi realizada por regressão de Poisson, com ajuste robusto de variância, com cálculo de razões de prevalência (RP) ajustadas, intervalos de confiança de 95% (IC95%), e valores de significância (P) usando os mesmos testes descritos acima. Todas as análises levaram em consideração o desenho amostral, e foi utilizado um modelo hierárquico de determinação do desfecho<sup>9</sup>. No primeiro nível de determinação foram analisadas as variáveis a, b, c e d. No segundo nível as variáveis e, f e g. No terceiro as variáveis h, i e j. No quarto nível as variáveis k e l. Todas as variáveis com  $p \leq 0,20$  foram mantidas no modelo de regressão com a finalidade de promover controle para possíveis fatores de confusão. Toda análise está ajustada por nível e para aquelas de níveis superiores na determinação do desfecho<sup>9</sup>.

Variáveis de contexto também foram utilizadas para descrever possíveis diferenças na orientação de atividade física. Para isso utilizamos as variáveis relacionadas aos estados, a região Sul e Nordeste e o modelo de atenção, PSF ou Tradicional. O Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas aprovou o protocolo do estudo, e foi obtido consentimento informado de todos os participantes.

## RESULTADOS

Do total de entrevistas nos estados do Sul, 1940 foram realizadas com indivíduos adultos e 1891 com idosos. No Nordeste, 2120 adultos e 2112 idosos foram entrevistados. As taxas de não respostas foram de 3,5% e 4,7% para adultos e idosos, respectivamente.

A prevalência de aconselhamento educativo à saúde relacionado à atividade física entre os moradores que utilizaram alguma vez na vida uma UBS foi de 28,9% (IC95% 27,3 – 30,4) entre os adultos e de 38,9% (IC95% 37,3 – 40,6) entre os idosos.

Esta prevalência entre os adultos do Sul foi de 26,6% (IC95% 24,3 – 28,8) e do Nordeste 31,0% (IC95% 28,8 – 33,1). Entre os idosos as prevalências foram de 35,5% (IC95% 33,3 – 38,0) e 41,8% (IC95% 40,0 – 44,1) para o Sul e Nordeste, respectivamente. A prevalência de aconselhamento educativo à saúde relacionado à atividade física foi sempre maior entre os idosos e na região Nordeste.

A Figura 1 mostra as prevalências do desfecho segundo os estados incluídos no estudo. O estado de Alagoas mostrou a maior prevalência de aconselhamento à prática de atividade física tanto para adultos, 42,5% (IC95% 35,5 – 49,5) como idosos, 51,5% (IC95% 44,5 – 58,4). Houve uma frequência estatisticamente maior de aconselhamento nos estados da região Nordeste, para as duas categorias de idade ( $p < 0,001$ ).

A Tabela 1 descreve a prevalência do desfecho em relação a algumas variáveis de contexto, como o modelo de atenção à saúde e a região. Pode-se verificar que a orientação educativa à saúde relacionada à atividade física foi significativamente maior nas unidades do modelo PSF independente do grupo populacional, sendo que no grupo de idosos esta orientação foi maior que a encontrada no grupo de adultos, tanto na amostra geral como nas regiões Sul e Nordeste.

A Tabela 2 descreve a amostra de acordo com as variáveis independentes utilizadas no estudo. O grupo de mulheres é maior tanto para adultos como para os idosos. A média de idade entre os adultos foi de 45,5 anos (DP 9,6) e entre os idosos 73,9 anos (DP 7,0). A prevalência de indivíduos de cor de pele branca foi aproximadamente o dobro da prevalência de não brancos, tanto para o grupo de adultos como de idosos. O padrão de consumo socioeconômico entre os adultos indicou uma prevalência maior na categoria agrupada entre A, B e C (37,4%), enquanto entre os idosos a maior prevalência foi na categoria E (45,3%). A proporção de adultos que são casados ou vivem com companheiro(a) foi elevada (73,3%), enquanto entre os idosos,

os viúvos e os casados apresentaram proporções aproximadas. A prevalência de tabagismo foi de 27,7% entre os adultos e 15,2% nos idosos. O sedentarismo foi claramente superior entre os idosos (58,0%) em relação aos adultos (31,8%). Entre os grupos de adultos e idosos, os últimos mostraram consistentemente prevalências maiores de diagnóstico médico referido de hipertensão arterial, diabetes e doença dos nervos. Cerca de 2/3 da população de adultos (68,8%) referiu não fazer uso regular de nenhum medicamento, enquanto entre os idosos esta prevalência foi de 31,7%. Tanto para os grupos de adultos quanto idosos, as categorias de autopercepção de saúde boa e regular foram as de maior prevalência.

Os resultados da associação bruta e ajustada entre as variáveis independentes e o desfecho “aconselhamento educativo para a prática de atividade física recebido na UBS”, estão apresentados na Tabela 3. O aconselhamento para a prática de atividade física esteve fortemente associado às mulheres no grupo de adultos, tanto na análise bruta como na ajustada (RP 1,88; IC95% 1,66 – 2,13). Entre as idosas, o desfecho mostrou associação somente na análise ajustada, porém de menor magnitude (RP 1,13; IC95% 1,03 – 1,25). No grupo de adultos, a orientação educativa à saúde relacionada à atividade física tendeu a crescer com o aumento da idade ( $P < 0,001$ ). Uma tendência inversa é observada para o grupo de idosos; as menores chances de recebimento de aconselhamento ocorrem nos idosos de 80 anos ou mais (RP 0,68; IC95% 0,59 – 0,80).

A associação entre o desfecho e o padrão de consumo socioeconômico entre adultos perdeu magnitude na análise ajustada, embora tenha mantido significância estatística. A situação conjugal mostrou-se associada com aconselhamento à saúde, sendo que os que menos receberam aconselhamento nas UBS foram os solteiros. Fumantes atuais apresentaram menor probabilidade de receberem aconselhamento à prática de atividade física, especialmente entre os idosos.

O sedentarismo esteve associado com aconselhamento para atividade física somente entre os adultos. Referir diagnóstico médico para hipertensão, diabetes e doença dos nervos esteve associado com aconselhamento educativo para atividade física nos dois grupos estudados na análise bruta. No grupo de idosos, na análise ajustada, o diagnóstico médico de doença dos nervos, perdeu a significância estatística. Existe uma clara tendência para os indivíduos adultos e idosos, de que usar três ou mais medicamentos de uso contínuo esteja associado com o aconselhamento educativo à saúde para prática de atividade física. Observou-se também uma associação entre aconselhamento para a prática de atividade física e percepção de saúde ruim, porém somente para o grupo de adultos.

## DISCUSSÃO

As prevalências de aconselhamento à prática de atividade física nas UBS mostraram-se baixas, tanto para o grupo de adultos como dos idosos, independente da região ou do modelo de assistência, especialmente se considerarmos que as UBS devem ser porta de entrada do sistema de saúde e, portanto, nestes locais deveria existir uma ação integrada entre as diversas áreas de conhecimento da saúde, no sentido de beneficiar a população e promover mudanças significativas em direção a um estilo de vida saudável. Nosso achado sobre a orientação a atividade física é inferior ao observado nos Estados Unidos por Éden (2002), que mostrou que 42% dos adultos que consultaram em uma unidade de cuidados primários a saúde foram aconselhados a mudarem seu comportamento no sentido de aumentarem seus níveis de atividade física<sup>10</sup>. Um estudo realizado na Austrália em 2007 descreveu que 24,2% dos adultos participantes do estudo indicaram ter recebido aconselhamento educativo à atividade física<sup>11</sup>, um valor muito próximo ao observado no presente estudo.

Embora as baixas prevalências de aconselhamento educativo através da indicação da atividade física como terapêutica sejam percebidas nos dois modelos de assistência, o modelo do PSF apresenta sempre melhores resultados, e isto está em acordo com os achados de outros estudos, os quais avaliaram a efetividade da atenção básica em relação às possíveis diferenças entre a atuação dos modelos de assistência no Brasil.<sup>2, 12</sup>

Um achado que vem atender às preocupações atuais em termos de saúde diz respeito a um maior aconselhamento educativo às pessoas idosas. Estudos mostram que o Brasil passa por um período de transição demográfica e epidemiológica<sup>13</sup>, e verifica-se que os resultados aqui apresentados estão de acordo com as estratégias propostas em saúde para este grupo populacional, pois, mostraram que tanto para as prevalências na amostra em geral, como nas duas regiões estudadas, os idosos sempre foram mais aconselhados sobre a necessidade de se manterem ativos e a realizar atividade física, como uma estratégia de manutenção e prevenção da saúde<sup>14</sup>. Esse resultado pode ser explicado pela maior exposição, visto que os idosos, por terem mais idade, tiveram mais tempo de vida e, conseqüentemente, maior possibilidade para receberem aconselhamento. Outra possibilidade seria um maior uso de serviços de saúde, mas estudo recente não encontrou maior frequência de uso de tais serviços entre os idosos<sup>16</sup>.

Acredita-se que a diferença no aconselhamento educativo à prática de atividade física verificada em favor das mulheres tem relação com a maior utilização dos serviços de saúde pelas mesmas, principalmente relacionado às causas reprodutivas, mas também, pelo fato de as mulheres avaliarem seu estado de saúde de maneira mais negativa e referirem mais doenças crônicas que os homens, o que já foi relatado em outros estudos<sup>15, 16, 17</sup>. Nossos resultados também são consistentes com a utilização de serviços de saúde em geral no que se refere à idade. Tanto em nosso estudo, referente à

orientação para a prática de atividade física, como no estudo de Dias da Costa (2008), referente à utilização de serviços de saúde em geral, os indivíduos na faixa etária de 50 a 65 anos foram os que apresentaram maior frequência dos eventos<sup>16</sup>.

A associação encontrada entre aconselhamento educativo à saúde relacionado à atividade física em adultos e idosos e padrão de consumo socioeconômico está de acordo com o esperado, visto que os indivíduos dos níveis econômicos mais altos são os que apresentam menor necessidade em saúde e utilizam com menor frequência as UBS<sup>18</sup>. Deve-se considerar que, apesar de a prevalência ainda ser baixa, algum aconselhamento sobre atividade física chega aos mais pobres, o que pode se traduzir em mudança de comportamento no sentido de um estilo de vida mais saudável nesta população<sup>19,20</sup>, mesmo assumindo-se que é um grande desafio promover mudanças de comportamento neste grupo populacional.<sup>21</sup>

O estudo de Peterson (2007) nos Estados Unidos mostra que o aumento da prática de aconselhamento para atividade física nos serviços básicos de saúde é um método de promover estilo de vida saudável, e reduz consideravelmente as conseqüências devastadoras para a saúde resultante de um estilo de vida sedentário<sup>22</sup>. Nosso estudo mostrou que, entre os adultos, o aconselhamento está sendo mais realizado entre os sedentários, e, portanto está de acordo com o que sugere o autor. No entanto, nos idosos, tal associação não foi observada, sugerindo que os profissionais de saúde não investigam o status de atividade física do paciente durante a consulta, pois seria de se esperar, que os mais sedentários fossem mais aconselhados a praticarem atividade física.

Nosso estudo também mostra que as pessoas mais necessitadas em relação a agravos a saúde, como hipertensão arterial, diabetes e doença dos nervos, são as que mais receberam aconselhamento para realizarem atividade física. Esse achado é

positivo, pois existe um amplo corpo de conhecimento mostrando os benefícios da atividade física na prevenção e tratamento de tais morbidades<sup>23-27</sup>.

Os achados de nosso estudo em relação ao maior aconselhamento aos indivíduos que fazem maior utilização de medicamentos e com aqueles que manifestam uma percepção de saúde ruim, nos parecem de acordo com os conhecimentos atuais relacionados à utilização de serviços de saúde. As pessoas que mais consomem medicamentos são as mais necessitadas em termos de saúde, assim como aquelas que pior percebem a sua saúde. Logo, as chances destes indivíduos receberem orientação nas UBS, ainda que pequena, é maior que os demais grupos<sup>16</sup>.

Em resumo, a prevalência de aconselhamento educativo à prática de atividade física na UBS, embora já venha ocorrendo, ainda é muito baixa frente às necessidades dos indivíduos. Nossos resultados mostram que é preciso incrementar a participação dos gestores, profissionais e população no sentido de aumentar as prevalências de aconselhamento educativo à população relacionado à prática de atividade física. Deve-se estimular também o aconselhamento em outras áreas, como promoção de alimentação, nutrição, saneamento, planejamento familiar, imunização, tratamento de agravos à saúde, com objetivo de proporcionar espaços educativos em saúde aos usuários, estimulando a compreensão da importância da mudança de comportamento em direção a um estilo de vida saudável. Por fim, nos parece adequado à participação de profissionais de saúde com conhecimento específico na área da atividade física, entre eles o educador físico, como estratégia de qualificar tanto o grupo profissional da UBS como a própria orientação educativa nessa área do conhecimento.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
2. Facchini LA, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: Avaliação Institucional e Epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):669-681.
3. Fuscaldo JM. Prescribing physical activity in primary care. *W V Med J* 2002;98(6):250-3.
4. Chakravarthy MV, Joyner MJ, Booth FW. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Mayo Clin Proc* 2002;77(2):165-73.
5. Borjesson M, Dahlof B. [Physical activity has a key role in hypertension therapy. *Lakartidningen* 2005;102(3):123-4, 126, 128-9
6. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões sul e nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2008. in press.

7. MS (Ministério da Saúde). Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília: MS; 2004.
8. Craig CL, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35:1381-95.
9. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21
10. Eden KB, Orleans TC, Mulrow CD, Pender NJ, et al. Counseling by clinicians: does it improve physical activity: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002; 137(3):208 – 215.
11. Eakin E, Brown W, Schofield G, Mummery K, Reeves M. General practitioner advice on physical activity--who gets it? *Am J Health Promot.* 2007; 21(4):225-8.
12. Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. The burden of fractures in Brazil: A population-based study, *Bone* 2005; 37(2) 261-266.
13. Monteiro CA. Novos e velhos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: HUCITEC/USP, 1995.

14 Hirvensalo M, Heikkinen E, Lintunen T, Rantanen T. The effect of advice by health care professionals on increasing physical activity of older people. *Scand J Med Sci Sports*. 2003; 3(4):231-6.

15. Dias da Costa JS, Facchini LA. Use of outpatient services in an urban area of Southern Brazil: place and frequency. *Rev Saude publica* 1997 Aug;31(4):360-9.

16. Dias da Costa JS, Olinto MT, Gigante DP, Menezes AMB et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad. Saúde Pública*, 24(2) 353 – 363, 2008.

17. Travasso C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11:356-73

18. Macinko JA, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980 – 2001. *International Journal for Equity in Health*. 2002; 1:1

19. Ammouri AA, Neuberger G, Nashwan AJ, Al-Haj AM. Determinants of self-reported physical activity among Jordanian adults. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(4):342-8.

20. Märki A, Bauer GB, Angst F, Nigg CR, Gillmann G, Gehring TM. Systematic counselling by general practitioners for promoting physical activity in

elderly patients: a feasibility study. *Swiss Med Wkly.* 2006; 22;136(29-30):482-8.

21. Drevenhorn E, Kjellgren K, Bengtson A. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension, *J Clin Nurs*; 2007; 16(7B) 144 -51

22. Peterson JA. Get moving! Physical activity counseling in primary care. *J Am Acad Nurse Pract.* 2007 Jul;19(7):349-57.

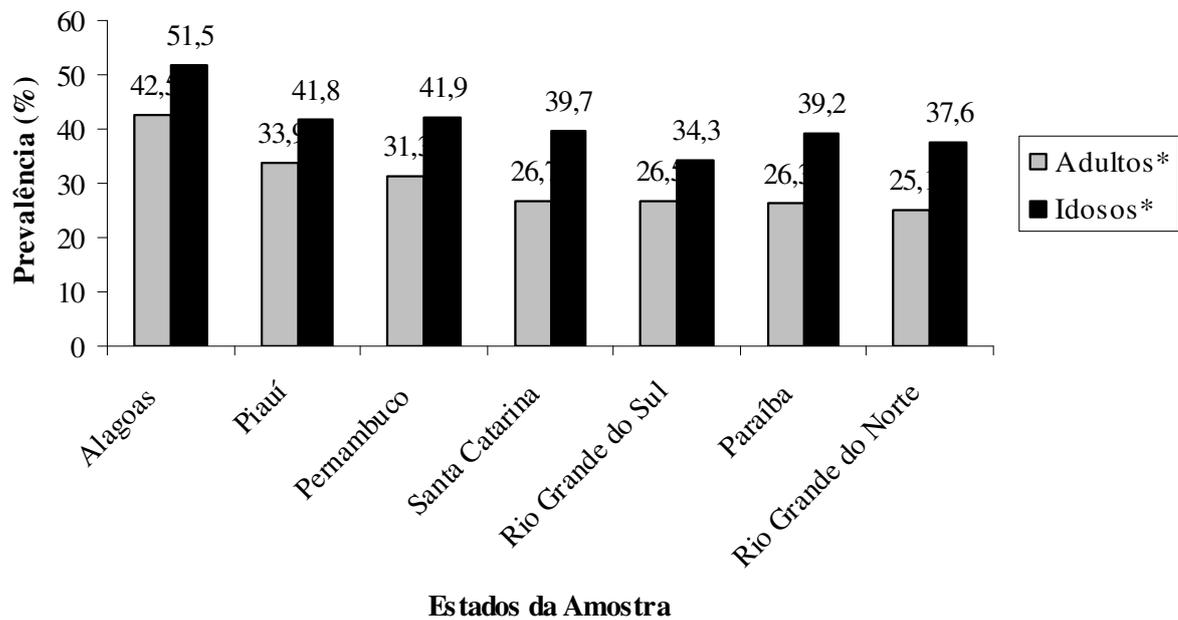
23. Shepard RJ. Physical activity, fitness and health: the current consensus. *Quest* 1995;47:228-303.

24. Zhao G, Ford ES, Li C, Mokdad AH Are United States adults with coronary heart disease meeting physical activity recommendations? *Am J Cardiol.* 2008; Mar 1;101(5):557-61. Epub 2007 Dec 21.

25. Löllgen H, Völker K, Böckenhoff A, Löllgen D . Physical activity and prevention of cardiovascular diseases. *Herz.* 2006; Sep;31(6):519-23.

26. Constantini N, Harman-Boehm I, Dubnov G. [Exercise prescription for diabetics: more than a general recommendation]. *Harefuah* 2005;144(10):717-23, 750.

27. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med* 2000;29(3):167-80



**Figura 1.** Prevalência de aconselhamento educativo à saúde relacionado à prática de atividade física nas unidades básicas de saúde, para adultos e idosos segundo o estado.

\*  $P < 0,001$  = Teste de Wald para heterogeneidade

**Tabela 1.** Prevalência (IC95%) de orientação para atividade física nas unidades básicas de saúde de acordo com o modelo de assistência e região, em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde em municípios do sul e nordeste do Brasil.

| <b>VARIÁVEL<br/>DESFECHO</b>  | <b>PSF</b>                   |          |                             |          | <b>Tradicional</b>           |          |                             |          |
|---|------------------------------|----------|-----------------------------|----------|------------------------------|----------|-----------------------------|----------|
|   | <b>ADULTOS<br/>% (IC95%)</b> | <b>N</b> | <b>IDOSOS<br/>% (IC95%)</b> | <b>N</b> | <b>ADULTOS<br/>% (IC95%)</b> | <b>N</b> | <b>IDOSOS<br/>% (IC95%)</b> | <b>N</b> |
| <b>Aconselhamento<br/>educativo para AF na<br/>UBS alguma vez na<br/>vida</b> |                              |          |                             |          |                              |          |                             |          |
| <b>Toda amostra</b>   | 31,8 (29,8 – 33,8)           | 1121     | 42,6 (40,6 – 44,7)          | 2232     | 23,3 (20,8 – 25,8)           | 2117     | 31,8(29,1 – 34,4)           | 1163     |
| <b>Região Sul</b>   | 28,7 (25,7 – 31,7)           | 899      | 38,1 (35,0 – 41,2)          | 947      | 23,5 (20,2 – 26,8)           | 630      | 32,1 (28,5 – 35,6)          | 658      |
| <b>Região Nordeste</b>  | 34,2 (31,5 – 36,8)           | 1218     | 45,9 (43,2 – 48,6)          | 1285     | 23,0 (19,3 – 26,8)           | 491      | 31,4 (27,4 – 35,5)          | 505      |

\* Todos os valores P foram estatisticamente significativos (<0,05) utilizando-se o teste de Wald para heterogeneidade

**Tabela 2.** Descrição das variáveis independentes em adultos e idosos moradores em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde em municípios do sul e nordeste do Brasil.

| <b>VARIÁVEIS</b>   | <b>ADULTOS (%)</b> | <b>N</b> | <b>IDOSOS (%)</b> | <b>N</b> |
|--|--------------------|----------|-------------------|----------|
| <b>SEXO</b>  |                    | 4060     |                   | 4003     |
| Masculino  | 44,9               |          | 38,8              |          |
| Feminino   | 55,1               |          | 61,2              |          |
| <b>IDADE</b>   |                    | 4059     |                   | 4003     |
| 30 a 40 anos   | 36,2               |          | -                 |          |
| 41 a 50 anos   | 31,1               |          | -                 |          |
| 51 a 64 anos   | 32,7               |          | -                 |          |
| 65 a 70 anos   | -                  |          | 38,5              |          |
| 71 a 75 anos   | -                  |          | 25,7              |          |
| 76 a 79 anos   | -                  |          | 18,5              |          |
| 80 anos ou mais  | -                  |          | 17,3              |          |
| <b>COR DA PELE</b>   |                    | 4039     |                   | 3985     |
| Branca   | 65,3               |          | 70,0              |          |
| Não Branca   | 34,7               |          | 30,0              |          |
| <b>PADRÃO DE CONSUMO SOCIOECONÔMICO</b>                    |                    | 3908     |                   | 3650     |
| A, B ou C  | 37,4               |          | 21,0              |          |
| D  | 32,4               |          | 33,7              |          |
| E  | 30,2               |          | 45,3              |          |
| <b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>                                   |                    | 4060     |                   | 3970     |
| Casado ou vive com companheiro(a)                          | 73,3               |          | 42,7              |          |
| Viúvo(a)   | 7,1                |          | 45,0              |          |
| Separado(a) divorciado(a)                                  | 9,8                |          | 7,8               |          |
| Solteiro(a)  | 9,8                |          | 4,5               |          |
| <b>TABAGISMO</b>   |                    | 4060     |                   | 4000     |
| Não, Nunca fumou   | 45,9               |          | 43,4              |          |
| Já Fumou   | 26,4               |          | 41,4              |          |
| Fumante  | 27,7               |          | 15,2              |          |
| <b>SEDENTARISMO</b>  |                    | 4023     |                   | 3944     |
| Não  | 68,2               |          | 42,0              |          |
| Sim  | 31,8               |          | 58,0              |          |
| <b>DIAGNÓSTICO MÉDICO REFERIDO DE HAS</b>                  |                    | 3960     |                   | 3963     |
| Não  | 72,0               |          | 36,5              |          |
| Sim  | 28,0               |          | 63,5              |          |
| <b>DIAGNÓSTICO MÉDICO REFERIDO DE DM</b>                   |                    | 3897     |                   | 3909     |
| Não  | 93,3               |          | 80,5              |          |
| Sim  | 6,7                |          | 19,5              |          |
| <b>DIAGNÓSTICO MÉDICO REFERIDO DE DOENÇA DOS NERVOS</b>    |                    | 4033     |                   | 3956     |
| Não  | 74,0               |          | 71,0              |          |
| Sim  | 26,0               |          | 29,0              |          |
| <b>NÚMERO DE MEDICAMENTOS REFERIDOS PARA USO CONTÍNUO.</b> |                    | 4060     |                   | 4003     |
| Nenhum   | 68,8               |          | 31,7              |          |
| De 1 a 2 medicamentos                                      | 22,0               |          | 39,0              |          |
| 3 ou mais medicamentos                                     | 9,2                |          | 29,3              |          |
| <b>AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>                              |                    | 4048     |                   | 3951     |
| Excelente  | 6,7                |          | 2,6               |          |
| Muito Boa  | 6,3                |          | 3,2               |          |
| Boa  | 38,3               |          | 29,7              |          |
| Regular  | 38,2               |          | 43,8              |          |
| Ruim   | 10,5               |          | 20,7              |          |

**Tabela 3.** Prevalência de aconselhamento para atividade física, análise bruta e ajustada, para adultos e idosos moradores em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de estados do Sul e Nordeste do Brasil.

| VARIÁVEIS (NÍVEL)                    | ADULTOS |                            |                     |                               |                     | IDOSOS |                            |                     |                               |                     |
|--------------------------------------|---------|----------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|--------|----------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|
|                                      | %       | Análise Bruta<br>RP(IC95%) | P                   | Análise Ajustada<br>RP(IC95%) | P                   | %      | Análise Bruta<br>RP(IC95%) | P                   | Análise Ajustada<br>RP(IC95%) | P                   |
| SEXO (1)                             |         |                            | <0,001              |                               | <0,001              |        |                            | 0,16                |                               | 0,01                |
| Masculino                            | 19,8    | 1                          |                     | 1                             |                     | 37,4   | 1                          |                     | 1                             |                     |
| Feminino                             | 35,6    | 1,80(1,59 – 2,03)          |                     | 1,88(1,66 – 2,13)             |                     | 39,8   | 1,06(0,97 – 1,16)          |                     | 1,13(1,03 – 1,25)             |                     |
| IDADE (1)                            |         |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | <0,001 <sup>T</sup> |        |                            | <0,001 <sup>T</sup> |                               | <0,001 <sup>T</sup> |
| 30 a 40 anos                         | 18,9    | 1                          |                     | 1                             |                     | -      | -                          |                     | -                             |                     |
| 41 a 50 anos                         | 30,1    | 1,59(1,37 – 1,86)          |                     | 1,59(1,36 – 1,86)             |                     | -      | -                          |                     | -                             |                     |
| 51 a 64 anos                         | 38,1    | 2,02(1,75 – 2,33)          |                     | 2,09(1,81 – 2,42)             |                     | -      | -                          |                     | -                             |                     |
| 65 a 70 anos                         | -       | -                          |                     | -                             |                     | 42,0   | 1                          |                     | 1                             |                     |
| 71 a 75 anos                         | -       | -                          |                     | -                             |                     | 39,6   | 0,94(0,85 – 1,04)          |                     | 0,93(0,84 – 1,04)             |                     |
| 76 a 79 anos                         | -       | -                          |                     | -                             |                     | 40,0   | 0,95(0,85 – 1,07)          |                     | 0,96(0,85 – 1,08)             |                     |
| 80 anos ou mais                      | -       | -                          |                     | -                             |                     | 29,5   | 0,70(0,61 – 0,81)          |                     | 0,68(0,59 – 0,80)             |                     |
| COR DA PELE (1)                      |         |                            | 0,25                |                               | 0,40                |        |                            | 0,88                |                               | 0,61                |
| Branca                               | 28,1    | 1                          |                     | 1                             |                     | 38,8   | 1                          |                     | 1                             |                     |
| Não Branca                           | 30,4    | 1,07(0,96 – 1,20)          |                     | 1,05(0,94 – 1,18)             |                     | 39,1   | 1,01(0,92 – 1,10)          |                     | 0,98(0,88 – 1,07)             |                     |
| PADRÃO DE CONSUMO SOCIOECONÔMICO (1) |         |                            | 0,01 <sup>T</sup>   |                               | 0,03 <sup>T</sup>   |        |                            | 0,17 <sup>T</sup>   |                               | 0,05 <sup>T</sup>   |
| A,B ou C                             | 26,1    | 1                          |                     | 1                             |                     | 35,0   | 1                          |                     | 1                             |                     |
| D                                    | 30,3    | 1,16(1,02 – 1,33)          |                     | 1,12(0,98 – 1,28)             |                     | 41,5   | 1,18(1,04 – 1,35)          |                     | 1,19(1,05 – 1,36)             |                     |
| E                                    | 30,8    | 1,18(1,03 – 1,36)          |                     | 1,15(1,01 – 1,31)             |                     | 39,4   | 1,12(0,99 – 1,27)          |                     | 1,16(1,03 – 1,32)             |                     |
| SITUAÇÃO CONJUGAL(1)                 |         |                            | <0,001              |                               | 0,01                |        |                            | 0,01                |                               | 0,004               |
| Casado/com companheiro               | 28,6    | 1                          |                     | 1                             |                     | 42,0   | 1                          |                     | 1                             |                     |
| Viúvo(a)                             | 38,4    | 1,35(1,13 – 1,60)          |                     | 0,93(0,78 – 1,11)             |                     | 37,4   | 0,89(0,82 – 0,97)          |                     | 0,87(0,78 – 0,97)             |                     |
| Separado,divorciado (a)              | 33,5    | 1,17(1,00 – 1,39)          |                     | 0,96(0,82 – 1,14)             |                     | 34,2   | 0,82(0,68 – 0,97)          |                     | 0,77(0,64 – 0,93)             |                     |
| Solteiro(a)                          | 19,1    | 0,67(0,53 – 0,84)          |                     | 0,68(0,54 – 0,86)             |                     | 34,4   | 0,82(0,66 – 1,02)          |                     | 0,77(0,61 – 0,97)             |                     |
| TABAGISMO (2)                        |         |                            | <0,001              |                               | 0,03                |        |                            | <0,001              |                               | <0,001              |
| Não, Nunca fumou                     | 29,2    | 1                          |                     | 1                             |                     | 39,3   | 1                          |                     | 1                             |                     |
| Já fumou                             | 33,1    | 1,13(1,00 – 1,28)          |                     | 1,09(0,96 – 1,23)             |                     | 41,6   | 1,06(0,97 – 1,16)          |                     | 1,08(0,98 – 1,19)             |                     |
| Fumante atual                        | 24,2    | 0,83(0,72 – 0,95)          |                     | 0,88(0,77 – 1,02)             |                     | 30,5   | 0,78(0,67 – 0,90)          |                     | 0,79(0,68- 0,93)              |                     |
| SEDENTARISMO (2)                     |         |                            | 0,04                |                               | 0,02                |        |                            | 0,50                |                               | 0,96                |
| Não                                  | 27,8    | 1                          |                     | 1                             |                     | 39,7   | 1                          |                     | 1                             |                     |
| Sim                                  | 31,4    | 1,13(1,01 – 1,26)          |                     | 1,14(1,02 – 1,28)             |                     | 38,5   | 0,97(0,89 – 1,06)          |                     | 1,00(0,91 – 1,09)             |                     |
| DIAGNÓSTICO REFERIDO DE HAS (3)      |         |                            | <0,001              |                               | <0,001              |        |                            | <0,001              |                               | <0,001              |
| Não                                  | 20,8    | 1                          |                     | 1                             |                     | 25,2   | 1                          |                     | 1                             |                     |
| Sim                                  | 48,4    | 2,33(2,10 – 2,58)          |                     | 1,80(1,65 – 2,09)             |                     | 46,7   | 1,85(1,66 – 2,07)          |                     | 1,73(1,54 – 1,94)             |                     |

|   |      |                   |                     |                   |                     |      |                   |                     |                   |                    |
|---|------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------|-------------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| DIAGNÓSTICO REFERIDO DE DM (3)                        |      |                   | <0,001              |                   | <0,001              |      |                   | <0,001              |                   | 0,02               |
| Não   | 27,8 | 1                 |                     | 1                 |                     | 36,7 | 1                 |                     | 1                 |                    |
| Sim   | 31,4 | 2,13(1,87 – 2,41) |                     | 1,60(1,40 – 1,84) |                     | 48,9 | 1,33(1,21 – 1,46) |                     | 1,18(1,07 – 1,30) |                    |
| DIAGNÓSTICO REFERIDO DE DOENÇA DOS NERVOS (3)         |      |                   | <0,001              |                   | 0,02                |      |                   | 0,02                |                   | 0,60               |
| Não   | 25,2 | 1                 |                     | 1                 |                     | 37,6 | 1                 |                     | 1                 |                    |
| Sim   | 38,4 | 1,53(1,37 – 1,70) |                     | 1,14(1,02 – 1,28) |                     | 41,9 | 1,11(1,02 – 1,22) |                     | 1,03(0,93 – 1,13) |                    |
| NÚMERO DE MEDICAMENTOS REFERIDOS PARA USO CONTÍNUO(4) |      |                   | <0,001 <sup>T</sup> |                   | <0,001 <sup>T</sup> |      |                   | <0,001 <sup>T</sup> |                   | <0,001             |
| Nenhum  | 19,2 | 1                 |                     | 1                 |                     | 22,6 | 1                 |                     | 1                 |                    |
| De 1 a 2 medicamentos                                 | 44,1 | 2,30(2,05 – 2,59) |                     | 1,46(1,23 – 1,74) |                     | 43,6 | 1,93(1,69 – 2,19) |                     | 1,41(1,18 – 1,68) |                    |
| 3 ou mais medicamentos                                | 55,5 | 2,89(2,54 – 3,30) |                     | 1,57(1,27 – 1,94) |                     | 48,4 | 2,14(1,87 – 2,43) |                     | 1,52(1,26 – 1,83) |                    |
| AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE (5)                            |      |                   | <0,001 <sup>T</sup> |                   | 0,01 <sup>T</sup>   |      |                   | 0,31 <sup>T</sup>   |                   | <0,30 <sup>T</sup> |
| Excelente   | 12,6 | 1                 |                     | 1                 |                     | 31,8 | 1                 |                     | 1                 |                    |
| Muito Boa   | 13,8 | 1,10(0,64 – 1,87) |                     | 0,96(0,56 – 1,66) |                     | 37,9 | 1,19(0,80 – 1,76) |                     | 1,32(0,88 – 1,98) |                    |
| Boa   | 25,6 | 2,04(1,39 – 3,00) |                     | 1,67(1,12 – 2,47) |                     | 38,5 | 1,21(0,88 – 1,66) |                     | 1,23(0,88 – 1,72) |                    |
| Regular   | 32,6 | 2,60(1,77 – 3,80) |                     | 1,66(1,12 – 2,47) |                     | 39,9 | 1,25(0,92 – 1,71) |                     | 1,17(0,84 – 1,64) |                    |
| Ruim  | 42,2 | 3,36(2,27 – 4,97) |                     | 1,64(1,08 – 2,47) |                     | 38,9 | 1,22(0,89 – 1,68) |                     | 1,10(0,79 – 1,56) |                    |

\* Os valores P foram calculados pelo Teste de Wald para heterogeneidade, exceto nos casos em que aparece a letra T, que indica teste para tendência linear

## **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

FV Siqueira: concepção do artigo, análise de dados, interpretação e redação final do artigo, coordenou o trabalho de campo do estudo, e participou da elaboração dos instrumentos e processamento de dados.

MV Nahas: concepção e revisão do artigo.

LA Facchini; Coordenação geral do Projeto de Avaliação e Monitoramento do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família do Ministério da Saúde realizado pela UFPel. Revisão do artigo.

RX Piccini; E Tomasi; E Thumé e DS Silveira, Coordenação do Projeto de Avaliação e Monitoramento do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família do Ministério da Saúde realizado pela UFPel. Elaboração dos instrumentos e demais etapas do estudo.

PC Hallal Revisão do trabalho, desde sua concepção até a redação final na parte específica relacionada à atividade física.

**Estudo dos fatores considerados mais importantes pela população  
para a manutenção da saúde**

**Study of the factors considered by the population as the most important ones for  
maintaining health**

*Fernando Vinholes Siqueira<sup>1</sup>*

*Markus Vinícius Nahas<sup>1</sup>*

*Luiz Augusto Facchini<sup>2</sup>*

*Denise Silva Silveira<sup>2</sup>*

*Roberto Xavier Piccini<sup>2</sup>*

*Elaine Tomasi<sup>3</sup>*

*Elaine Thumé<sup>2</sup>*

*Felipe Fossati Reichert<sup>4</sup>*

*Pedro Curi Halla<sup>2</sup>*

1- Universidade Federal de Santa Catarina

2- Universidade Federal de Pelotas

3- Universidade Católica de Pelotas

4- Universidade Estadual de Londrina

**Agradecimento:** Ministério da Saúde do Brasil e Banco Mundial pelo apoio financeiro

**Contato:** Fernando Vinholes Siqueira – Universidade Federal de Santa Catarina –  
NUPAF – Florianópolis, SC - E-mail: fcvsiqueira@uol.com.br

**Título corrido:** Manutenção da saúde

**Resumo:** Objetivos: Verificar os fatores que adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde priorizam como importantes para manter uma vida saudável. Métodos: Estudo transversal com 4060 adultos e 4003 idosos residentes em áreas de abrangência de 240 unidades básicas de saúde das regiões Sul e Nordeste. Um cartão com figuras e frases referentes a sete fatores relacionados com o risco de doenças e agravos não transmissíveis foi mostrado aos indivíduos, pedindo-se que os mesmos indicassem o fator mais relevante para a saúde. Os fatores eram: manter uma alimentação saudável, fazer exercício físico regularmente, não tomar bebidas alcoólicas em excesso, realizar consultas médicas regularmente, não fumar, manter o peso ideal e controlar ou evitar o estresse. Resultados: Os fatores mais freqüentemente indicados pelos adultos foram alimentação saudável (33,8%), realizar exercício físico (21,4%) e não fumar (13,9%). Entre os idosos, os fatores mais relatados foram alimentação saudável (36,7%), não fumar (17,7%) e consultar o médico regularmente (14,2%). Foram verificadas diferenças entre os fatores citados conforme a região geográfica, variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Conclusão: De acordo com as características dos indivíduos, diferentes medidas são priorizadas, e isso pode ajudar os profissionais de saúde na organização de estratégias que possam beneficiar as populações enquanto educação para a saúde. Existe também a necessidade de integrar as orientações em saúde nas diversas áreas, no sentido de tentar promover mudanças de comportamento, bem como qualificar a orientação feita nas unidades básicas de saúde sobre diversas medidas benéficas para a saúde.

**Palavras-chave:** Educação. Atividade motora. Centros de saúde. Adultos. Idosos

**Abstract:** Objective: To verify, in a sample of adults and elderly subjects living in areas covered by primary health care in Brazil, which factors people rank as more important for health. Methods: Cross-sectional study comprising 4,060 adults and 4,003 elderly subjects living in areas covered by 240 primary health care units in the south and northeast regions of Brazil. A card with pictures and sentences related to variables associated with the risk of non-communicable chronic diseases was shown to individuals, and they were asked to point out which was the most important for health. The factors were: keeping a healthy diet, exercising regularly, avoiding excessive drinking, having regular medical consultations, avoiding smoking, keeping ideal body weight, and

controlling stress. Results: Among adults, the most frequently indicated factors were healthy diet (33.8%), physical exercise (21.4%) and avoid smoking (13.9%). Among the elderly, the leading factors were healthy diet (36.7%), avoid smoking (17.7%) and having regular medical consultations (14.2%). The cited factors varied according to geographical region, demographic, socioeconomic and health-related variables. Conclusion: According to the characteristics of the individuals, different answers were given. These data may help health professionals at organizing and planning effective strategies aimed at benefiting the population in terms of health education. There is also a need for integrating health advices in different areas, with the aim of promoting behavioral changes, as well as qualifying the advice currently performed in primary health care units in terms of several important health-related messages.

**Keywords:** Education. Motor activity. Health care units. Adults. Elderly

## INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata, que concita a ação internacional no sentido de que sejam desenvolvidas estratégias direcionadas a melhorar os cuidados relacionados à saúde dos povos, está completando 30 anos. Na Declaração, a educação em saúde é incluída no item relacionado aos cuidados primários à saúde, como elemento fundamental na busca da prevenção e controle de doenças e promoção da saúde.<sup>11</sup> No Brasil, a Política Nacional da Atenção Básica estabelece que se busquem ações em saúde que abranjam a responsabilidade em todas as esferas da gestão, de viabilizar a capacitação e educação permanente em saúde.<sup>6</sup>

Nesta perspectiva, a atenção básica ganha importância em relação ao impacto que pode representar para a população o aconselhamento visando à adoção de hábitos de vida saudáveis. Entre os aconselhamentos, os relacionados à prática de atividade física (AF) vêm ganhando importância com a inclusão da AF em várias estratégias globais em saúde. Da mesma forma, estão em evidência as orientações destinadas a manutenção de um bom padrão alimentar, o abandono de hábitos prejudiciais como o tabagismo e o alcoolismo, os cuidados relacionados à obesidade e o acesso aos serviços de saúde.<sup>2,7</sup>

Embora o conhecimento sobre fatores de risco e proteção à saúde seja bem disseminado, pouco se sabe sobre a percepção populacional sobre a importância dessas exposições, e menos ainda sobre a hierarquização destes como mais ou menos importantes que os demais. Para ampliar o conhecimento sobre esta temática, delineou-se um estudo no qual a população deveria indicar um, entre sete fatores (manter uma

alimentação saudável, fazer exercícios físicos regularmente, não tomar bebidas alcoólicas em excesso, realizar consultas médicas regularmente, não fumar, manter o peso ideal, e controlar ou evitar o estresse), como o mais importante para a manutenção da saúde. Avaliaram-se ainda os fatores associados a essa escolha.

## **METODOLOGIA**

Um estudo de delineamento transversal selecionou uma amostra de indivíduos adultos (30 a 64 anos) e idosos (65 anos ou mais), residentes nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde (UBS), de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes da região Sul e Nordeste, assim distribuídos: 17 no Rio Grande do Sul, quatro em Santa Catarina (sul), dois em Alagoas, três na Paraíba, dez em Pernambuco, dois no Piauí e três no Rio Grande do Norte (nordeste), incluindo todas as capitais dos estados estudados. Este estudo faz parte do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Detalhes metodológicos sobre o estudo estão disponíveis em outra publicação.<sup>5</sup>

De posse de listas produzidas pelos municípios, foram selecionadas aleatoriamente 120 UBS com diferentes modalidades de atenção básica – Programa Saúde da Família (PSF) e o modelo Tradicional. As unidades de PSF eram aquelas formadas por equipes de saúde da família, que incluíam médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. As unidades Tradicionais eram aquelas que se caracterizavam pela presença na equipe de médicos especialistas (clínico, pediatra e gineco-obstetra), enfermeiro, auxiliar de enfermagem e pessoal administrativo para apoio técnico, contando ainda, em caráter eventual, com o apoio de outras especialidades profissionais (dentista, nutricionista, fisioterapeuta) e mesmo médicas. Na seleção foi estabelecida uma proporcionalidade com o tamanho da rede básica dos municípios, de forma que municípios com uma maior rede contribuíram com maior número de unidades. Na região Sul, obteve-se uma amostra de 69 UBS de PSF e 51 Tradicionais. No Nordeste, a amostra foi constituída de 79 UBS de PSF e 41 Tradicionais.

Adultos e idosos foram selecionados de forma aleatória sistemática entre aqueles residentes na área de abrangência das UBS incluída na amostra. Com base na obtenção prévia do mapa da área de abrangência das UBS, uma estimativa populacional foi realizada a partir das áreas censitárias do IBGE, e os indivíduos foram amostrados por meio de processo aleatório sistemático. Nos domicílios sorteados, apenas um morador

era selecionado para participar do estudo, evitando assim um coeficiente de correlação intraclasse muito elevado, devido ao efeito do delineamento amostral. Os questionários foram aplicados por 15 supervisores treinados.

As variáveis dependentes do estudo foram construídas com base em um cartão mostrado aos indivíduos contendo frases e figuras relacionadas a sete fatores associados à manutenção da saúde. Os fatores eram: manter uma alimentação saudável, fazer exercício físico regularmente, não tomar bebidas alcoólicas em excesso, realizar consultas médicas regularmente, não fumar, manter o peso ideal e controlar ou evitar o estresse. Os entrevistados deveriam indicar a medida que eles consideravam a mais importante para a manutenção da sua saúde.

Foram incluídos como variáveis independentes: (a) sexo; (b) idade; (c) cor da pele; (d) padrão de consumo socioeconômico (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa); (e) escolaridade; (f) situação conjugal; (g) tabagismo (h) nível insuficiente de atividade física (<150 minutos por semana de prática de AF); (i) diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica; (j) diagnóstico médico de diabetes; (k) diagnóstico médico de doença dos nervos; (l) autopercepção de saúde; (m) trabalho remunerado no último mês.

As análises descritivas incluíram cálculos de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95%. A prevalência dos desfechos foi calculada para o grupo das variáveis independentes. Também foram verificadas possíveis diferenças nos desfechos em relação à região (Sul e Nordeste). A análise ajustada foi realizada por regressão de Poisson com cálculo de razões de prevalência ajustadas, intervalos de confiança de 95%, e valores de significância usando os Testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear.<sup>1</sup> Todas as análises levaram em consideração o desenho amostral, e um modelo hierárquico de determinação do desfecho.<sup>1</sup> Variáveis com valor de  $p \leq 0,20$  foram mantidas no modelo de análise como estratégia para controle de possível confusão.<sup>10</sup> O modelo incluiu as variáveis independentes “a-e” no primeiro nível, “f-h” no segundo nível, enquanto o terceiro nível incluiu as variáveis “i-k”, e o quarto nível as variáveis independente “l-m”. As análises foram realizadas no pacote estatístico Stata 9.2.

O Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas aprovou o protocolo do estudo, e obteve-se consentimento esclarecido de todos os participantes. Dados detalhados sobre a metodologia do projeto estão disponíveis em outras publicações.<sup>6,13</sup>

## RESULTADOS

Um total de 4060 adultos e 4003 idosos foi entrevistado. A taxa de não resposta foi de 3,4% entre os adultos e 4,7% entre os idosos. A Tabela 1 descreve a amostra de adultos e idosos separadamente em relação às variáveis independentes do estudo. O percentual de mulheres foi superior entre os idosos (61,2%) do que entre os adultos (55,1%). A cor da pele predominante foi branca em ambos os grupos etários. Entre os idosos, tanto o padrão de consumo socioeconômico quanto a escolaridade foram mais baixos do que entre os adultos. Entre os adultos, a maioria era casada ou vivia com companheiro (73,3%), enquanto entre os idosos a maior prevalência foi de viúvos (45,0%). O tabagismo foi citado por 27,7% dos adultos, enquanto entre os idosos foi de 15,2%. Em relação ao nível de atividade física, 31,8% dos adultos não alcançaram os escores mínimos recomendados (pelo menos 150 minutos por semana de AF moderadas), enquanto entre os idosos a prevalência foi de 58,0%. Em relação a diagnóstico referido de hipertensão arterial, a prevalência entre os idosos (63,5%) foi mais de duas vezes a dos adultos (28,0%). A mesma relação se apresentou no caso de diabetes, porém com uma magnitude menor: 6,7% entre adultos e 19,5% entre os idosos. Para doença dos nervos, o relato positivo foi semelhante para os grupos de adultos e idosos. A análise principal dos fatores mencionados como mais importantes para a saúde é apresentada separadamente para adultos e idosos.

### Adultos

As prevalências indicadas pelos adultos para as medidas mais importantes para manter uma boa saúde foram: “manter uma alimentação saudável” (33,8%; IC95% 32,3 – 35,2); “realizar exercício físico regularmente” (21,4%; IC95% 20,2 – 22,7); “não fumar” (13,9%; IC95% 12,9 – 15,0); “consultar médico regularmente” (13,6%; IC95% 12,5 – 14,7); “não ingerir álcool” (6,4%; IC95% 5,6 – 7,1); “evitar o estresse” (6,2%; IC95% 5,5 – 7,0); “manter o peso ideal” (4,6%; IC95% 4,0 – 5,3).

No Sul, as prevalências para os mesmos desfechos foram de 34,9% para alimentação, 20,6% para exercício físico, 15,0% para não fumar, 11,7% para consulta ao médico, mantendo até este ponto a mesma tendência da amostra geral. O item a seguir mais citado no Sul foi evitar o estresse com 6,8%, seguido da medida para evitar o álcool com 5,9% e finalmente manter o peso ideal com 5,1%. No Nordeste, 32,8% dos indivíduos indicaram primeiramente “manter uma boa alimentação”, 22,2% “realizar

exercício físico”, 15,3% “visitar o médico regularmente”, 13,0% “não fumar”, 6,8% “não ingerir álcool”, 5,7% “não estresse” e 4,2% “manter o peso ideal”.

A Tabela 2 mostra as prevalências e a análise ajustada do desfecho entre os adultos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde. Entre os diferentes desfechos, a indicação da medida “alimentação saudável”, esteve associada com o sexo feminino, padrão de consumo socioeconômico A, B e C e não tabagismo. Para a indicação da medida “fazer exercício físico regularmente”, houve associação com sexo masculino, idade entre 30 e 40 anos, escolaridade superior e não diagnóstico de doença dos nervos. Para “não ingerir álcool”, a única variável que se associou a indicação desta medida foi ser de nível socioeconômico E. “Consultar o médico regularmente” mostrou-se associada ao sexo feminino, à cor de pele não branca e não trabalhar com remuneração no último mês. O desfecho “não fumar” esteve associado com menor escolaridade, tabagismo, ser fisicamente ativo e não diagnóstico médico de diabetes. A medida “manter o peso ideal” esteve associada ao sexo feminino e ao diagnóstico de hipertensão. Por fim, quem indica com mais frequência a necessidade de “evitar o estresse” são as mulheres, de cor de pele branca, não diabéticas e com doença dos nervos.

## **Idosos**

Entre os idosos, as medidas mais citadas como importantes para manter uma boa saúde foram: “manter uma alimentação saudável” (36,7%; IC95% 35,2 – 38,3); “não fumar” (17,7%; IC95% 16,5 – 18,9); “consultar médico regularmente” (14,2%; IC95% 13,0 – 15,2); “fazer exercício físico” (13,2%; IC95% 12,1 – 14,2); “não ingerir álcool” (8,1%; IC95% 7,3 – 9,0); “evitar o estresse” (6,2%; IC95% 5,5 – 7,0); “manter o peso ideal” (6,1%; IC95% 5,3 – 6,9).

No Sul, as prevalências para os mesmos desfechos foram de 38,5% para alimentação, 17,5% para não fumar, 13,3% para consulta ao médico, 13,1% para AF. O item a seguir mais citado no Sul foi evitar o álcool com 8,0%, seguido por evitar o estresse com 6,1%, e finalmente manter o peso ideal com 3,5%. No Nordeste, 35,1% dos indivíduos indicaram primeiramente “manter uma boa alimentação”, 17,9% para “não fumar”, 14,9% para “visitar o médico regularmente”, 13,1% para “realizar exercício físico”, 8,3% para “não ingerir álcool”, 6,1% para “não estresse” e 4,5% para “manter o peso ideal”.

A Tabela 3 mostra as prevalências e análises ajustadas para as variáveis estudadas em relação às diferentes medidas indicadas pelos idosos como as mais importantes para manter a saúde. Em relação à “alimentação saudável”, houve associação com sexo feminino, não tabagismo e ausência de doença de nervos. Relatar a medida “fazer exercício físico” esteve associado com idade de 65 a 70 anos e ser fisicamente ativo. A medida “não ingerir álcool” associou-se ao sexo masculino, ser fisicamente ativo, ter doença dos nervos e ter trabalho remunerado no último mês. Para o desfecho “consultar o médico regularmente”, houve associação apenas com sedentarismo, enquanto para “não fumar”, foi observada associação com sexo masculino, ausência de escolaridade e tabagismo. “Manter o peso ideal” esteve associado com o sexo feminino e “evitar o estresse” com tabagismo e diagnóstico médico de doença dos nervos.

### **Sumarização dos resultados**

As Tabelas 4 e 5 sumarizam as variáveis associadas às diferentes medidas citadas como as mais importantes para manter uma boa saúde por adultos e idosos, respectivamente. Entre os adultos e idosos verificou-se que o sexo é uma variável importante na indicação de diversas medidas, sendo que esta variável esteve associada a cinco das sete medidas entre adultos e a quatro entre os idosos. A idade foi determinante para a indicação somente de uma medida nos grupos estudados, fazer exercício físico regularmente. A cor da pele esteve associada à indicação de duas medidas entre os adultos e nenhuma entre os idosos. A escolaridade coincidiu na indicação de uma medida entre os dois grupos estudados, “não fumar”, e foi determinante para a indicação de uma outra medida entre os adultos, “fazer exercício físico”. Entre adultos e idosos, os não tabagistas indicaram a medida “alimentação saudável” como importante, e os tabagistas a medida “não fumar”. Somente no grupo de idosos, os tabagistas ainda indicam a necessidade de “evitar o estresse”, como importante medida para a saúde.

O nível insuficiente de atividade física (<150 min/sem) foi uma importante variável associada à identificação de medidas de saúde entre os idosos, sendo que neste grupo populacional, os que são suficientemente ativos indicam as medidas “fazer exercício físico e não ingerir álcool”. Ainda entre os idosos, os insuficientemente ativos indicam a medida “consultar o médico regularmente”. Entre os adultos, somente a medida “não fumar” é indicada mais freqüentemente pelos ativos fisicamente. Em relação ao

diagnóstico de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, somente no grupo de adultos, foram verificadas associações com algumas medidas. Os adultos com hipertensão indicam a necessidade de “manter o peso ideal”, e os com diabetes, indicam a importância de “não fumar”, enquanto os que não têm diabetes indicam a necessidade de “evitar o estresse”.

Para aqueles com diagnóstico de doença dos nervos, entre os adultos, houve uma associação com as medidas “fazer exercício físico” e “evitar o estresse”. Nos idosos, a associação é com a medida “alimentação saudável” para os que não possuem diagnóstico, e com as medidas “não ingerir álcool” e “evitar o estresse”, para os que possuem diagnóstico de doença dos nervos. Em relação à variável percepção de saúde, somente nos idosos, houve associação com a indicação da medida “alimentação saudável” naqueles que percebem sua saúde como muito boa. Entre adultos e idosos, ter trabalhado com remuneração no último mês esteve associado com a indicação de uma medida em cada grupo, “consultar o médico regularmente” para os que não trabalharam entre os adultos e, “não ingerir álcool” entre os idosos que trabalharam com remuneração no último mês.

## **DISCUSSÃO**

Este é o primeiro estudo a investigar, entre uma lista de fatores, quais os considerados mais importantes para a manutenção da saúde por adultos e idosos. As prevalências das medidas priorizadas pelos adultos e idosos mostram que existe uma grande parcela de indivíduos que reconhecem e indicam a necessidade de manter uma alimentação saudável como uma fundamental medida para manter uma vida saudável. Esta escolha foi consistente nas duas regiões e grupos etários investigados. O estudo de Dittrich et al (1995) indica que existe uma necessidade de organizar as estruturas de cuidados em saúde no sentido de uma colaboração entre a prática médica e a consulta nutricional para os pacientes.<sup>4</sup> Nos Estados Unidos, estudo realizado com estudantes de medicina mostra que o aconselhamento nutricional pode melhorar o comportamento dos pacientes em relação à dieta.<sup>14</sup> O resultado encontrado provavelmente manifesta a preocupação, já existente, entre adultos e idosos, em relação à necessidade de manter uma boa alimentação como uma estratégia de manutenção de uma vida saudável.

Outro resultado consistente entre Sul e Nordeste foi a indicação da medida “não fumar”. Parece que a intensificação da divulgação e dos aconselhamentos em relação aos problemas causados pelo tabagismo mostra algum resultado positivo conforme

identificado pelos resultados do presente estudo. Tal priorização pode de alguma forma, se justificar com os achados do estudo de Monteiro e colaboradores (2007), que indicou uma diminuição substancial no hábito de fumar entre os adultos em torno de 35% entre 1989 e 2003. Os autores creditam essa diminuição ao aumento da divulgação de mensagens contra o tabagismo e a programas de prevenção do início do tabagismo entre os jovens.<sup>10</sup>

Mantendo a mesma consistência, a medida “consultar o médico regularmente” obteve uma prevalência que a coloca em terceiro lugar na ordem das prioridades dos indivíduos da amostra. Uma explicação para este achado pode ser o fato de nossa amostra ser de indivíduos que residem em áreas de UBS, existindo a possibilidade de um maior aconselhamento por parte dos profissionais dos postos de saúde para as pessoas consultarem o médico regularmente. Além disso, outro fator importante é que nossa população em estudo, por residir em área de abrangência de UBS, é mais pobre do que a população em geral, e sabe-se que populações de menor nível socioeconômico necessitam de mais cuidados em saúde.<sup>8</sup>

O estudo de Dias da Costa (2008) mostra que as pessoas com sobrepeso e obesidade consultam mais freqüentemente, o que poderia explicar a indicação da necessidade de manter o peso ideal pelos idosos, devido a maior exposição deste grupo a aconselhamento durante as consultas.<sup>3</sup> O mesmo estudo mostrou também que pessoas adultas dão grande importância a consultar o médico, sendo que os adultos de 50 anos ou mais, chegam a consultar três vezes mais o médico que os mais jovens. Tal achado pode explicar a prioridade dada pelos adultos a indicação da medida “consultar o médico regularmente”.

O exercício físico foi a quarta prioridade em termos de prevalência de indicação de medidas para manter uma vida saudável. Quanto ao aconselhamento em AF, sabe-se que, no Brasil, ainda é escassa tal orientação como estratégia de educação à saúde na rede básica; logo, é de se esperar que esta medida não seja muito lembrada como prioridade em saúde.<sup>2,7</sup> O estudo de Siqueira et al (2008) mostrou que, entre os adultos, somente 23,9% receberam orientação para a prática de atividade física na UBS no último ano, enquanto o mesmo valor para os idosos foi de 30,3%.<sup>13</sup> Ao mesmo tempo, estudos já mostram os benefícios e a importância da AF como estratégia em prol de uma vida saudável frente a diversas morbidades, o que reforça a necessidade de se aumentar o aconselhamento e utilização da prescrição de AF para as populações, inclusive a aquelas de área de abrangência de UBS.<sup>12</sup>

As prevalências das medidas priorizadas, estratificadas pela idade, mostram algumas diferenças em relação aos achados para a amostra total. Entre os adultos a primeira medida sempre foi “manter uma alimentação saudável” e a segunda, diferentemente da amostra total do estudo, foi “fazer exercício físico regularmente”. Em relação à terceira medida priorizada pelos adultos, aparece para a amostra total e do Sul a medida “não fumar”, enquanto no Nordeste a terceira medida foi “consultar o médico regularmente” Essa diferença entre a priorização das medidas “fazer exercício físico” nos adultos e “consultar o médico regularmente” nos idosos, acreditamos estar relacionada à exposição ao conhecimento sobre os fatores: enquanto em alguns locais predominam os anúncios para a prática regular de exercício físico, em outros locais ainda existe uma predominância dos anúncios para a procura regular de médicos.<sup>3</sup>

Entre os idosos, o mesmo resultado encontrado para a amostra total foi encontrado no Sul e no Nordeste. A principal diferença em relação às medidas priorizadas pelos adultos diz respeito à escolha de “consultar o médico” em detrimento do “realizar exercício físico regularmente”. Como a amostra do estudo está relacionada a uma população mais pobre, de áreas de abrangência de UBS, e o PSF tem uma história mais longa no Nordeste contando com a presença dos agentes comunitários de saúde, é possível que estes fatores possam estar influenciando a escolha da medida “procurar o médico” em relação a “fazer atividade física”.

Existe uma necessidade de se melhorar as orientações em saúde no sentido de estimular mudanças de comportamento entre os indivíduos. Ações coordenadas entre gestores e os diferentes profissionais de saúde que prestam seus serviços em unidades básicas de saúde, bem como a qualificação do quadro de profissionais no sentido de melhorar as orientações em áreas que hoje não são lembradas, se fazem necessárias. Os resultados do presente estudo mostram que a população reconhece a ação “manter uma alimentação saudável” como a mais importante para a manutenção da saúde.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003; 3:21

2. Chakravarthy MV, Joyner MJ, Booth FW. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Mayo Clin Proc.* 2002;77(2):165-73.
3. Dias da Costa JS, Olinto MT, Gigante DP et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2)353–363.
4. Dittrich A, Friebe D, Zunft HJ, Leonhauser IU. Health promotion and nutrition counseling for obese patients--a responsibility of medical care. *Z Arztl Fortbild.* 1995; 89(4): 382 – 5.
5. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões sul e nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24 Suppl. 1:S159-72.
6. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica a Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006; 11(3) 669-681.
7. Fuscaldo JM. Prescribing physical activity in primary care. *W V Med. J.* 2002;98(6):250-3.
8. Hart JT. The inverse care law. *Lancet.* 1971; (Feb) 405-12.
9. Maldonado G, Greenland S. Simulation study of confounder-selection strategies. *Am J Epidemiol.* 1993; 1;138(11):923-36.
10. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989 – 2003). *Bulletin of the World Health Organization.* 2007;85(7)

11. Organización Mundial de la Salud, editor. Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978 sep.; Alma-Ata (URSS).
  
12. Shepard RJ. Physical activity, fitness and health: the current consensus. *Quest* 1995; 47:228-303
  
13. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Atividade Física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões sul e nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): 39-54.
  
14. Spencer EH, Frank E, Elon LK, et al. Predictors of nutrition counseling behaviors and attitudes in US medical students. *Am J Clin Nutr*. 2006;84(3): 655-62

**Tabela 1.** Descrição da amostra de adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde em estados do Sul e Nordeste do Brasil.

| VARIÁVEIS                               | ADULTOS (%) | N    | IDOSOS (%) | N    |
|---|-------------|------|------------|------|
| SEXO                                    |             | 4060 |            | 4003 |
| Masculino                               | 44,9        |      | 38,8       |      |
| Feminino                                | 55,1        |      | 61,2       |      |
| IDADE                                   |             | 4059 |            | 4003 |
| 30 a 40 anos                            | 36,2        |      | -          |      |
| 41 a 50 anos                            | 31,1        |      | -          |      |
| 51 a 64 anos                            | 32,7        |      | -          |      |
| 65 a 70 anos                            | -           |      | 38,5       |      |
| 71 a 75 anos                            | -           |      | 25,7       |      |
| 76 a 79 anos                            | -           |      | 18,5       |      |
| 80 anos ou mais                         | -           |      | 17,3       |      |
| COR DA PELE                             |             | 4039 |            | 3985 |
| Branca                                  | 65,3        |      | 70,0       |      |
| Não Branca                              | 34,7        |      | 30,0       |      |
| PADRÃO DE CONSUMO SOCIOECONÔMICO        |             | 3908 |            | 3650 |
| A, B ou C                               | 37,4        |      | 21,0       |      |
| D                                       | 32,4        |      | 33,7       |      |
| E                                       | 30,2        |      | 45,3       |      |
| ESCOLARIDADE*                           |             | 4047 |            | 3923 |
| Nenhuma                                 | 16,7        |      | 49,4       |      |
| Fundamental Incompleto                  | 47,6        |      | 43,2       |      |
| Fundamental Completo                    | 11,5        |      | 4,0        |      |
| Médio Incompleto                        | 4,9         |      | -          |      |
| Médio Completo                          | 14,9        |      | -          |      |
| Superior                                | 4,4         |      | 3,4        |      |
| SITUAÇÃO CONJUGAL                       |             | 4060 |            | 3970 |
| Casado ou vive com companheiro(a)       | 73,3        |      | 42,7       |      |
| Viúvo(a)                                | 7,1         |      | 45,0       |      |
| Separado(a) divorciado(a)               | 9,8         |      | 7,8        |      |
| Solteiro(a)                             | 9,8         |      | 4,5        |      |
| TABAGISMO                               |             | 4060 |            | 4000 |
| Não                                     | 72,3        |      | 84,8       |      |
| Sim                                     | 27,7        |      | 15,2       |      |
| SEDENTARISMO                            |             | 4023 |            | 3944 |
| Não                                     | 68,2        |      | 42,0       |      |
| Sim                                     | 31,8        |      | 58,0       |      |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HIPERTENSÃO       |             | 3960 |            | 3963 |
| Não                                     | 72,0        |      | 36,5       |      |
| Sim                                     | 28,0        |      | 63,5       |      |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO DE DIABETES MELLITUS |             | 3897 |            | 3909 |
| Não                                     | 93,3        |      | 80,5       |      |
| Sim                                     | 6,7         |      | 19,5       |      |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO DE DOENÇA DOS NERVOS |             | 4033 |            | 3956 |
| Não                                     | 74,0        |      | 71,0       |      |
| Sim                                     | 26,0        |      | 29,0       |      |
| AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE                  |             | 4048 |            | 3951 |
| Excelente                               | 6,7         |      | 2,6        |      |
| Muito Boa                               | 6,3         |      | 3,2        |      |
| Boa                                     | 38,3        |      | 29,7       |      |
| Regular                                 | 38,2        |      | 43,8       |      |
| Ruim                                    | 10,5        |      | 20,7       |      |
| TRABALHO REMUNERADO NO ÚLTIMO MÊS.      |             | 4056 |            | 3957 |
| Não                                     | 51,3        |      | 94,7       |      |
| Sim                                     | 48,7        |      | 5,3        |      |

\* Para idosos a última categoria refere-se ao grupo de 2º grau completo e superior

TABELA 2. Percentual de indivíduos relatando cada medida como a mais importante para a manutenção da saúde e razões de prevalência ajustadas em adultos das regiões Sul e Nordeste do Brasil.

| VARIÁVEIS                | DESFECHOS            |                            |                        |                            |                    |                            |                    |                            |           |                            |                   |                            |                 |                            |
|--------------------------|----------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|-----------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
|                          | Alimentação Saudável |                            | Fazer Exercício Físico |                            | Não ingerir Álcool |                            | Consultar o Médico |                            | Não Fumar |                            | Manter Peso ideal |                            | Evitar Estresse |                            |
|                          | %                    | RP<br>(IC95%)              | %                      | RP<br>(IC95%)              | %                  | RP<br>(IC95%)              | %                  | RP<br>(IC95%)              | %         | RP<br>(IC95%)              | %                 | RP<br>(IC95%)              | %               | RP<br>(IC95%)              |
| <b>Sexo</b>              |                      |                            |                        |                            |                    |                            |                    |                            |           |                            |                   |                            |                 |                            |
| Masculino                | 29,8                 | 1                          | 24,7                   | 1                          | 6,9                | 1                          | 10,7               | 1                          | 14,5      | 1                          | 3,2               | 1                          | 5,4             | 1                          |
| Feminino                 | 37,0                 | 1,26 (1,15-1,38)<br>P=0,00 | 18,8                   | 0,76 (0,68-0,86)<br>P=0,00 | 6,0                | 0,82 (0,64-1,04)<br>P=0,10 | 18,6               | 0,77 (0,66-0,90)<br>P=0,00 | 13,5      | 0,92 (0,79-1,07)<br>P=0,28 | 5,8               | 1,81 (1,34-2,46)<br>P=0,00 | 6,9             | 1,29 (1,01-1,65)<br>P=0,04 |
| <b>Idade (anos)</b>      |                      |                            |                        |                            |                    |                            |                    |                            |           |                            |                   |                            |                 |                            |
| 30 a 40                  | 32,2                 | 1                          | 24,0                   | 1                          | 5,7                | 1                          | 12,9               | 1                          | 13,0      | 1                          | 4,3               | 1                          | 6,9             | 1                          |
| 41 a 50                  | 35,2                 | 1,09 (0,98-1,22)           | 21,7                   | 0,92 (0,80-1,06)           | 6,9                | 1,18 (0,88-1,58)           | 14,1               | 0,96 (0,80-1,17)           | 13,3      | 1,01 (0,83-0,23)           | 4,3               | 1,00 (0,70-1,42)           | 5,3             | 0,78 (0,57-1,06)           |
| 51 ou mais               | 34,2                 | 1,09 (0,98-1,21)<br>P=0,11 | 18,4                   | 0,81 (0,69-0,93)<br>P=0,00 | 6,6                | 1,15 (0,85-1,54)<br>P=0,36 | 18,4               | 0,95 (0,79-1,15)<br>P=0,60 | 15,6      | 1,10 (0,90-1,33)<br>P=0,35 | 5,3               | 1,26 (0,90-1,76)<br>P=0,17 | 6,5             | 1,00 (0,74-1,37)<br>P=0,92 |
| <b>Cor da Pele</b>       |                      |                            |                        |                            |                    |                            |                    |                            |           |                            |                   |                            |                 |                            |
| Branca                   | 34,8                 | 1                          | 22,2                   | 1                          | 5,6                | 1                          | 13,9               | 1                          | 13,5      | 1                          | 4,6               | 1                          | 6,9             | 1                          |
| Não Branca               | 31,7                 | 0,93 (0,85-1,03)<br>P=0,18 | 20,3                   | 0,95 (0,84-1,08)<br>P=0,42 | 8,0                | 1,26 (0,99-1,61)<br>P=0,06 | 17,2               | 1,22 (1,04-1,43)<br>P=0,01 | 14,9      | 1,06 (0,90-1,25)<br>P=0,45 | 4,8               | 1,05 (0,78-1,40)<br>P=0,77 | 5,1             | 0,74 (0,57-0,97)<br>P=0,03 |
| <b>Padrão de consumo</b> |                      |                            |                        |                            |                    |                            |                    |                            |           |                            |                   |                            |                 |                            |
| A,B,C                    | 36,9                 | 1                          | 23,5                   | 1                          | 4,1                | 1                          | 12,2               | 1                          | 87,8      | 1                          | 4,4               | 1                          | 6,6             | 1                          |
| D                        | 32,6                 | 0,88 (0,80-0,98)           | 22,5                   | 1,05(0,91-1,23)            | 6,7                | 1,56(1,13-2,16)            | 16,7               | 1,16(0,95-1,41)            | 86,6      | 0,98(0,80-1,20)            | 4,7               | 0,94(0,65-1,36)            | 6,0             | 0,96(0,70-1,31)            |
| E                        | 31,4                 | 0,86 (0,77-0,96)<br>P=0,00 | 18,0                   | 0,88(0,74-1,06)<br>P=0,42  | 8,8                | 2,02(1,49-2,77)<br>P=0,00  | 16,6               | 1,09(0,88-1,34)<br>P=0,29  | 83,2      | 1,14(0,92-1,42)<br>P=0,32  | 5,1               | 0,97(0,64-1,47)<br>P=0,84  | 6,1             | 1,05(0,74-1,49)<br>P=0,89  |
| <b>Escolaridade</b>      |                      |                            |                        |                            |                    |                            |                    |                            |           |                            |                   |                            |                 |                            |
| Nenhuma                  | 31,6                 | 1                          | 16,8                   | 1                          | 8,3                | 1                          | 17,9               | 1                          | 18,6      | 1                          | 4,4               | 1                          | 4,7             | 1                          |
| Fund. Inc.               | 33,2                 | 0,99(0,87-1,13)            | 20,9                   | 1,22(1,01-1,48)            | 6,4                | 0,91(0,66-1,27)            | 15,8               | 0,92(0,73-1,15)            | 14,4      | 0,78(0,64-0,94)            | 5,2               | 1,22(0,81-1,85)            | 6,5             | 1,30(0,88-1,90)            |
| Fund. Comp.              | 34,6                 | 1,00(0,32-1,20)            | 22,0                   | 1,26(0,98-1,60)            | 8,4                | 1,49(0,95-2,33)            | 13,2               | 0,95(0,68-1,33)            | 10,6      | 0,57(0,42-0,77)            | 5,0               | 1,19(0,69-2,06)            | 5,8             | 1,15(0,69-1,90)            |
| Médio Inc.               | 36,0                 | 1,06(0,84-1,34)            | 26,5                   | 1,45(1,09-1,94)            | 4,0                | 0,74(0,34-1,58)            | 11,0               | 0,79(0,50-1,25)            | 9,5       | 0,51(0,32-0,81)            | 4,5               | 1,14(0,53-2,45)            | 8,5             | 1,72(0,98-3,03)            |
| Médio Comp.              | 36,9                 | 1,04(0,87-1,24)            | 25,3                   | 1,41(1,13-1,76)            | 4,0                | 0,80(0,45-1,40)            | 13,5               | 0,96(0,69-1,33)            | 10,8      | 0,58(0,44-0,77)            | 3,5               | 0,86(0,49-1,52)            | 6,5             | 1,29(0,82-2,04)            |
| Superior                 | 35,2                 | 0,97(0,76-1,25)<br>P=0,64  | 25,7                   | 1,49(1,10-2,01)<br>P=0,00  | 3,6                | 0,9190,39-2,15)<br>P=0,55  | 11,7               | 0,91(0,56-1,47)<br>P=0,80  | 12,9      | 0,69(0,46-1,04)<br>P=0,00  | 2,3               | 0,53(0,19-1,49)<br>P=0,10  | 7,3             | 1,39(0,74-2,61)<br>P=0,30  |
| <b>Situação conjugal</b> |                      |                            |                        |                            |                    |                            |                    |                            |           |                            |                   |                            |                 |                            |
| Casado                   | 33,3                 | 1                          | 22,4                   | 1                          | 6,0                | 1                          | 15,2               | 1                          | 13,5      | 1                          | 4,7               | 1                          | 6,5             | 1                          |
| Viúvo                    | 34,8                 | 1,01(0,85-1,19)            | 17,4                   | 0,96(0,73-1,26)            | 8,0                | 1,36(0,88-2,10)            | 18,5               | 0,93(0,67-1,31)            | 16,4      | 1,12(0,85-1,48)            | 4,5               | 0,73(0,41-1,29)            | 6,6             | 0,96(0,60-1,52)            |
| Separado                 | 35,9                 | 1,10(0,95-1,27)            | 19,4                   | 0,93(0,75-1,14)            | 6,3                | 0,96(0,63-1,46)            | 14,0               | 1,07(0,82-1,40)            | 14,3      | 1,01(0,78-1,30)            | 3,8               | 0,71(0,42-1,21)            | 6,3             | 0,95(0,63-1,42)            |
| Solteiro                 | 34,4                 | 1,06(0,91-1,23)<br>P=0,24  | 19,1                   | 0,83(0,67-1,03)<br>P=0,07  | 8,0                | 1,27(0,88-1,85)<br>P=0,29  | 12,6               | 1,00(0,72-1,31)<br>P=0,82  | 15,3      | 1,17(0,91-1,50)<br>P=0,27  | 5,0               | 1,07(0,68-1,69)<br>P=0,64  | 4,3             | 0,68(0,42-1,10)<br>P=0,16  |
| <b>Tabagismo</b>         |                      |                            |                        |                            |                    |                            |                    |                            |           |                            |                   |                            |                 |                            |
| Não                      | 36,2                 | 1                          | 22,5                   | 1                          | 5,8                | 1                          | 14,1               | 1                          | 9,7       | 1                          | 5,1               | 1                          | 6,7             | 1                          |
| Sim                      | 31,7                 | 0,91(0,83-0,99)<br>P=0,03  | 20,5                   | 0,94(0,83-1,06)<br>P=0,28  | 6,7                | 1,12(0,87-1,46)<br>P=0,37  | 13,2               | 0,88(0,76-1,04)<br>P=0,13  | 17,6      | 1,76(1,49-2,08)<br>P=0,00  | 4,2               | 0,87(0,66-1,15)<br>P=0,33  | 5,9             | 0,94(0,74-1,20)<br>P=0,61  |
| <b>Sedentário</b>        |                      |                            |                        |                            |                    |                            |                    |                            |           |                            |                   |                            |                 |                            |
| Não                      | 33,7                 | 1                          | 21,0                   | 1                          | 6,6                | 1                          | 13,9               | 1                          | 14,7      | 1                          | 4,8               | 1                          | 6,3             | 1                          |
| Sim                      | 34,4                 | 1,05(0,96-1,15)<br>P=0,31  | 22,1                   | 1,03(0,91-1,17)<br>P=0,65  | 5,9                | 0,84(0,64-1,10)<br>P=0,20  | 15,0               | 1,13(0,96-1,33)<br>P=0,14  | 12,3      | 0,83(0,70-0,98)<br>P=0,03  | 4,3               | 0,93(0,69-1,27)<br>P=0,67  | 6,1             | 0,98(0,75-1,28)<br>P=0,86  |

|                                    |      |                 |      |                 |     |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |
|------------------------------------|------|-----------------|------|-----------------|-----|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|
| <b>HAS</b>                         |      |                 |      |                 |     |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |
| Não                                | 33,9 | 1               | 22,7 | 1               | 6,3 | 1               | 13,0 | 1               | 14,2 | 1               | 3,8 | 1               | 5,7 | 1               |
| Sim                                | 34,2 | 0,97(0,87-1,08) | 18,1 | 0,93(0,80-1,09) | 6,6 | 0,96(0,73-1,26) | 21,6 | 1,08(0,90-1,29) | 13,2 | 0,92(0,76-1,11) | 6,7 | 1,66(1,21-2,29) | 7,1 | 1,20(0,91-1,59) |
|                                    |      | P=0,61          |      | P=0,37          |     | P=0,76          |      | P=0,41          |      | P=0,37          |     | P=0,00          |     | P=0,20          |
| <b>Diabetes</b>                    |      |                 |      |                 |     |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |
| Não                                | 33,7 | 1               | 21,6 | 1               | 6,4 | 1               | 14,5 | 1               | 14,0 | 1               | 4,8 | 1               | 6,3 | 1               |
| Sim                                | 37,9 | 1,11(0,94-1,31) | 21,1 | 1,14(0,89-1,46) | 5,0 | 0,82(0,46-1,47) | 23,6 | 1,01(0,73-1,39) | 13,0 | 0,65(0,44-0,96) | 7,3 | 1,40(0,87-2,25) | 3,8 | 0,52(0,27-1,00) |
|                                    |      | P=0,22          |      | P=0,30          |     | P=0,51          |      | P=0,95          |      | P=0,03          |     | P=0,17          |     | P=0,05          |
| <b>Doença dos nervos</b>           |      |                 |      |                 |     |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |
| Não                                | 33,2 | 1               | 23,8 | 1               | 6,0 | 1               | 12,7 | 1               | 13,1 | 1               | 4,4 | 1               | 5,2 | 1               |
| Sim                                | 35,6 | 1,05(0,95-1,17) | 14,5 | 0,67(0,57-0,79) | 7,0 | 1,12(0,84-1,48) | 21,8 | 0,89(0,74-1,08) | 16,3 | 1,17(0,98-1,39) | 5,3 | 0,94(0,67-1,31) | 9,2 | 1,64(1,25-2,15) |
|                                    |      | P=0,30          |      | P=0,00          |     | P=0,45          |      | P=0,25          |      | P=0,08          |     | P=0,72          |     | P=0,00          |
| <b>Percepção de saúde</b>          |      |                 |      |                 |     |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |
| Excelente                          | 36,3 | 1               | 21,1 | 1               | 7,8 | 1               | 11,8 | 1               | 12,2 | 1               | 1,9 | 1               | 5,2 | 1               |
| Muito Boa                          | 35,8 | 0,96(0,77-1,22) | 26,0 | 1,23(0,90-1,67) | 3,9 | 0,60(0,29-1,27) | 11,0 | 0,90(0,59-1,36) | 13,4 | 1,09(0,69-1,72) | 3,9 | 2,04(0,71-5,88) | 3,9 | 0,78(0,35-1,75) |
| Boa                                | 32,7 | 0,90(0,75-1,07) | 22,0 | 1,14(0,89-1,46) | 6,9 | 0,91(0,57-1,44) | 11,2 | 0,86(0,63-1,16) | 14,8 | 1,08(0,77-1,53) | 4,5 | 2,09(0,85-5,13) | 5,9 | 1,04(0,59-1,84) |
| Regular                            | 33,4 | 0,92(0,77-1,10) | 20,7 | 1,21(0,94-1,56) | 6,0 | 0,71(0,44-1,15) | 17,8 | 0,87(0,64-1,18) | 13,9 | 0,98(0,69-1,40) | 5,3 | 2,04(0,82-5,05) | 7,1 | 1,16(0,66-2,08) |
| Ruim                               | 36,0 | 1,01(0,82-1,25) | 18,3 | 1,27(0,92-1,74) | 6,4 | 0,79(0,44-1,42) | 24,1 | 0,93(0,64-1,34) | 12,9 | 0,74(0,47-1,15) | 5,0 | 1,83(0,68-4,89) | 6,4 | 1,07(0,55-2,09) |
|                                    |      | P=0,99          |      | P=0,15          |     | P=0,30          |      | P=0,74          |      | P=0,10          |     | P=0,45          |     | P=0,40          |
| <b>Trabalho pago no último mês</b> |      |                 |      |                 |     |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |
| Não                                | 33,7 | 1               | 19,7 | 1               | 5,8 | 1               | 19,5 | 1               | 14,8 | 1               | 4,9 | 1               | 4,9 | 1               |
| Sim                                | 33,7 | 1,06(0,97-1,16) | 23,3 | 1,02(0,90-1,16) | 7,0 | 1,23(0,95-1,59) | 10,4 | 0,70(0,60-0,83) | 13,1 | 0,90(0,76-1,05) | 4,4 | 1,19(0,88-1,61) | 4,4 | 1,28(0,90-1,66) |
|                                    |      | P=0,22          |      | P=0,78          |     | P=0,11          |      | P=0,00          |      | P=0,19          |     | P=0,27          |     | P=0,07          |

TABELA 3. Percentual de indivíduos relatando cada medida como a mais importante para a manutenção da saúde e razões de prevalência ajustadas em idosos das regiões Sul e Nordeste do Brasil.

| VARIÁVEIS                  | DESFECHOS            |                            |                        |                           |                    |                           |                    |                           |           |                            |                   |                           |                 |                            |
|----------------------------|----------------------|----------------------------|------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|-----------|----------------------------|-------------------|---------------------------|-----------------|----------------------------|
|                            | Alimentação Saudável |                            | Fazer Exercício Físico |                           | Não ingerir Álcool |                           | Consultar o Médico |                           | Não Fumar |                            | Manter Peso ideal |                           | Evitar Estresse |                            |
|                            | %                    | RP (IC95%)                 | %                      | RP (IC95%)                | %                  | RP (IC95%)                | %                  | RP (IC95%)                | %         | RP (IC95%)                 | %                 | RP (IC95%)                | %               | RP (IC95%)                 |
| <b>Sexo</b>                |                      |                            |                        |                           |                    |                           |                    |                           |           |                            |                   |                           |                 |                            |
| Masculino                  | 33,2                 | 1                          | 14,6                   | 1                         | 9,6                | 1                         | 14,1               | 1                         | 20,1      | 1                          | 2,9               | 1                         | 5,4             | 1                          |
| Feminino                   | 40,0                 | 1,17(1,07-1,28)<br>P=0,001 | 12,2                   | 0,85(0,72-1,01)<br>P=0,06 | 7,2                | 0,75(0,61-0,94)<br>P=0,01 | 14,1               | 1,02(0,86-1,22)<br>P=0,80 | 16,2      | 0,80(0,69-0,92)<br>P=0,002 | 4,7               | 1,59(1,11-2,30)<br>P=0,01 | 6,5             | 1,21(0,93-1,58)<br>P=0,16  |
| <b>Idade (anos)</b>        |                      |                            |                        |                           |                    |                           |                    |                           |           |                            |                   |                           |                 |                            |
| 65 a 70                    | 38,3                 | 1                          | 13,9                   | 1                         | 7,3                | 1                         | 13,2               | 1                         | 17,3      | 1                          | 3,5               | 1                         | 6,6             | 1                          |
| 71 a 75                    | 34,7                 | 0,90(0,81-1,00)            | 15,5                   | 1,17(0,96-1,42)           | 8,4                | 1,15(0,88-1,52)           | 14,2               | 1,07(0,88-1,31)           | 17,5      | 1,01(0,85-1,20)            | 4,0               | 1,15(0,73-1,75)           | 5,7             | 0,87(0,63-1,20)            |
| 76 a 80                    | 34,9                 | 0,91(0,80-1,03)            | 12,1                   | 0,95(0,75-1,21)           | 8,6                | 1,18(0,87-1,60)           | 15,2               | 1,15(0,92-1,43)           | 16,6      | 0,90(0,73-1,11)            | 5,3               | 1,40(0,91-2,16)           | 7,3             | 1,11(0,80-1,54)            |
| 80 ou mais                 | 38,4                 | 0,99(0,87-1,12)<br>P=0,44  | 8,7                    | 0,67(0,49-0,90)<br>P=0,02 | 9,4                | 1,28(0,94-1,76)<br>P=0,10 | 15,1               | 1,14(0,90-1,44)<br>P=0,17 | 20,5      | 1,13(0,92-1,37)<br>P=0,59  | 3,8               | 1,02(0,61-1,70)<br>P=0,48 | 4,2             | 0,63(0,41-0,98)<br>P=0,17  |
| <b>Cor da Pele</b>         |                      |                            |                        |                           |                    |                           |                    |                           |           |                            |                   |                           |                 |                            |
| Branca                     | 37,6                 | 1                          | 13,0                   | 1                         | 8,2                | 1                         | 14,4               | 1                         | 17,4      | 1                          | 3,8               | 1                         | 5,8             | 1                          |
| Não Branca                 | 34,9                 | 0,93(0,84-1,02)<br>P=0,12  | 13,6                   | 1,09(0,91-1,31)<br>P=0,34 | 8,0                | 0,98(0,76-1,27)<br>P=0,90 | 13,6               | 0,96(0,79-1,17)<br>P=0,69 | 18,6      | 1,00(0,86-1,17)<br>P=0,97  | 4,5               | 1,10(0,77-1,59)<br>P=0,60 | 6,8             | 1,16(0,89-1,52)<br>P=0,27  |
| <b>Padrão de consumo</b>   |                      |                            |                        |                           |                    |                           |                    |                           |           |                            |                   |                           |                 |                            |
| A,B,C                      | 37,7                 | 1                          | 14,5                   | 1                         | 8,1                | 1                         | 14,6               | 1                         | 16,8      | 1                          | 2,6               | 1                         | 5,8             | 1                          |
| D                          | 36,1                 | 0,98(0,86-1,11)            | 13,7                   | 1,00(0,79-1,26)           | 8,0                | 1,01(0,74-1,38)           | 14,6               | 1,02(0,81-1,29)           | 16,5      | 0,90(0,72-1,11)            | 4,9               | 1,85(1,11-3,08)           | 6,3             | 1,06(0,72-1,56)            |
| E                          | 36,7                 | 1,00(0,88-1,13)<br>P=0,99  | 12,6                   | 0,92(0,72-1,17)<br>P=0,42 | 8,5                | 1,08(0,80-1,45)<br>P=0,59 | 13,4               | 0,92(0,73-1,17)<br>P=0,43 | 18,9      | 0,98(0,80-1,21)<br>P=0,88  | 4,3               | 1,58(0,95-2,63)<br>P=0,16 | 6,1             | 1,05(0,71-1,54)<br>P=0,85  |
| <b>Escolaridade</b>        |                      |                            |                        |                           |                    |                           |                    |                           |           |                            |                   |                           |                 |                            |
| Nenhuma                    | 34,9                 | 1                          | 12,6                   | 1                         | 8,3                | 1                         | 13,6               | 1                         | 20,9      | 1                          | 3,8               | 1                         | 5,8             | 1                          |
| Fund. Incompleto           | 38,8                 | 1,11(1,01-1,22)            | 12,5                   | 0,96(0,80-1,15)           | 8,0                | 1,00(0,78-1,28)           | 14,5               | 1,07(0,91-1,27)           | 15,2      | 0,72(0,62-0,83)            | 4,5               | 1,31(0,93-1,85)           | 6,6             | 1,18(0,90-1,54)            |
| Médio Incompleto           | 36,7                 | 1,07(0,86-1,33)            | 18,7                   | 1,37(0,96-1,96)           | 7,3                | 0,95(0,51-1,75)           | 16,7               | 1,25(0,86-1,83)           | 12,7      | 0,58(0,38-0,90)            | 3,3               | 1,21(0,47-3,14)           | 4,7             | 0,84(0,40-1,79)            |
| Médio Completo ou Superior | 33,1                 | 0,97(0,76-1,25)<br>P=0,25  | 21,1                   | 1,54(1,08-2,20)<br>P=0,06 | 8,3                | 1,10(0,59-2,06)<br>P=0,90 | 15,0               | 1,13(0,74-1,73)<br>P=0,23 | 12,8      | 0,59(0,37-0,92)<br>P=0,000 | 3,0               | 0,86(2,69-2,74)<br>P=0,39 | 6,8             | 1,24(0,63-2,42)<br>P=0,43  |
| <b>Situação conjugal</b>   |                      |                            |                        |                           |                    |                           |                    |                           |           |                            |                   |                           |                 |                            |
| Casado                     | 36,4                 | 1                          | 14,1                   | 1                         | 8,4                | 1                         | 13,8               | 1                         | 18,3      | 1                          | 3,6               | 1                         | 5,5             | 1                          |
| Viúvo                      | 37,1                 | 0,92(0,88-1,02)            | 12,9                   | 1,01(0,86-1,32)           | 7,5                | 1,04(0,79-1,37)           | 14,6               | 1,04(0,88-1,24)           | 17,1      | 1,03(0,86-1,22)            | 4,1               | 0,84(0,57-1,22)           | 6,7             | 1,18(0,26-1,62)            |
| Separado                   | 36,8                 | 0,93(0,79-1,11)            | 11,9                   | 0,91(0,64-1,28)           | 9,1                | 1,23(0,81-1,87)           | 10,2               | 0,77(0,53-1,11)           | 20,0      | 1,17(0,90-1,52)            | 4,9               | 0,93(0,49-1,75)           | 7,0             | 1,20(0,74-1,93)            |
| Solteiro                   | 35,5                 | 0,90(0,73-1,12)<br>P=0,19  | 7,6                    | 0,60(0,35-1,04)<br>P=0,14 | 10,5               | 1,45(0,91-2,33)<br>P=0,11 | 19,8               | 1,44(1,04-1,99)<br>P=0,40 | 15,1      | 0,90(0,62-1,30)<br>P=0,76  | 6,4               | 1,48(0,79-2,76)<br>P=0,54 | 5,2             | 0,91(0,45-1,80)<br>P=0,71  |
| <b>Tabagismo</b>           |                      |                            |                        |                           |                    |                           |                    |                           |           |                            |                   |                           |                 |                            |
| Não                        | 37,9                 | 1                          | 13,4                   | 1                         | 7,9                | 1                         | 14,7               | 1                         | 16,4      | 1                          | 4,1               | 1                         | 5,7             | 1                          |
| Sim                        | 30,3                 | 0,82(0,71-0,94)<br>P=0,004 | 12,1                   | 0,84(0,65-1,08)<br>P=0,16 | 9,5                | 1,70(0,88-1,56)<br>P=0,29 | 10,9               | 1,04(0,94-1,15)<br>P=0,43 | 25,1      | 1,40(1,18-1,66)<br>P=0,000 | 3,7               | 1,02(0,64-1,63)<br>P=0,94 | 8,4             | 1,51(1,11-2,07)<br>P=0,009 |

|  |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |  |
|--|------|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|--|
| <b>Sedentário</b>                        |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |  |
| Não                                      | 35,7 | 1               | 15,1 | 1               | 9,0  | 1               | 12,4 | 1               | 17,4 | 1               | 4,0 | 1               | 6,4 | 1               |  |
| Sim                                      | 37,9 | 1,07(0,98-1,17) | 11,5 | 0,81(0,68-0,96) | 7,4  | 0,77(0,61-0,96) | 15,6 | 1,23(1,04-1,45) | 17,9 | 1,00(0,86-1,15) | 3,9 | 1,05(0,75-1,47) | 5,8 | 0,96(0,74-1,24) |  |
|  |      | P=0,13          |      | P=0,02          |      | P=0,02          |      | P=0,02          |      | P=0,97          |     | P=0,77          |     | P=0,74          |  |
| <b>HAS</b>                               |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |  |
| Não                                      | 37,6 | 1               | 12,0 | 1               | 8,9  | 1               | 12,9 | 1               | 18,7 | 1               | 3,9 | 1               | 6,1 | 1               |  |
| Sim                                      | 36,3 | 0,94(0,86-1,03) | 14,0 | 1,14(0,94-1,38) | 7,6  | 0,94(0,74-1,18) | 14,9 | 1,13(0,95-1,34) | 17,1 | 0,99(0,85-1,16) | 4,1 | 0,95(0,67-1,34) | 6,1 | 0,98(0,75-1,29) |  |
|  |      | P=0,17          |      | P=0,20          |      | P=0,59          |      | P=0,17          |      | P=0,93          |     | P=0,78          |     | P=0,91          |  |
| <b>Diabetes</b>                          |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |  |
| Não                                      | 36,8 | 1               | 12,9 | 1               | 8,4  | 1               | 14,1 | 1               | 18,2 | 1               | 3,9 | 1               | 6,2 | 1               |  |
| Sim                                      | 37,6 | 1,01(0,91-1,13) | 14,9 | 1,15(0,93-1,42) | 7,0  | 0,83(0,61-1,12) | 15,1 | 1,02(0,84-1,25) | 15,3 | 0,88(0,73-1,07) | 4,3 | 1,14(0,75-1,73) | 5,9 | 0,97(0,71-1,34) |  |
|  |      | P=0,85          |      | P=0,20          |      | P=0,22          |      | P=0,79          |      | P=0,21          |     | P=0,55          |     | P=0,94          |  |
| <b>Doença dos Nervos</b>                 |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |  |
| Não                                      | 38,1 | 1               | 12,8 | 1               | 7,8  | 1               | 14,4 | 1               | 18,3 | 1               | 3,7 | 1               | 5,1 | 1               |  |
| Sim                                      | 33,7 | 0,87(0,79-0,96) | 14,1 | 1,18(0,98-1,42) | 9,4  | 1,28(1,01-1,62) | 13,8 | 0,97(0,81-1,15) | 15,7 | 0,88(0,75-1,04) | 4,7 | 1,28(0,90-1,83) | 8,5 | 1,61(1,24-2,09) |  |
|  |      | P=0,008         |      | P=0,09          |      | P=0,04          |      | P=0,71          |      | P=0,13          |     | P=0,17          |     | P=0,000         |  |
| <b>Percepção de saúde</b>                |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |  |
| Excelente                                | 38,6 | 1               | 15,8 | 1               | 6,9  | 1               | 16,8 | 1               | 12,9 | 1               | 4,0 | 1               | 4,9 | 1               |  |
| Muito Boa                                | 42,6 | 1,14(0,83-1,57) | 11,5 | 0,81(0,42-1,58) | 5,7  | 0,70(0,24-1,99) | 7,4  | 0,44(0,21-0,94) | 18,9 | 1,36(0,72-2,56) | 5,7 | 0,99(0,27-3,61) | 8,2 | 1,63(0,58-4,57) |  |
| Boa                                      | 36,8 | 0,97(0,75-1,25) | 13,1 | 0,87(0,53-1,41) | 8,7  | 1,30(0,62-2,74) | 13,7 | 0,76(0,48-1,20) | 19,2 | 1,34(0,79-2,26) | 3,7 | 0,85(0,31-2,32) | 4,8 | 0,90(0,37-2,19) |  |
| Regular                                  | 34,7 | 0,90(0,70-1,16) | 14,3 | 0,90(0,56-1,46) | 8,4  | 1,28(0,61-2,69) | 14,9 | 0,79(0,51-1,25) | 16,8 | 1,22(0,72-2,05) | 4,5 | 0,90(0,33-2,42) | 6,7 | 1,26(0,53-3,00) |  |
| Ruim                                     | 40,3 | 1,07(0,82-1,39) | 10,7 | 0,75(0,45-1,25) | 7,4  | 1,17(0,54-2,55) | 13,7 | 0,70(0,44-1,13) | 18,2 | 1,25(0,73-2,13) | 3,0 | 0,60(0,20-1,72) | 6,7 | 1,20(0,49-2,94) |  |
|  |      | P=0,87          |      | P=0,38          |      | P=0,67          |      | P=0,69          |      | P=0,76          |     | P=0,20          |     | P=0,38          |  |
| <b>Trabalho remunerado no último mês</b> |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |      |                 |     |                 |     |                 |  |
| Não                                      | 36,7 | 1               | 13,3 | 1               | 7,9  | 1               | 14,4 | 1               | 17,2 | 1               | 4,0 | 1               | 6,0 | 1               |  |
| Sim                                      | 35,8 | 1,02(0,84-1,25) | 12,3 | 0,85(0,57-1,27) | 12,3 | 1,50(1,01-2,22) | 10,3 | 0,78(0,52-1,19) | 18,1 | 0,95(0,70-1,30) | 3,4 | 0,95(0,41-2,17) | 7,8 | 1,40(0,84-2,33) |  |
|  |      | P=0,84          |      | P=0,42          | 3    | P=0,04          |      | P=0,25          |      | P=0,77          |     | P=0,90          |     | P=0,20          |  |

**TABELA 4. Sumarização dos principais resultados em adultos.**

| VARIÁVEIS                          | DESFECHOS            |        |                        |        |                    |        |                    |        |            |        |                   |        |                 |        |
|------------------------------------|----------------------|--------|------------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|------------|--------|-------------------|--------|-----------------|--------|
|                                    | Alimentação Saudável |        | Fazer Exercício Físico |        | Não Ingerir Alcool |        | Consultar o Médico |        | Não Fumar  |        | Manter Peso ideal |        | Evitar Estresse |        |
|                                    | Associação           | P      | Associação             | P      | Associação         | P      | Associação         | P      | Associação | P      | Associação        | P      | Associação      | P      |
| <b>Sexo</b>                        | Feminino             | <0,001 | Masculino              | <0,001 | -                  | -      | Feminino           | <0,001 | -          | -      | Feminino          | <0,001 | Feminino        | 0,04   |
| <b>Idade (anos)</b>                | -                    | -      | 30 a 40                | 0,003  | -                  | -      |                    |        | -          | -      | -                 | -      | -               | -      |
| <b>Cor da Pele</b>                 | -                    | -      | -                      | -      | -                  | -      | Não Branca         | 0,006  | -          | -      | -                 | -      | Branca          | 0,03   |
| <b>Padrão de consumo</b>           | A,B e C              | 0,004  |                        |        | E                  | <0,001 | -                  | -      | -          | -      | -                 | -      | -               | -      |
| <b>Escolaridade</b>                | -                    | -      | Superior               | 0,002  | -                  | -      | -                  | -      | Não        | <0,001 | -                 | -      | -               | -      |
| <b>Situação conjugal</b>           | -                    | -      | -                      | -      | -                  | -      | -                  | -      | -          | -      | -                 | -      | -               | -      |
| <b>Tabagismo</b>                   | Não                  | 0,03   | -                      | -      | -                  | -      | -                  | -      | Sim        | <0,001 | -                 | -      | -               | -      |
| <b>Sedentarismo</b>                | -                    | -      | -                      | -      | -                  | -      | -                  | -      | Não        | 0,03   | -                 | -      | -               | -      |
| <b>Hipertensão</b>                 | -                    | -      | -                      | -      | -                  | -      | -                  | -      | -          | -      | Sim               | 0,002  | -               | -      |
| <b>Diabetes</b>                    | -                    | -      | -                      | -      | -                  | -      | -                  | -      | Sim        | 0,03   |                   |        | Não             | 0,05   |
| <b>Doença dos Nervos</b>           | -                    | -      | Sim                    | <0,001 | -                  | -      | -                  | -      | -          | -      | -                 | -      | Sim             | <0,001 |
| <b>Percepção de saúde</b>          | -                    | -      | -                      | -      | -                  | -      | -                  | -      | -          | -      | -                 | -      | -               | -      |
| <b>Trabalho pago no último mês</b> | -                    | -      | -                      | -      | -                  | -      | Não                | <0,001 | -          | -      | -                 | -      | -               | -      |

**TABELA 5. Sumarização dos principais resultados em idosos.**

| VARIÁVEIS                          | DESFECHOS            |        |                        |      |                    |      |                    |      |            |       |                   |      |                 |       |
|------------------------------------|----------------------|--------|------------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|------------|-------|-------------------|------|-----------------|-------|
|                                    | Alimentação Saudável |        | Fazer Exercício Físico |      | Não Ingerir Álcool |      | Consultar o Médico |      | Não Fumar  |       | Manter Peso ideal |      | Evitar Estresse |       |
|                                    | Associação           | P      | Associação             | P    | Associação         | P    | Associação         | P    | Associação | P     | Associação        | P    | Associação      | P     |
| <b>Sexo</b>                        | Feminino             | <0,001 |                        |      | Masculino          | 0,01 | -                  | -    | Masculino  | 0,002 | Feminino          | 0,01 | -               | -     |
| <b>Idade (anos)</b>                | -                    | -      | 65 a 70                | 0,02 | -                  | -    | -                  | -    | -          | -     | -                 | -    | -               | -     |
| <b>Cor da Pele</b>                 | -                    | -      | -                      | -    | -                  | -    | -                  | -    | -          | -     | -                 | -    | -               | -     |
| <b>Padrão de consumo</b>           | -                    | -      | -                      | -    | -                  | -    | -                  | -    | -          | -     | -                 | -    | -               | -     |
| <b>Escolaridade</b>                | -                    | -      | -                      | -    | -                  | -    | -                  | -    | Nenhuma    | 0,000 | -                 | -    | -               | -     |
| <b>Situação conjugal</b>           | -                    | -      | -                      | -    | -                  | -    | -                  | -    | -          | -     | -                 | -    | -               | -     |
| <b>Tabagismo</b>                   | Não                  | 0,004  | -                      | -    | -                  | -    | -                  | -    | Sim        | 0,000 | -                 | -    | Sim             | 0,009 |
| <b>Sedentário</b>                  | -                    | -      | Não                    | 0,02 | Não                | 0,02 | Sim                | 0,02 | -          | -     | -                 | -    | -               | -     |
| <b>Hipertensão</b>                 | -                    | -      | -                      | -    | -                  | -    | -                  | -    | -          | -     | -                 | -    | -               | -     |
| <b>Diabetes</b>                    | -                    | -      | -                      | -    | -                  | -    | -                  | -    | -          | -     | -                 | -    | -               | -     |
| <b>Doença dos Nervos</b>           | Não                  | 0,008  | -                      | -    | Sim                | 0,04 | -                  | -    | -          | -     | -                 | -    | Sim             | 0,000 |
| <b>Percepção de saúde</b>          | Muito Boa            | 0,05   | -                      | -    | -                  | -    | -                  | -    | -          | -     | -                 | -    | -               | -     |
| <b>Trabalho pago no último mês</b> | -                    | -      | -                      | -    | Sim                | 0,04 | -                  | -    | -          | -     | -                 | -    | -               | -     |

## VIII. CONCLUSÕES

Este estudo é certamente um dos primeiros realizados no Brasil sobre atividade física e Atenção Básica a Saúde. Envolveu uma amostra da população da área de abrangência de Unidades Básicas em duas importantes regiões, com uma abrangência significativa para um tema muito pouco explorado na literatura nacional, onde ainda apresenta lacunas sobre este conhecimento. O estudo foi realizado com tamanho de amostra que garantiu um alto poder estatístico, para as análises propostas, mesmo aquelas estratificadas por modelo de atenção e região.

Os resultados apresentados permitiram conhecer informações relacionadas à atividade física e comportamento saudável entre os trabalhadores e população, assim como relacionadas ao comportamento do profissional de saúde frente a necessidade de aconselhamento para a manutenção de hábitos saudáveis na população. Forneceu ainda dados relevantes aos gestores de saúde.

O estudo mostra que as prevalências de atividade física insuficiente são altas, o aconselhamento a saúde ainda é baixo e a atividade física pode alcançar maiores espaços na lembrança de adultos e idosos em relação a sua importância para a manutenção de uma vida mais saudável. Mostra também, a necessidade da presença de profissionais da área da atividade física, capacitados para a prescrição e a articulação com os diferentes profissionais de saúde das UBS, desenvolvendo ações e estratégias visando alcançar as recomendações atuais de aumento dos níveis de atividade física entre as pessoas.

Por fim, conclui-se que este estudo atinge seu objetivo de investigar a atividade física em uma amostra de usuários de UBS em duas importantes regiões do Brasil, preenchendo uma lacuna até então existente na literatura nacional. Caracteriza-se ainda

como um verdadeiro estudo de linha de base, em relação a temática, para a comparação com estudos futuros.

## IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília: MS. 2004.
2. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Relatório Final. Pelotas: UFPEL; 2006.
3. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama* 1995;273(5):402-7.
4. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: A report of Surgeon General. Atlanta GUSDoHaHS, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
5. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985;100(2):126-31.
6. Pereira MG. Epidemiologia, teoria e prática. Serviços de saúde: marco de referências para o estudo do tema. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1995. 1995.
7. Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo, Hucitec. 1995.
8. Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9061):1269-76.
9. Cummings SR, Melton LJ. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet* 2002;359(9319):1761-7.
10. Statistics BIoGa. National Census. Brazilian Institute of Geography and Statistics 2000.
11. Shephard RJ. Physical activity, fitness and health: the current consensus. *Quest* 1995;47:228-303.
12. Le Marchand L, Kolonel LN, Yoshizawa CN. Lifetime occupational physical activity and prostate cancer risk. *Am J Epidemiol* 1991;133(2):103-11.
13. Lee IM, Paffenbarger RS, Jr., Hsieh CC. Physical activity and risk of prostatic cancer among college alumni. *Am J Epidemiol* 1992;135(2):169-79.
14. Fuscaldo JM. Prescribing physical activity in primary care. *W V Med J* 2002;98(6):250-3.

15. Chakravarthy MV, Joyner MJ, Booth FW. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Mayo Clin Proc* 2002;77(2):165-73.
16. Barros MV, Nahas MV. [Health risk behaviors, health status self-assessment and stress perception among industrial workers]. *Rev Saude Publica* 2001;35(6):554-63.
17. Matsudo SM, Matsudo V. R. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciênc Mov* 2002;10:41-50.
18. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(11):1894-900.
19. Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bonsenor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Publica* 2003;14(4):246-54.
20. Garrett NA, Brasure M, Schmitz KH, Schultz MM, Huber MR. Physical inactivity: direct cost to a health plan. *Am J Prev Med* 2004;27(4):304-9.
21. Barengo NC, Hu G, Lakka TA, Pekkarinen H, Nissinen A, Tuomilehto J. Low physical activity as a predictor for total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men and women in Finland. *Eur Heart J* 2004;25(24):2204-11.
22. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Changes in physical activity, mortality, and incidence of coronary heart disease in older men. *Lancet* 1998;351(9116):1603-8.
23. Kujala UM, Kaprio J, Sarna S, Koskenvuo M. Relationship of leisure-time physical activity and mortality: the Finnish twin cohort. *Jama* 1998;279(6):440-4.
24. Thune I, Brenn T, Lund E, Gaard M. Physical activity and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 1997;336(18):1269-75.
25. Swain DP, Franklin BA. Comparison of cardioprotective benefits of vigorous versus moderate intensity aerobic exercise. *Am J Cardiol* 2006;97(1):141-7.
26. Fokkema MR, Muskiet FA, van Doormaal JJ. [Lifestyle intervention for the prevention of cardiovascular disease]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149(47):2607-12.
27. Jonker JT, De Laet C, Franco OH, Peeters A, Mackenbach J, Nusselder WJ. Physical Activity and Life Expectancy With and Without Diabetes: Life table analysis of the Framingham Heart Study. *Diabetes Care* 2006;29(1):38-43.

28. Constantini N, Harman-Boehm I, Dubnov G. [Exercise prescription for diabetics: more than a general recommendation]. *Harefuah* 2005;144(10):717-23, 750.
29. Moy CS, Songer TJ, LaPorte RE, Dorman JS, Kriska AM, Orchard TJ, et al. Insulin-dependent diabetes mellitus, physical activity, and death. *Am J Epidemiol* 1993;137(1):74-81.
30. Padilla J, Wallace JP, Park S. Accumulation of physical activity reduces blood pressure in pre- and hypertension. *Med Sci Sports Exerc* 2005;37(8):1264-75.
31. Borjesson M, Dahlof B. [Physical activity has a key role in hypertension therapy]. *Lakartidningen* 2005;102(3):123-4, 126, 128-9.
32. Barengo NC, Hu G, Kastarinen M, Lakka TA, Pekkarinen H, Nissinen A, et al. Low physical activity as a predictor for antihypertensive drug treatment in 25-64-year-old populations in eastern and south-western Finland. *J Hypertens* 2005;23(2):293-9.
33. Greendale GA, Barrett-Connor E, Edelstein S, Ingles S, Haile R. Lifetime leisure exercise and osteoporosis. The Rancho Bernardo study. *Am J Epidemiol* 1995;141(10):951-9.
34. Cosman F. The prevention and treatment of osteoporosis: a review. *MedGenMed* 2005;7(2):73.
35. Lee IM, Paffenbarger RS, Jr. Physical activity and its relation to cancer risk: a prospective study of college alumni. *Med Sci Sports Exerc* 1994;26(7):831-7.
36. Friedenreic CM, Thune I. A review of physical activity and prostate cancer risk. *Cancer Causes Control* 2001;12(5):461-75.
37. White E, Jacobs EJ, Daling JR. Physical activity in relation to colon cancer in middle-aged men and women. *Am J Epidemiol* 1996;144(1):42-50.
38. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med* 2000;29(3):167-80.
39. Anderssen N, Jacobs DR, Jr., Sidney S, Bild DE, Sternfeld B, Slattery ML, et al. Change and secular trends in physical activity patterns in young adults: a seven-year longitudinal follow-up in the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study (CARDIA). *Am J Epidemiol* 1996;143(4):351-62.
40. Ford ES, Merritt RK, Heath GW, Powell KE, Washburn RA, Kriska A, et al. Physical activity behaviors in lower and higher socioeconomic status populations. *Am J Epidemiol* 1991;133(12):1246-56.
41. Lakka TA, Salonen JT. Physical activity and serum lipids: a cross-sectional population study in eastern Finnish men. *Am J Epidemiol* 1992;136(7):806-18.

42. LaCroix AZ, Guralnik JM, Berkman LF, Wallace RB, Satterfield S. Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index. *Am J Epidemiol* 1993;137(8):858-69.
43. Sparling PB, Noakes TD, Steyn K, Jordaan E, Jooste PL, Bourne LT, et al. Level of physical activity and CHD risk factors in black South African men. *Med Sci Sports Exerc* 1994;26(7):896-902.
44. Macera CA, Croft JB, Brown DR, Ferguson JE, Lane MJ. Predictors of adopting leisure-time physical activity among a biracial community cohort. *Am J Epidemiol* 1995;142(6):629-35.
45. Berthouze SE, Minaire PM, Castells J, Busso T, Vico L, Lacour JR. Relationship between mean habitual daily energy expenditure and maximal oxygen uptake. *Med Sci Sports Exerc* 1995;27(8):1170-9.
46. Cauley JA, Donfield SM, Laporte RE, Warhaftig NE. Physical activity by socioeconomic status in two population based cohorts. *Med Sci Sports Exerc* 1991;23(3):343-51.
47. Ransdell LB, Wells CL. Physical activity in urban white, African-American, and Mexican-American women. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30(11):1608-15.
48. McMurray RG, Ainsworth BE, Harrell JS, Griggs TR, Williams OD. Is physical activity or aerobic power more influential on reducing cardiovascular disease risk factors? *Med Sci Sports Exerc* 1998;30(10):1521-9.
49. Huang Y, Macera CA, Blair SN, Brill PA, Kohl HW, 3rd, Kronenfeld JJ. Physical fitness, physical activity, and functional limitation in adults aged 40 and older. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30(9):1430-5.
50. Van Heuvelen MJ, Kempen GI, Ormel J, Rispens P. Physical fitness related to age and physical activity in older persons. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30(3):434-41.
51. Taylor WC, Blair SN, Cummings SS, Wun CC, Malina RM. Childhood and adolescent physical activity patterns and adult physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 1999;31(1):118-23.
52. Burton NW, Turrell G. Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. *Prev Med* 2000;31(6):673-81.
53. Pomerleau J, McKee M, Robertson A, Vaasc S, Kadziauskiene K, Abaravicius A, et al. Physical inactivity in the Baltic countries. *Prev Med* 2000;31(6):665-72.
54. Martin SB, Morrow JR, Jr., Jackson AW, Dunn AL. Variables related to meeting the CDC/ACSM physical activity guidelines. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32(12):2087-92.

55. Fung TT, Hu FB, Yu J, Chu NF, Spiegelman D, Tofler GH, et al. Leisure-time physical activity, television watching, and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. *Am J Epidemiol* 2000;152(12):1171-8.
56. Lee IM, Rexrode KM, Cook NR, Manson JE, Buring JE. Physical activity and coronary heart disease in women: is "no pain, no gain" passe? *Jama* 2001;285(11):1447-54.
57. Brownson RC, Baker EA, Housemann RA, Brennan LK, Bacak SJ. Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. *Am J Public Health* 2001;91(12):1995-2003.
58. Martinez-Gonzalez MA, Varo JJ, Santos JL, De Irala J, Gibney M, Kearney J, et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33(7):1142-6.
59. Draheim CC, Williams DP, McCubbin JA. Prevalence of physical inactivity and recommended physical activity in community-based adults with mental retardation. *Ment Retard* 2002;40(6):436-44.
60. Hawkins SA, Cockburn MG, Hamilton AS, Mack TM. An estimate of physical activity prevalence in a large population-based cohort. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36(2):253-60.
61. Gomez LF, Duperly J, Lucumi DI, Gamez R, Venegas AS. [Physical activity levels in adults living in Bogota (Colombia): prevalence and associated factors]. *Gac Sanit* 2005;19(3):206-13.
62. Schneider S, Becker S. Prevalence of physical activity among the working population and correlation with work-related factors: results from the first German National Health Survey. *J Occup Health* 2005;47(5):414-23.
63. Rego RA, Berardo FA, Rodrigues SS, Oliveira ZM, Oliverira MB, Vasconcellos C, et al. [Risk factors for chronic non-communicable diseases: a domiciliary survey in the municipality of Sao Paulo, SP (Brazil). Methodology and preliminary results]. *Rev Saude Publica* 1990;24(4):277-85.
64. Duncan B, Schmidt M, Polanczyk C, Homrich C, Rosa R, Achutti A. Risk factors for non-communicable diseases in metropolitan area in south of Brazil. Prevalence and simultaneity. *Rev Saude Publica* 1993(27):43-8.
65. Dioguardi GS, Pimenta J, Knoplich J, Ghorayed N, Ramos LR, Giannini SD. Risk factors for cardiovascular disease in physicians. Preliminary data from the VIDAM Project of the Paulista Medical Association. *Arq Bras Cardiol* 1994(62):383-8.
66. Martins IS, Coelho LT, Casajus MI, Okani ET. Smoking, consumption of alcohol and sedentary life style in population grouping and their relationships with lipemic disorders. *Rev Saude Publica* 1995(29):38-45.

67. Taddei CF, Ramos LR, de Moraes JC, Wajngarten M, Libberman A, Santos SC, et al. Multicenter study of elderly patients assisted at outpatient cardiology and geriatrics clinics in Brazilian institutions. *Arq Bras Cardiol* 1997(69):327-33.
68. da Silva MA, Souza AG, Schargodsky H. Risk factors for acute myocardial infarction in Brazil. FRICAS Study. *Arq Bras Cardiol* 1998(71):667-75.
69. Mello MT, Fernandez AC, Tufik S. Levantamento epidemiológico da prática de atividade física na cidade de São Paulo. *rev Bras Med Esporte* 2000(6):119-124.
70. Barreto SM, Passos VM, Firmo JO, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in community in Southeast Brazil-The Bambui Health and Ageing Study. *Arq Bras Cardiol* 2001(77):576-81.
71. Castanho VS, Oliveira LS, Pinheiro HP, Oliveira HC, de Faria EC. sex differences in risk factors for coronary heart disease: a study in a Brazilian population. *BMC Public Health* 2001(1):3.
72. Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. [Physical activity in a probabilistic sample in the city of Rio de Janeiro]. *Cad Saude Publica* 2001;17(4):969-76.
73. Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JO, Vidigal PG, Guerra HL. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): prevalence of risk factors and use of preventive health care services. *Rev Panam Salud Publica* 2001;9(4):219-27.
74. Ramos de Marins VM, Varnier Almeida RM, Pereira RA, Barros MB. Factors associated with overweight and central body fat in the city of Rio de Janeiro: results of a two-stage random sampling survey. *Public Health* 2001;115(3):236-42.
75. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalence of risk factors for coronary artery disease in the Brazilian State of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2002;78(5):478-90.
76. Salles-Costa R, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. [Gender and leisure-time physical activity]. *Cad Saude Publica* 2003;19 Suppl 2:S325-33.
77. Salles-Costa R, Werneck GL, Lopes CS, Faerstein E. [The association between socio-demographic factors and leisure-time physical activity in the Pro-Saude Study]. *Cad Saude Publica* 2003;19(4):1095-105.
78. Santos J, Coelho CW. Atividade física e obesidade em trabalhadores da indústria. *Revista Digital EF Deportes* 2003;67.
79. Vasconcellos MT, Anjos LA. A simplified method for assessing physical activity level values for a country or study population. *Eur J Clin Nutr* 2003;57(8):1025-33.

80. Domingues MR, Araujo CL, Gigante DP. [Knowledge and perceptions of physical exercise in an adult urban population in Southern Brazil]. *Cad Saude Publica* 2004;20(1):204-15.
81. Hallal PC, Siqueira FV Compliance with vigorous physical activity guidelines in Brazilian adults: prevalence and correlates. *Journal of Physical Activity and Health* 2004(1):201-208.
82. Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? - Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2004(13):201-208.
83. Lima-Costa MF. Estilo de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). *Ciência & Saúde Coletiva* 2004(9):857-864.
84. Matos M de F, Souza e Silva NA, Pimenta AJ, da Cunha AJ. Prevalence of risk factors for cardiovascular disease in employees of the Research Center at Petrobras. *Arq Bras Cardiol* 2004;82(1):5-8, 1-4.
85. Dias-da-Costa JS, Hallal PC, Wells JC, Daltoe T, Fuchs SC, Menezes AM, et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2005;21(1):275-82.
86. Hallal PC, Azevedo MR, Reichert FF, Siqueira FV, Araujo CL, Victora CG. Who, when, and how much? Epidemiology of walking in a middle-income country. *Am J Prev Med* 2005;28(2):156-61.
87. Hallal PC, Matsudo SM, Matsudo VK, Araujo TL, Andrade DR, Bertoldi AD. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. *Cad Saude Publica* 2005;21(2):573-80.
88. Monteiro CA, de Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo IC, et al. [Surveillance of risk factors for chronic diseases through telephone interviews]. *Rev Saude Publica* 2005;39(1):47-57.
89. Pitanga FJ, Lessa I. [Prevalence and variables associated with leisure-time sedentary lifestyle in adults]. *Cad Saude Publica* 2005;21(3):870-7.
90. Smith JA. A prospective study of physical activity and incident and fatal prostate cancer Giovannucci EL, Liu Y, Leitzmann MF, Stampfer MJ, Willett WC, Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, Boston, MA. *Urol Oncol* 2005;23(6):463-4.
91. Ribera AP, McKenna J, Riddoch C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. *Eur J Public Health* 2005;15(6):569-75.

92. Jatkinson J, Goody RB, Walker CA. Walking at work: a pedometer study assessing the activity levels of doctors. *Scott Med J* 2005;50(2):73-4.
93. Blackwell J. The health styles of nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* 2004;16(2):81-7.
94. Garry JP, Diamond JJ, Whitley TW. Physical activity curricula in medical schools. *Acad Med* 2002;77(8):818-20.
95. Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Physician counseling about exercise. *Jama* 1999;282(16):1583-8.
96. Walsh JM, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. *Am J Prev Med* 1999;16(4):307-13.
97. Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc* 2002;34(12):1996-2001.
98. Booth ML, Owen N, Bauman A, Clavisi O, Leslie E. Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Prev Med* 2000;31(1):15-22.
99. Burton LC, Shapiro S, German PS. Determinants of physical activity initiation and maintenance among community-dwelling older persons. *Prev Med* 1999;29(5):422-30.
100. King AC, Castro C, Wilcox S, Eyler AA, Sallis JF, Brownson RC. Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of U.S. middle-aged and older-aged women. *Health Psychol* 2000;19(4):354-64.
101. Wilcox S, Castro C, King AC, Housemann R, Brownson RC. Determinants of leisure time physical activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United States. *J Epidemiol Community Health* 2000;54(9):667-72.
102. King AC, Kiernan M, Ahn DK, Wilcox S. The effects of marital transitions on changes in physical activity: results from a 10-year community study. *Ann Behav Med* 1998;20(2):64-9.
103. Brownson RC, Eyler AA, King AC, Brown DR, Shyu YL, Sallis JF. Patterns and correlates of physical activity among US women 40 years and older. *Am J Public Health* 2000;90(2):264-70.
104. Martinez-Gonzalez MA, Martinez JA, Hu FB, Gibney MJ, Kearney J. Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23(11):1192-201.

105. Castro C, Sallis JF, Hickman R, Lee RE. A prospective study of psychosocial correlates of physical activity for ethnic minority women. *Psychol. Health* 1999(14):277-293.
106. Courneya KS. Social support and the theory of planned behavior in the exercise domain. *Am J Health Behav.* 2000(24):300-308.
107. Oman RF, King AC. Predicting the adoption and maintenance of exercise participation using self-efficacy and previous exercise participation rates. *Am J Health Promot* 1998;12(3):154-61.
108. Sternfeld B, Ainsworth BE, Quesenberry CP. Physical activity patterns in a diverse population of women. *Prev Med* 1999;28(3):313-23.
109. Lian WM, Gan GL, Pin CH, Wee S, Ye HC. Correlates of leisure-time physical activity in an elderly population in Singapore. *Am J Public Health* 1999;89(10):1578-80.
110. Clark DO, Nothwehr F. Exercise self-efficacy and its correlates among socioeconomically disadvantaged older adults. *Health Educ Behav* 1999;26(4):535-46.
111. Kerner MS, Grossman AH. Attitudinal, social, and practical correlates to fitness behavior: a test of the theory of planned behavior. *Percept Mot Skills* 1998;87(3 Pt 2):1139-54.
112. Leslie E, Owen N, Salmon J, Bauman A, Sallis JF, Lo SK. Insufficiently active Australian college students: perceived personal, social, and environmental influences. *Prev Med* 1999;28(1):20-7.
113. Eyler AA, Brownson RC, Donatelle RJ, King AC, Brown D, Sallis JF. Physical activity social support and middle- and older-aged minority women: results from a US survey. *Soc Sci Med* 1999;49(6):781-9.
114. MacDougall C, Cooke R, Owen N, Willson K, Bauman A. Relating physical activity to health status, social connections and community facilities. *Aust N Z J Public Health* 1997;21(6):631-7.
115. Rothman K GS. *Modern epidemiology.* Lippincott-Raven 1998.
116. World Health Organization. *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life.* Geneva: World Health Organization 2002.

IX. ANEXOS

**Anexo 1. Questões do instrumento de pesquisa utilizado para o desfecho atividade física insuficiente (IPAQ curto).**

| <b>AGORA NÓS VAMOS FALAR DE ATIVIDADES FÍSICAS</b>   |                         |
|--|-------------------------|
| <p><b>A17. Desde &lt;DIA DA SEMANA PASSADA&gt; quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício.</b></p> <p>_____ dias      (0) nenhum → vá para a pergunta A19      (9) IGN</p>   | <p>ACAMDIA __</p>       |
| <p><b>A18. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, você caminhou por dia?</b></p> <p>__ __ __ minutos p/dia      (888) NSA      (999) IGN</p>  | <p>AMINCA__ __ __</p>   |
| <b>AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA</b>   |                         |
| <p><b>A19. Desde &lt;DIA DA SEMANA PASSADA&gt; quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades fortes</u>, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ...</b></p> <p>_____ dias      (0) nenhum → vá para a pergunta A21      (9) IGN</p> | <p>AFORDIA __</p>       |
| <p><b>A20. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, você fez atividades fortes por dia?</b></p> <p>__ __ __ minutos p/dia      (888) NSA      (999) IGN</p>  | <p>AMINFOR __ __ __</p> |
| <p><b>A21. Desde &lt;DIA DA SEMANA PASSADA&gt; quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades médias</u>, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc.</b></p> <p>_____ dias      (0) nenhum → <i>encerre o bloco de atividade física</i></p>          | <p>AMEDIA__</p>         |
| <p><b>A22. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia?</b></p> <p>____+____+____+____+____ = __ __ __ minutos p/dia      (888) NSA</p>  | <p>AMIND __ __ __</p>   |



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício nº 045/2004

Pelotas, 17 de setembro de 2004.

Ilm. Sr.  
Prof. Luis Augusto Facchini

Gostaríamos de comunicá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado: "Monitoramento e avaliação do programa de expansão e consolidação do Programa de Saúde da Família -lote 2 região Sul" foi aprovado por este Comitê em reunião do dia 13/09/04.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevemo-nos

Atenciosamente.

Prof. Dr. José Augusto Assunção Creso Ribeiro  
Coordenador do CEP/FM-UFPEL  
Prof. Dr. José Augusto Creso Rib...  
Coordenador do CEP/FM/UFPEL

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)