

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ROBÉRIA MOTA SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA,
NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE 2007- 2008**

RIO BRANCO - AC

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

ROBÉRIA MOTA DA SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA,
NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE 2007- 2008**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Processo Saúde- Doença:
Epidemiologia e Atenção à Saúde

Orientador(es): Prof. Dr. Wagner Pinto
Profª. Dra. Rosalina Jorge Koifman

RIO BRANCO - AC

2009

© SILVA, R. M. 2010.

SILVA, Robéria Mota. **Prevalência e fatores associados à prática de atividade física, no município de Rio Branco, Acre 2007-2008**. Rio Branco: UFAC, 2010. 68f.

Ficha catalogafica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC.

S586p Silva, Robéria Mota da, 1983 -
Prevalência e fatores associados à prática de atividade física, no município de Rio Branco, 2007-2008 / Robéria Mota da Silva. ---
Rio Branco: UFAC, 2010.
68f : il. ; 30cm.

Dissertação apresenta ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadores: Prof. Dr. Wagner Pinto e Profa. Dra. Rosalina Koifman.

Inclui bibliografia.

1. Atividade física. 2. Sedentarismo. 3. Fatores associados. I. Título.

CDD.: 613.71

CDU.: 615.825

Aos meus pais,

Antonio Amilcar (*in memoriam*) e Maria Raimunda.

Ao meu marido, José Eduardo.

Dedico

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir este propósito de vida de realizar mais um sonho.

Aos professores Sérgio e Rosalina Koifmam, inspiração do meu ideal, agradeço pelo entusiasmo de encarar a distante missão de nos despertar para a luz do conhecimento. Ao meu orientador Wagner Pinto pela paciência, que mesmo no desespero da chegada dos prazos-limite me acalmava e sempre me deixava trabalhar com tranquilidade. Obrigada pela compreensão.

Ao meu marido José Eduardo, pelo apoio. Obrigada por ter compreendido as várias noites que foi dormir sozinho enquanto ficava em companhia de um computador, de livros e artigos. Obrigada pelo companheirismo dedicado desde o momento que entrastes na minha vida. E por me ensinar a conciliar amor e trabalho.

Aos meus pais, por terem indicado, desde o princípio, o caminho para a busca do conhecimento. Aos meus irmãos em que a admiração é o combustível desta caminhada.

Aos grandes amigos, colegas mestrandos, que fizeram parte desta conquista. Valeram os desabafos, os nós na garganta e as vitórias no fim de cada módulo festejados nos “Happy Hours” e como foram “happy”! Especialmente as minhas grandes amigas Fernanda, Thais, Ana Maria, Marina e Karine. Vocês foram a grande descoberta deste estudo.

Ao Prof. Pascoal pela disponibilidade dos dados desta pesquisa.

Aos professores da ENSP que se disponibilizaram a vir para um lugar tão distante encarar a missão de ensinar quinze alunos que, nem sempre, pausavam suas rotinas corridas para aprender tantos conceitos e aplicabilidades dentro da saúde coletiva.

À coordenação do mestrado na pessoa da Profa. Simone Opitz e da Profa. Leila Douto pela compreensão e paciência com esse grupo de alunos tão ocupados, mas também tão

dedicados. Por lutar pela possibilidade de tornar real o sonho de quinze profissionais da saúde. Vocês foram em busca, lutaram e fizeram acontecer.

À Sarah, Nailton e Vitor pelas inúmeras declarações emitidas e pelos problemas resolvidos. Obrigada.

Ao coordenador do curso de Fisioterapia da UNINORTE, Prof. Gustavo Moretti, pelo apoio e liberação no período das aulas. Obrigada também pela compreensão nas constantes alterações do calendário.

À Secretaria Estadual de Saúde, na pessoa do Sr. secretário Oswaldo Leal, pela liberação, no período das aulas, das minhas obrigações ocupacionais. Obrigada pelo incentivo à pesquisa.

Este mestrado é uma etapa alcançada de um sonho. É resultado de muito esforço e persistência. E a possibilidade de ter se tornado real não se deve apenas a mim, e sim às muitas pessoas que passaram neste período pela minha vida e não deixaram de dar sua parcela de colaboração. Muito obrigado!

A miséria do sertão, quando chega no papel, perde o cheiro, a cor e a dor, e tentar colocá-la em números é parte do imponderável da vida.

Geraldo Cunha Cury

RESUMO

A prática insuficiente de atividade física é um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis que, por sua vez, representam custos elevados com os três níveis de atenção à saúde no Brasil. A OMS recomenda a prática de atividades físicas de intensidade leve ou moderada diariamente ou na maior parte dos dias da semana, pelo menos 30 minutos. Nesta dissertação, são apresentados dois artigos que discorrem sobre o nível de atividade física e os fatores associados na população adulta, analisados por um Inquérito Domiciliar “Saúde e nutrição em crianças e adultos no município de Rio Branco, Acre”. O primeiro artigo avalia a prevalência de sedentarismo, como uma condição de total inatividade física, e os fatores associados na população estudada. O segundo artigo analisa o nível de atividade física de lazer e os fatores relacionados. Dos principais achados, os que merecem maior destaque são as altas prevalências de sedentarismo, estando mais elevado entre as mulheres, nos grupos situados nos extremos das faixas etárias e da renda familiar, sem renda familiar e com mais de três salários mínimos. Apresentam-se baixos níveis de prática de exercícios nas horas de lazer, principalmente entre as mulheres, nos grupos com menores níveis de escolaridade e nas faixas etárias mais elevadas. Dessa forma, os achados do presente estudo apontam para a necessidade de intervenção na população do município de Rio Branco, com o objetivo de promover e criar ações de incentivo à prática de atividade física.

Palavras-chave: sedentarismo, atividade física de lazer, inquérito, fatores associados.

ABSTRACT

The practice insufficient physical activity is a major risk factors for noncommunicable chronic diseases which, in turn, represent high costs to the three levels of health care in Brazil. The WHO recommends the practice of physical activities of light and moderate daily or on most days of the week, at least 30 minutes. In this thesis, we present two articles that discuss the level of physical activity and factors associated with the adult population, analyzed by a Household Survey "Health and nutrition in children and adults in Rio Branco, Acre." The first article examines the prevalence of inactivity, as a condition of complete physical inactivity, and associated factors in this population. The second article examines the level of leisure physical activity and related factors. The main findings, which deserve greater attention are the high prevalence of sedentary lifestyle, being higher among women in the groups on either side of age and household income - no income and with more than three minimum wages. The low levels of exercise during leisure time, especially among women, in groups with lower educational levels and older age groups. Thus, the findings of this study indicate the need for intervention in the population of Rio Branco, in order to promote and create actions to encourage physical activity.

Keywords: physical activity, leisure physical activity, investigations, associated factors.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	xii
LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 Conceitos e definições.....	16
2.2 Dados epidemiológicos.....	17
2.3 Fatores relacionados à adesão à prática de atividade física.....	18
2.4 Benefícios da prática de atividade física.....	19
2.5 - Políticas de promoção à saúde.....	20
3. JUSTIFICATIVA.....	22
4. OBJETIVOS.....	23
4.1 Objetivo Geral.....	23
4.2 Objetivos Específicos.....	23
5. ARTIGO 1.....	24
Sedentarismo em adultos: resultados de um inquérito populacional, no município de Rio Branco, Acre 2007-2008.....	24
Resumo	25
5.1 Introdução.....	27
5.2 Material e Métodos.....	29
5.3 Resultados.....	32
5.4 Discussão	35
5.5 Conclusão.....	37
5.6 Referências bibliográficas.....	38

6. Artigo 2.....	41
Prevalência de atividade física de lazer e fatores associados na população adulta de 18 a 65 anos, no município de Rio Branco, Acre 2007-2008.....	
Resumo	42
6.1 Introdução.....	43
6.2 Material e Métodos.....	45
6.3 Resultados.....	48
6.4 Discussão	54
6.5 Conclusão.....	57
6.6 Referências bibliográficas.....	58
7. Considerações finais.....	62
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	68
ANEXO A – Questões do “Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não transmissíveis no município de Rio Branco, Acre”, que serão utilizadas neste estudo	69
ANEXO B - Parecer do CEP.....	72
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
ANEXO D - Autorização de direitos autorais.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD	Atividade de vida diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
DANTs	Doenças e Agravos não transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MET	Equivalentes metabólicos
MONIT	Monitoramento das Doenças Cardiovasculares e do Diabetes no Brasil
NHANES	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio
SM	Salário mínimo
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

5 - ARTIGO 1

Tabela 1: Descrição da amostra, segundo aspectos demográficos e prática de atividade física de lazer.....29

Tabela 2: Distribuição da amostra entre os sexos e faixa etária, segundo a intensidade do exercício praticado no lazer.....29

Tabela 3: Prevalência de atividade física de lazer por fatores associados estratificados por sexo.30

Tabela 4: Razão de prevalência bruta e intervalo de confiança das variáveis associadas à atividade física de lazer.....31

Tabela 5: Modelo de Regressão Multivariada de Poisson.....32

Figura 1: Percentual de ativos no lazer, por sexo, segundo a modalidade do exercício.....30

6 - ARTIGO 2

Tabela 1: Descrição da amostra, segundo aspectos demográficos e condições de inatividade física.48

Tabela 2: Prevalência e razão de prevalência bruta e ajustada e seus respectivos intervalos de confiança (IC) nas variáveis associadas ao sedentarismo.....	49
Tabela 3: Prevalência do sedentarismo por fatores associados e estratificados por sexo.....	50
Tabela 4: Modelo de Regressão Multivariada de Poisson.	50
Figura 1: Percentual de sedentarismo segundo os domínios do lazer, ocupação, transporte e limpeza doméstica, por sexo.....	51

1 - INTRODUÇÃO

Por muito tempo, a aventura fez parte do cotidiano do ser humano, com a exploração do mundo desconhecido, expansão das trilhas comerciais, com as conquistas de novas terras, e na luta pela sobrevivência – nas atividades de caça e pesca –, buscando sempre uma forma de explorar o mundo à sua volta, fazendo o que hoje chamamos de esporte e lazer¹. Mas a finalidade dessa busca nem sempre foi a mesma, ela foi e é marcada pelo momento cultural e político vivido, de forma que a atividade física acabou ganhando diferentes conceitos ao longo da história da humanidade².

Com o passar dos tempos, o homem foi mudando seus hábitos pessoais, tornando seu lazer mais sedentário, como consequência trazida pela modernidade e pelo processo da industrialização³. Isso, portanto, levou a uma redução da necessidade humana de se expor a esforços físicos dentro do ambiente ocupacional, a um aumento do tempo despendido assistindo à televisão e a um incentivo às práticas de lazer eletrônicas e sedentárias. Tudo isso, somado a uma alteração dos hábitos alimentares que privilegiam a ingestão de alimentos industrializados, conhecidos *fast foods*, tem favorecido o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁴.

Dessa forma, o sedentarismo passou então a ser visto como um importante problema de saúde pública, estando ligado às Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTs) como: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, coronariopatias, osteoporose e alguns tipos de câncer, como de cólon, de mama e de próstata^{5,3,1,6,7,8}.

Essas doenças passam, então, a ocupar um importante lugar nos desafios da saúde pública. Estimativas nacionais recentes mostram que, em 2004, as DANTs representavam 62,8% do total de mortes por causas conhecidas, com algumas séries históricas apontando para um aumento progressivo deste acometimento nas últimas décadas⁹.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conceitos e definições

Alguns autores tentam estabelecer a diferença entre atividade física e exercício físico. Sendo a atividade física considerada como qualquer movimento que resulte num gasto energético, enquanto o exercício físico exige um planejamento e estruturação da atividade com o intuito de promover aptidão física¹⁰. Atualmente existem várias terminologias que indicam baixos níveis de atividade física. Esta falta de padronização se deve à dificuldade de uma mensuração que envolva as atividades ocupacionais e de lazer¹¹.

Em concordância com os autores acima, está a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹² que descreve a atividade física como um comportamento de grande movimento muscular realizado no decorrer do dia, e o exercício físico como uma subdivisão da atividade física que exige um comportamento intencional e repetitivo, muitas vezes com maior intensidade.

A OMS¹³ recomenda a prática de atividades físicas de intensidade leve ou moderada diariamente ou na maior parte dos dias da semana, sendo que, para a prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, a recomendação é de pelo menos 30 minutos e, para o controle do peso, de pelo menos 60 minutos diários de atividade física. Essas atividades podem ser praticadas de forma contínua (30 ou 60 minutos seguidos) ou acumuladas ao longo do dia.

A quantidade mínima de atividade física, necessária para a promoção e manutenção da saúde do adulto recomendada pela OMS é:

- 30 minutos de atividade física de intensidade moderada 5 dias por semana; ou
- 20 minutos de atividade física de intensidade vigorosa 3 dias por semana; ou

- Uma combinação de atividade física de intensidade moderada/vigorosa e 8-10 exercícios de fortalecimento muscular pelo menos 2 dias por semana.

2.2 Dados epidemiológicos

A inatividade física é responsável por aproximadamente 2 milhões de mortes no mundo, respondendo por 10% a 16% dos casos de cânceres de cólon, mama, e de diabetes e 22% das doenças isquêmicas do coração. E quando associada a uma dieta inadequada, a inatividade física passa a ser responsável por aproximadamente 300 mil mortes de norte-americanos por ano. Só no ano de 2000, os Estados Unidos tiveram um gasto de 76 bilhões de dólares com custos médicos¹⁴. Sendo que, neste país, apenas 34% da população adulta atinge o nível de caminhada recomendado pela OMS¹⁵.

No Brasil os gastos com as DANTs são muito altos, cerca de R\$7,5 bilhões/ano, pois se trata de doenças de longa duração que demandam muitas ações, procedimentos e serviços de saúde – tanto ambulatorial como de internação hospitalar. Em 2004 as DANTs representavam 62,8% do total de mortes por causas conhecidas. Daí a importância em se adotarem estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco, além de medidas de promoção, prevenção e controle dessas doenças^{16,14}.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (VIGITEL)¹⁸, por meio de um inquérito por telefone, realizado em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, mostrou que a frequência de adultos que praticam atividade física suficiente no lazer foi baixa em todas as cidades, variando entre 10,5% em São Paulo e 21,5% no Distrito Federal, com maior prevalência no sexo masculino. Em Rio Branco, o percentual total foi de 14,7%, com 18% no sexo masculino e 11,7% no feminino.

As primeiras estimativas de sedentarismo realizadas no Brasil foram de um inquérito de base populacional realizado no Estado de São Paulo. Os autores encontraram uma prevalência de sedentarismo na população adulta de 69,3% no total, sendo que, no sexo feminino, essa prevalência foi de 80,2% e no sexo masculino, de 57,3%¹⁹.

Pitanga e Lessa (2005) observaram, em um estudo transversal realizado em Salvador com participantes do projeto Monitoramento das Doenças Cardiovasculares e do Diabetes no Brasil (MONIT), um alto percentual de sedentarismo no lazer entre as mulheres (82,7%) e entre os indivíduos com nível de escolaridade de 0 a 4 anos de estudo (82,7%), sendo que os indivíduos na faixa etária de 40 a 59 anos apresentaram maior prevalência de sedentarismo (79,4%)²⁰.

Já na região Sul do Brasil, Dias-da-Costa e col.²¹ mensuraram, em um estudo transversal, a prática de atividade física semanal de acordo com o gasto energético. Os achados mostraram uma prevalência de inatividade física de 80,7 % na população total de estudo.

2.3 Fatores relacionados à adesão à prática de atividade física

A adesão à prática da atividade física está ligada a diversos fatores, como: o conhecimento de seus benefícios, o acesso a lugares adequados para esta prática, a própria experiência com exercícios físicos, disponibilidade de tempo, automotivação, aconselhamento médico, gênero e nível socioeconômico^{1,22}.

Domingues e col.⁵, em um inquérito, observaram que a grande maioria da população reconhece a importância da prática de exercícios físicos, no entanto, apenas uma minoria considera os exercícios, como algo indispensável para os processos de crescimento e envelhecimento saudável. Entre os homens o conhecimento sobre exercício físico esteve

associado ao nível social, grau de escolaridade e índice de massa corporal (IMC), enquanto nas mulheres essa associação ocorreu com o nível social, grau de escolaridade, idade, cor da pele e situação conjugal. Os autores apontam para a existência de um maior conhecimento entre as mulheres, no entanto, sem que isso aumente o nível de atividade física.

Alves e col.²², em um estudo transversal realizado no estado do Pernambuco com estudantes universitários, observaram que a maioria dos estudantes considerados sedentários não possuía relatos de prática de exercícios físicos no período da adolescência.

2.4 Benefícios da prática de atividade física

O baixo gasto energético resultante das atividades físicas do cotidiano influencia no equilíbrio energético positivo, favorecendo o sobrepeso e a obesidade. Por outro lado, a prática regular de atividade física reduz o acúmulo de gordura e de peso corporal, melhorando a qualidade de vida e a percepção relacionada à saúde. Assim a prática regular de atividade física promove diversos benefícios para o indivíduo a curto, médio e longo prazos^{23,24}.

Tais benefícios, relacionados à prática regular de exercícios físicos, incluem: melhora da função cognitiva, dos transtornos de sono e do humor^{25, 26}; no período gestacional vantagens tanto para a saúde materna como para o feto²⁷; associação a maiores níveis de lipoproteína de alta densidade, importante fator de proteção para o desenvolvimento de síndrome metabólica⁴; efeitos positivos no tratamento da aterosclerose e da osteoporose; a redução da ansiedade; a melhora da resposta imunológica⁶; redução dos riscos de doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, diabetes tipo II, câncer de cólon e de mama, prevenção ou controle da hipertensão arterial e do peso corporal; e redução do comportamento de risco como uso de álcool, fumo, drogas, violência, aumentando a interação e integração social¹².

Esses benefícios são gerados por diversos mecanismos fisiológicos tais como o aumento na depleção da glicose¹², com melhora da sensibilidade insulínica, pelos tecidos periféricos, pelo aumento no número e atividade dos transportadores da glicose, tanto no tecido muscular como no adiposo⁴. Outro mecanismo bastante difundido é o da redução do risco de câncer de cólon pelos efeitos das prostaglandinas, reduzindo o trânsito intestinal e níveis mais elevados de substâncias antioxidantes¹².

No estudo de coorte NHANES I (*National Health and Nutrition Examination Survey*), os autores mostraram um aumento nas taxas de incidência de Acidente Vascular Encefálico (AVE) em homens e mulheres brancos com relatos de baixos níveis de atividade física, tanto no domínio de lazer como no ocupacional. Houve uma maior estimativa de risco de AVE em homens e mulheres brancos, com relatos de baixos níveis de atividade física de lazer, nas faixas etárias de 45 a 64 anos. No domínio ocupacional, o risco de AVE, em mulheres com baixo nível de atividade ocupacional, passa de 3,79 (IC 95% 1,82 – 7,87) para 1,18 (IC 95% 0,64 – 2,20), naquelas com moderado nível de atividade ocupacional. Baseado nesses dados, os autores defendem a prática de atividade física como benefício para a prevenção de AVC²⁸.

Em um estudo caso-controle, White, Jacobs e Dating avaliaram a relação entre atividade física - ocupacional e de lazer - e o câncer de cólon em homens e mulheres entre 30 e 62 anos. De acordo com os autores, a atividade física de lazer mostrou-se como fator de proteção para o câncer de cólon²⁹.

2.5 Políticas de promoção à saúde

A maioria das doenças está relacionada ao estilo de vida das pessoas e a seu ambiente físico e social, sendo que as escolhas individuais no estilo de vida são fortemente relacionadas aos hábitos e valores coletivos^{9,30}. O comportamento familiar, por exemplo, influencia a

prática de atividade física, estando na decisão dos pais a permissão para que os filhos pratiquem exercícios, dependendo do local da prática³¹. Por isso, ações efetivas de promoção de saúde precisam combinar estratégias dirigidas aos indivíduos e à coletividade. Sendo que uma mudança nesses fatores reduziria a incidência destas doenças, prevenindo o aparecimento e promovendo saúde⁹.

Já é sabido que uma ação primária para a promoção da saúde é a prática regular de exercícios físicos. Desta forma existem três pilares de atuação para o incentivo à atividade física que combinam as ações de: incentivo à prática de atividade física, difundindo informações e campanhas educativas; apoio com viabilização de espaços públicos adequados à prática regular de atividade física, tornando possível a adesão a esta prática; e medidas de proteção à saúde, impedindo que o indivíduo e a coletividade fiquem expostos a fatores e situações que estimulem a prática de hábitos não saudáveis⁹.

3. JUSTIFICATIVA

Com os dados epidemiológicos descritos acima, pode-se perceber que a prevalência nacional de inatividade física é alta, reafirmando a necessidade de políticas de intervenção. Dessa forma, o presente estudo pretende colaborar, disponibilizando dados da população local, para fundamentar a necessidade de uma intervenção intergestorial.

Por ser o presente estudo de base populacional, sua execução torna-se imprescindível, pela escassez de estudo deste tipo nesta população, possibilitando traçar um perfil da população fisicamente ativa, com prevalências e fatores associados. Assim, este estudo fornecerá informações importantes que poderão auxiliar gestores na melhor adequação das estratégias públicas de intervenção e criação de programas de incentivos e divulgação de um estilo ativo de vida.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência de atividade física e os fatores associados, na população adulta do município de Rio Branco, Acre.

4.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência de sedentarismo;
- Avaliar os fatores associados ao sedentarismo (acesso a locais adequados à prática de atividade física; gênero; faixa etária; grau de escolaridade; renda familiar; consumo de bebida alcoólica; quantidade de horas em frente à TV; índice de massa corporal (IMC); consumo de tabaco);
- Estimar a prevalência de atividade física de lazer;
- Avaliar os fatores associados à prática de atividade física de lazer (acesso a locais adequados à prática de atividade física; gênero; faixa etária; grau de escolaridade; renda familiar; consumo de bebida alcoólica; quantidade de horas em frente à TV; índice de massa corporal (IMC); consumo de tabaco).

5. ARTIGO 1

Sedentarismo em adultos: resultados de um inquérito populacional, no município de Rio Branco, Acre 2007-2008

Autores: Silva, R. M.*; Pinto, W.*; Koifman, R. J.; Muniz PT***

*** Departamento de Saúde e Desporto**

Universidade Federal do Acre - UFAC

****Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde**

Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

Introdução: O homem vem mudando seus hábitos pessoais, tornando suas horas de lazer e suas atividades laborais mais sedentárias, isso pode ser atribuído a diversos fatores, dentre estes as facilidades criadas pela modernidade. **Objetivo:** Identificar a prevalência de sedentarismo e os fatores associados na população adulta do município de Rio Branco, Acre.

Método: Trata-se de um inquérito populacional em saúde, realizado em adultos entre 18 e 65 anos de idade residentes no município de Rio Branco/Acre de 2007-2008, por meio da amostragem probabilística. Foi considerado indivíduo sedentário aquele que referiu inatividade física no lazer, no trabalho, no deslocamento para o trabalho e nas atividades domésticas. Os dados foram analisados no programa STATA v.10, e foi adotado o nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram entrevistadas 1.407 pessoas. A prevalência de sedentarismo foi de 38%, e, destes, as mulheres apresentaram maior prevalência de sedentarismo comparadas aos homens (31% vs 44%), aqueles com renda de mais de três salários mínimos tiveram uma razão de prevalência de 2,32 (IC1,86 – 2,91) maior comparados aos que possuem rendas inferiores a três salários mínimos. Os indivíduos que possuíam acima de nove anos de estudo tiveram maiores estimativas de risco para o sedentário do que aqueles com níveis de escolaridade inferiores. **Conclusão:** A prevalência de sedentarismo na população estudada foi alta e esteve associada a fatores como sexo feminino, à idade de 18 a 24 anos e de 56 a 65 anos e à condição socioeconômica.

Palavras-chave: inquérito, sedentarismo, fatores associados.

Sedentarismo em adultos: resultados de um inquérito populacional, no município de Rio Branco, Acre 2007-2008

5.1 Introdução

O sedentarismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública, estando ligado às doenças e aos agravos não transmissíveis (DANTs) como: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, coronariopatias, osteoporose e algumas localizações neoplásicas como cólon, mama e próstata^{1,2,3,4,5,6}.

Cada vez mais vem aumentando o acometimento por essas doenças, e isto se deve a um novo perfil de morbimortalidade que é resultado de três processos de transição. A transição demográfica que resulta principalmente no aumento da expectativa de vida. Transição epidemiológica relacionada às mudanças ocorridas ao longo do tempo nos padrões de morte e mortalidade. E por fim, a transição nutricional que, devido a mudanças nos hábitos alimentares e ao sedentarismo moderno, traz um aumento de sobrepeso e obesidade^{7,8}.

O Ministério da Saúde estima que são gastos cerca de R\$7,5 bilhões/ano com as DANTs. Um gasto muito elevado já que se trata de doenças de longa duração que demandam ações, procedimentos e serviços de saúde – tanto ambulatorial como de internação hospitalar. Sem contar os recursos que são repassados para os Estados e municípios para serem investidos na prevenção e controle dessas doenças. Daí a importância em se adotarem estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco, além de medidas de promoção, prevenção e controle dessas doenças⁷.

Estimativas nacionais revelam que, em 2004, as DANTs representavam 62,8% do total de mortes por causas conhecidas, com algumas séries históricas apontando para um aumento

progressivo deste acometimento nas últimas décadas. Sendo que a prática de atividade física é uma das formas de se prevenir ou melhorar o prognóstico dessas doenças⁹.

As primeiras estimativas de sedentarismo realizados no Brasil foram de um inquérito de base populacional, realizado no Estado de São Paulo, que apresentou uma prevalência de 69,3% de indivíduos sedentários na população total de adultos, sendo que no sexo feminino essa prevalência foi de 80,2% e no sexo masculino, de 57,3%¹⁰.

Os dados do último VIGITEL (2009)¹¹ apresentaram uma maior prevalência de sedentarismo entre os homens em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal. E, dentre estas capitais, a cidade com maior percentual foi Rio Branco com 35%.

Sendo o sedentarismo um dos grandes fatores para o surgimento das DANTs, é imprescindível destacar a importância da prática de atividade física como forma de prevenção e controle de tais doenças. Sendo que a atividade física pode ser definida como qualquer movimento que resulte num gasto de energia; enquanto o exercício físico é uma atividade planejada e estruturada com o intuito de promover aptidão física¹². Tanto uma como outra previnem as DANTs. Seja na forma de exercícios físicos planejados nas horas de lazer, ou em outras condições em que a movimentação corporal resulte num gasto energético como: atividade laboral, deslocamento para o trabalho e os afazeres domésticos¹³.

Assim, o presente artigo teve como objetivo identificar a prevalência de sedentarismo em seus diversos domínios (lazer, trabalho, atividades domésticas e deslocamento para o trabalho) e os fatores associados, na população adulta do município de Rio Branco, Acre.

5.2 Material e Métodos

5.2.1 Fonte de dados

Este estudo faz parte de um Inquérito de Base Populacional, “Saúde e nutrição em crianças e adultos no município de Rio Branco, Acre”, que foi realizado entre 2007 e 2008 e incluiu indivíduos acima de 18 anos de idade.

A amostra foi desenhada de forma a ser representativa da população adulta de Rio Branco. Utilizou-se amostra complexa em duas etapas de sorteio. A unidade amostral primária foi o setor censitário definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pelo último censo demográfico realizado em 2000, e as unidades secundárias de seleção foram os domicílios. Foram sorteados 35 setores, sendo 31 urbanos e 4 rurais.

Posteriormente foram feitas as seleções dos domicílios. O número de domicílio foi baseado no mapa dos setores censitários elaborado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2006. Em cada setor censitário, foram sorteados 25 domicílios.

Em cada domicílio sorteado entrevistaram-se todos os moradores adultos residentes do mesmo, o que fez com que a amostra tivesse uma estrutura por sexo e idade semelhante à população. O critério de inclusão no estudo foi a anuência à participação na pesquisa de todos os adultos que se encontravam no domicílio no momento da entrevista.

5.2.2 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, e todos os entrevistados assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido.

5.2.3 População de estudo

Foram entrevistados 1.516 indivíduos no inquérito. Porém 1.407 foram os indivíduos elegíveis para este estudo por estarem dentro da faixa etária de 18 a 65 anos, objetivo desta pesquisa.

5.2.4 Instrumento e coleta de dados

Para avaliar o nível de sedentarismo, os entrevistados responderam a um questionário que foi estruturado com base no Inquérito Nacional do Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). Foram feitas questões sobre a atividade física nos vários domínios, como: lazer, trabalho, deslocamento para o trabalho e afazeres domésticos.

5.2.5 Análise de dados

Para a análise dos dados, o indivíduo foi avaliado quanto ao sedentarismo, adotando os critérios estabelecidos pelo VIGITEL¹³, respeitando as recomendações da OMS¹⁴. Assim, foi considerado sedentário o indivíduo que apresentou completa condição de inatividade física ao informar que: 1) não praticava qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses; 2) não realizava esforços físicos intensos no trabalho (não andava muito, não carregava peso e não fazia outras atividades equivalentes em termos de esforço físico); 3) não se deslocava para o trabalho a pé ou de bicicleta; e 4) não era responsável pela limpeza pesada de sua casa.

Outras informações coletadas foram: sexo, idade, escolaridade, renda, consumo de álcool e tabaco, tempo assistindo à televisão e se tem próximo à residência locais adequados

para a prática de exercícios físicos. Também foram obtidas medidas de peso e altura para o cálculo do IMC.

Foi utilizado o pacote estatístico STATA v.10.0 que, por meio do módulo *Survey*, levando-se em consideração o desenho da amostra e as ponderações necessárias. Para verificar as variáveis associadas à inatividade física de lazer controlando potenciais confundidores, foi utilizada a regressão multivariada de Poisson. Foram adotados o nível de significância de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%.

5.3 Resultados

As características da amostra são apresentadas na Tabela 1. Do total de entrevistados, 1.407 pessoas, 609 (44%) eram do sexo masculino e 798 (56%), do sexo feminino, com uma maior frequência de idade na faixa etária de 25 a 35 anos. Entre os entrevistados, a renda familiar mais prevalente foi de menos de três salários mínimos, e o nível de escolaridade mais encontrado foi de 0 a oito anos de estudo.

Tabela 1- Descrição da amostra, segundo aspectos demográficos e condições de inatividade física. Rio Branco, Acre, 2008

Variáveis	N	Pr (%)
Sexo		
Masculino	609	44,1
Feminino	798	55,8
Faixa etária (anos)		
18-24 anos	368	26,2
25-35 anos	403	28,2
36-45 anos	297	20,0
46-55 anos	203	13,4
56-65 anos	136	12,1
Escolaridade (anos)		
12 e mais	243	15,8
9 a 11	550	34,9
0 a 8	609	49,2
Renda		
Mais de 3 sm	245	16,0
Menos de 3 sm	707	53,1
não possui renda	429	30,8
Estado civil		
Solteiro	501	34,0
Casado/juntado	777	56,7
Viúv/separad/divorc	129	9,2
Sedentarismo		
Sim	551	38,4
Não	856	61,6
Total	1407	100

As prevalências do sedentarismo, nas diversas variáveis analisadas estratificadas pelo sexo, são apresentadas na Tabela 2. Em relação à variável idade, entre os homens houve uma maior estimativa de risco para o sedentarismo na faixa etária de 18 a 24 anos e de 36 a 45 anos; e entre as mulheres observou-se um aumento na prevalência de sedentarismo nos estratos de 18 a 24 anos e de 56 a 65 anos. Para a variável escolaridade, o maior percentual de sedentarismo foi observado entre aqueles que possuíam acima de nove anos de estudo. Com uma estimativa de risco, estatisticamente significativa, os indivíduos com 12 anos ou mais de

estudo tiveram uma estimativa de risco 56% maior de ser inativo comparados àqueles com 0 a oito anos de estudo. Quanto à percepção de saúde, os indivíduos de ambos os sexos, com uma percepção ruim de saúde, apresentaram uma maior estimativa de risco para o sedentarismo comparado àqueles com excelente percepção de saúde.

Tabela 2: Prevalência do sedentarismo por fatores associados e estratificados por sexo. Rio Branco, Acre, 2008

Variáveis	Total n (%)	Masculino			Feminino		
		n (%)	RP	IC (95%)	n (%)	RP	IC (95%)
Idade							
18-24 anos	162 (43,5)	62 (33,1)	1,49	1,08 -2,07	100(53,3)	1,43	1,12 – 1,83
25-35 anos	143 (32,2)	44 (22,1)	1,00	-	99 (40)	1,07	0,77 – 1,48
36-45 anos	115 (39,5)	46 (40,8)	1,84	1,32 -2,56	69 (38,6)	1,03	0,75 – 1,42
46-55 anos	68 (35,0)	26 (31,5)	1,42	0,94- 2,15	42 (37,2)	1,00	-
56-65 anos	63 (43,5)	22 (31,2)	1,41	0,86- 2,32	41 (54,9)	1,47	1,17 – 1,85
Escolaridade							
0 a 8	223 (35,7)	75 (24,2)	1,00	-	148 (45,4)	1,17	0,85 – 1,59
9 a 11	229 (42,1)	85 (38,4)	1,58	0,98- 2,55	144 (44,9)	1,15	0,85 – 1,54
12 e mais	97 (38,4)	40 (37,9)	1,56	1,03- 2,36	57 (38,7)	1,00	-
Estado civil							
Solteiro	191 (35,8)	71 (30,6)	1,00	-	120 (40)	1,12	0,81 – 1,56
Casado/juntado orc	310 (40,3)	118 (30,9)	1,00	0,71- 1,42	192 (48)	1,33	0,95 – 1,86
Viúv/separad/div	50 (35,9)	11 (35,8)	1,16	0,71-1,90	39 (36)	1,00	-
Percep de saúde							
Excelente	54 (33,2)	28 (29,6)	1,00	-	26 (39,0)	1,00	-
Bom	264 (36,9)	94 (27,5)	0,92	0,61- 1,38	170 (45,5)	1,16	0,84 – 1,60
Regular	192 (38,9)	67 (35,3)	1,19	0,73- 1,93	125 (40,9)	1,04	0,73 – 1,48
Ruim	41 (55,2)	11 (47,6)	1,60	1,09 -2,36	30 (58,8)	1,50	1,02 – 2,21

A Tabela 3 apresenta a razão de prevalência bruta e ajustada de sedentarismo nas diferentes variáveis analisadas. As mulheres apresentaram uma maior estimativa de risco ao sedentarismo que os homens, tanto na análise bruta, quanto na ajustada. A faixa etária com maiores estimativas de risco para o sedentarismo foi de 18 a 24 anos e de 56 a 65 anos, RP 1,38 (IC 1,11 – 1,73) e 1,38 (IC 1,05 – 1,82), respectivamente, ajustados por sexo, idade e renda. Os indivíduos que não possuíam renda ou que tinham uma renda superior a três salários mínimos apresentaram uma maior prevalência de sedentarismo comparado àqueles com renda inferior a três salários mínimos.

Os indivíduos que não trabalhavam apresentaram uma maior estimativa de risco 3,10 (IC 2,46 – 3,89) ao sedentarismo comparado aos que trabalhavam. Tanto na análise bruta quanto na ajustada.

Tabela 3: Prevalência e Razão de prevalência bruta e ajustada e seus respectivos intervalos de confiança (IC) nas variáveis associadas ao sedentarismo

Variáveis	Sedentarismo n (Pr%)	RP (bruta)	IC (95%)	RP (ajustada)*	IC (95%)
Sexo					
Masculino	200 (31,07)	1,00	-	1,00	-
Feminino	351 (44,16)	1,42	1,11- 1,82	1,45	1,12 – 1,87
Assistir à TV (todo dia)					
Não	129 (37,83)	1,00	-	1,00	-
Sim	422 (38,58)	1,01	0,86 – 1,19	1,02	0,87 – 1,19
Acesso a locais adequados					
Sim	343 (37,38)	1,00	-	1,00	-
Não	208 (39,87)	1,06	0,81 – 1,38	1,06	0,82 – 1,37
Idade					
18-24 anos	162 (43,5)	1,34	1,06 – 1,70	1,38	1,11 – 1,73
25-35 anos	143 (32,24)	1,00	-	1,00	-
36-45 anos	115 (39,49)	1,22	0,97 – 1,53	1,22	0,97 – 1,54
46-55 anos	68 (35,01)	1,08	0,80 – 1,46	1,07	0,80 – 1,44
56-65 anos	63 (43,53)	1,35	1,02 – 1,78	1,38	1,05 – 1,82
IMC					
Peso normal	289 (37,44)	1,00	-	1,00	-
Excesso de peso	260 (39,47)	1,07	0,93 – 1,24	1,06	0,95 – 1,18
Renda					
Não possui renda	242 (59)	1,74	1,42 – 2,13	1,77	1,39 – 2,26
Menos de 3 sm	191 (25,3)	1,00	-	1,00	-
Mais de 3 sm	109(44,1)	2,32	1,86 – 2,91	2,29	1,75 – 2,99
Estado civil					
Solteiro	191 (35,77)	1,00	-	1,00	-
Casado/vive c/ companheiro	310 (40,34)	1,12	0,94 – 1,34	1,19	1,00 – 1,42
Viúv/separad/divorc	50 (35,95)	1,00	0,76 – 1,32	0,97	0,72 – 1,32
Escolaridade					
0 a 8	223 (35,69)	1,00	-	1,00	-
9 a 11	229 (42,15)	1,18	0,99 – 1,40	1,07	0,89 – 1,29
12 e mais	97 (38,4)	1,07	0,85 – 1,35	0,91	0,72 - 1,17
Trabalho					
Sim	208 (22,78)	1,00	-	1,00	-
Não	343 (59,63)	2,61	2,05 – 3,33	2,56	1,97 – 3,31
Percepção de saúde					
Excelente	54 (33,21)	1,00	-	1,00	-
Bom	264 (36,91)	1,11	0,83 – 1,47	1,07	0,81 – 1,42
Regular	192 (38,87)	1,17	0,88 – 1,54	1,15	0,80 – 1,45
Ruim	41 (55,2)	1,66	1,26 – 2,19	1,66	1,15 – 2,02
Limitação nas AVDs					
Não	470 (37,01)	1,00	-	1,00	-
Sim	81 (46,34)	1,25	0,99 – 1,57	1,23	0,99 – 1,52

*As variáveis foram ajustadas por sexo, idade e renda pessoal.

Na Tabela 4 é apresentado o modelo final de regressão multivariada de Poisson que pode explicar as variáveis associadas ao sedentarismo. Assim os indivíduos que não trabalhavam apresentaram uma estimativa de risco 3,03 em relação aos que trabalhavam, tirando o efeito da renda pessoal e da percepção de saúde.

Tabela 4: Modelo de Regressão Multivariada de Poisson

Variável	RP ajustada*	
	RP	95%IC
Trabalho		
Sim	1,00	
Não	3,03	2,44 – 3,77
Renda		
Não possui renda	1,11	0,91 – 1,35
Menos de 3 sm	1,00	
Mais de 3 sm	2,21	1,67 – 2,91
Percepção de saúde		
Excelente	1,00	
Bom	1,14	0,88 – 1,46
Regular	1,09	0,84 – 1,41
Ruim	1,51	1,19 – 1,91

*Razão de Prevalência ajustada por trabalho, renda e percepção de saúde.

A Figura 1 apresenta a prevalência de sedentarismo, segundo os domínios do lazer, ocupação, transporte e limpeza doméstica, por sexo.

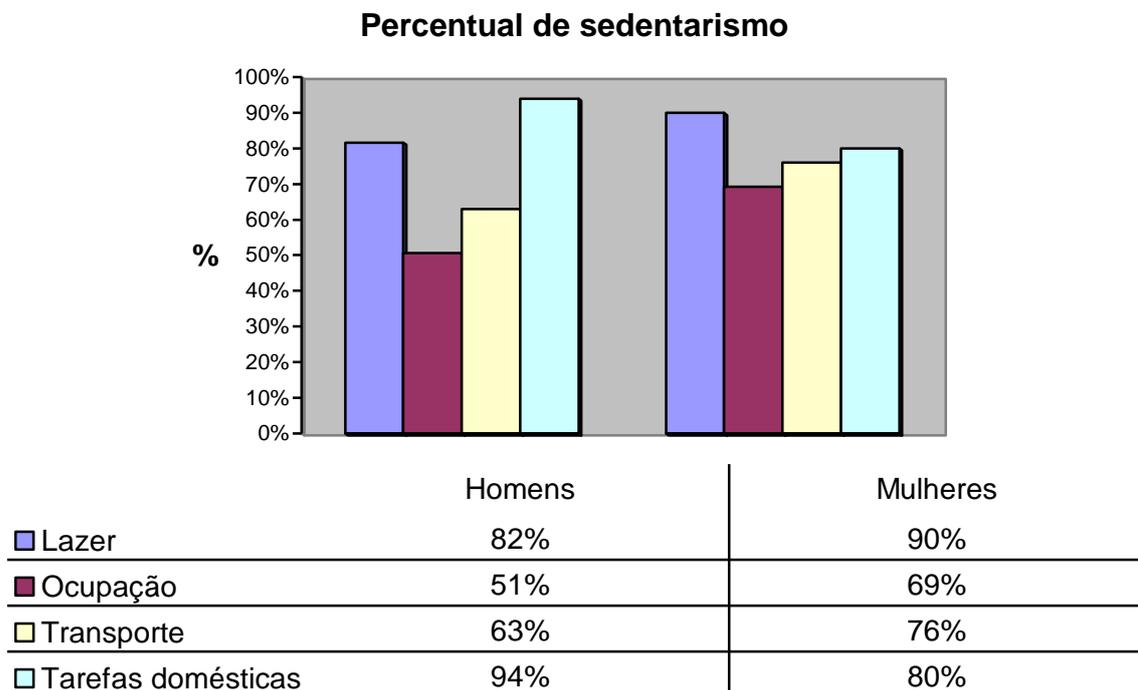


Figura 1-Percentual de sedentarismo, segundo os domínios do lazer, ocupação, transporte e limpeza doméstica, por sexo. Rio Branco, Acre 2008.

5.4 Discussão

O inquérito que originou os dados do presente estudo obteve um número pequeno de recusas (4,6%) e um número um pouco maior de indivíduos que não responderam a todo o questionário de 236 (13,5%). Porém, o número final de indivíduos entrevistados reproduziu a estrutura populacional do município de Rio Branco, o que permite as conclusões realizadas neste estudo.

A falta de estudos que adotem os mesmos padrões e instrumentos utilizados neste trabalho para mensuração do sedentarismo dificulta a comparação dos achados. O instrumento adotado neste estudo leva em consideração a inatividade física em vários domínios: lazer, ocupação, deslocamento e tarefas domésticas; enquanto a grande maioria dos estudos leva em consideração a inatividade física, apenas no âmbito do lazer. O questionário utilizado foi estruturado com bases no inquérito do VIGITEL, aplicado nas capitais brasileiras e Distrito Federal, para controle e monitoramento das DANTs.

A prevalência de sedentarismo na população estudada foi cerca de 40% superior às prevalências apresentadas pelo inquérito do VIGITEL no mesmo ano (28%) e nos outros anos - 30,9%, em 2006, e 35%, em 2008. No entanto, no Inquérito Domiciliar realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, observou-se que a prevalência de indivíduos insuficientemente ativos em algumas regiões do país foi similar à encontrada nesta população. Assim Manaus apresentou uma prevalência de 37,8%, Belo Horizonte, 39,3% e João Pessoa com o maior percentual de indivíduos insuficientemente ativo, 54,5%¹⁵.

Podemos perceber, pela variável renda e possuir trabalho, a interferência da atividade ocupacional na inatividade física. Sendo que os indivíduos que não possuem renda apresentam maior estimativa de risco para a inatividade por não realizarem nenhuma

atividade laboral; e aqueles com renda superior a três salários mínimos, aqueles que apresentam maiores estimativas de risco RP 2,32 (IC 1,86-2,91) parecem estar mais expostos às atividades ocupacionais sedentárias.

As mulheres apresentaram maiores percentuais de sedentarismo em, praticamente, todos os domínios avaliados, exceto nas tarefas domésticas. No caso do domínio ocupação, devemos atentar para o fato de que são os homens os responsáveis pelo “trabalho pesado”, em nossa sociedade. Trabalhos que exigem muita movimentação e força física são executados por homens e não por mulheres. Hoje a mulher entra no mercado de trabalho, principalmente, com o componente intelectual, e são elas as mais interessadas pelas atividades intelectuais.

Gomes e col. (2001)¹⁶, em um inquérito domiciliar realizado no Rio de Janeiro, observaram que 77% das mulheres nunca realizam nenhuma atividade de lazer, contra 59% dos homens. Os autores perceberam também que aqueles que possuem atividade ocupacional leve ou não possuem ocupação tendem a apresentar uma maior atividade de lazer do que aqueles com atividade ocupacional moderada ou pesada.

Na população estudada, foi encontrado um percentual de sedentarismo de 31% nos homens e 44% nas mulheres, com uma estimativa de risco ao sedentarismo, para elas, 42% maior em relação aos homens.

Podemos perceber, portanto, que os achados apresentaram consistência com aqueles descritos por outros autores em estudos transversais, realizados na mesma localidade, como o VIGITEL, e em outras localidades no mesmo período.

5.5 Conclusão

A população estudada apresentou uma alta prevalência de sedentarismo, e este é um dado preocupante, já que os critérios adotados, nesta pesquisa, levaram em consideração as atividades desenvolvidas em todos os domínios (lazer, ocupacional, locomoção e afazeres domésticos). Assim, os números traduzem um grande percentual da população que se encontra em completa condição de inatividade física.

Compreendendo que a atividade física é de grande importância para o controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, assim como, para a promoção de saúde e qualidade de vida, fica clara a importância de implementar políticas públicas de incentivo à atividade física em todos os domínios, lazer, trabalho e locomoção.

É importante conscientizar o indivíduo quanto à responsabilidade pessoal com a sua saúde e seu bem-estar. E quanto ao uso da atividade física como forma de prevenir doenças e promover saúde.

5.6 Referência Bibliográficas

1. Domingues MR, Araújo CLP, Gigante DP. *Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil*. Cad. Saúde Pública 2004; 20(1): 204-215.
2. Glaner MF. *Importância da aptidão física relacionada à saúde*. Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano 2003; 5(2): 75-85.
3. Ferreira MS, Najjar AL. *Programas e campanhas de promoção da atividade física*. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(sup): 207-219.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Promoção de Atividade Física “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida*. Rev. Saúde Pública 2002; 36: 254-6.
5. Le Marchand L, Kolonel LN, Yoshizawa CN. *Lifetime occupational physical activity and prostate cancer risk*. Am J Epidemiol 1991; 133:103-11.
6. Lee IM, Paffenbarger RS, Hsieh Jr. CC. *Physical activity and risk of prostatic cancer among college alumni*. Am J Epidemiol 1992; 135: 169-79.
7. Malta DC, Morais Neto OL, Cezário AC, Silva JR JB, Moura L. *A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde*. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2006; 15(1): 47-65

-
8. Brasil. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis- DCNT- no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. *Obesidade*. Brasília, 2006 (Série Cadernos de Atenção Básica; n.12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
 10. Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR, Oliveira ZMA, Oliveira MB, Vasconcellos C, Aventurete LVO, Moncau JEC, Ramos LR. *Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: Inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares*. *Rev. Saúde*. 1990; 24(4): 277-85.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL 2008*. Brasília, 2009
 12. Caspersen CJ, Powell KE, Chistenson GM. *Physical Activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*. Public Health Report 1985; 100:126-31.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL 2006*. Brasília, 2007.

14. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical activity*. Disponível em: <AD.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html>. Acesso em: 08 set. 2008.

15. Brasil. Ministério da Saúde e Instituto Nacional do 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: INCA, 2004.

16. Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. *Atividade física em amostra probabilística da população do município do Rio de Janeiro*. Cad. Saúde Pública 2001; 17(4): 969-76

6. ARTIGO 2

Prevalência de atividade física de lazer e fatores associados na população adulta de 18 a 65 anos, no município de Rio Branco, Acre 2007-2008

Autores: Silva, R. M.*; Pinto, W.*; Koifman, R. J.; Muniz, PT***

*** Departamento de Saúde e Desporto**

Universidade Federal do Acre - UFAC

****Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde**

Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

Introdução: O sedentarismo é visto como um importante problema de saúde pública, estando relacionado às doenças e aos agravos não transmissíveis. A prática de atividade física de lazer tem sido associada à redução desses riscos para a saúde. **Objetivo:** Identificar a prevalência da prática de atividade física de lazer e fatores associados na população adulta. **Método:** Trata-se de um inquérito populacional em saúde, realizado em adultos entre 18 e 65 anos de idade residentes no município de Rio Branco/Acre, por meio da amostragem probabilística. Os dados foram analisados no programa STATA v.10, e foi adotado o nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram entrevistadas 1.407 pessoas, 44% do sexo masculino e 56% do sexo feminino. Dos entrevistados apenas 13,8% da população referiu praticar exercícios físicos nas horas de lazer. Entre as mulheres 10% foram consideradas ativas e entre os homens 18%. Os fatores que estiveram associados à atividade física na hora de lazer foram o sexo, escolaridade, acesso a locais adequados a prática de exercícios físicos e a idades. **Conclusões:** Uma baixa porcentagem da população do município de Rio Branco pratica exercícios físicos nas horas de lazer, sendo que as mulheres, o grupo de maior faixa etária, os de baixa escolaridade, os fumantes diários e aqueles que não possuem acesso a locais destinado à prática de exercícios apresentam maior estimativa de risco para a inatividade física na hora do lazer.

Palavras-chave: inquérito, atividade física de lazer, fatores associados.

Prevalência de atividade física de lazer e fatores associados na população adulta de 18 a 65 anos, no município de Rio Branco, Acre 2007-2008

6.1 Introdução

A prática regular de exercícios físicos, nas horas de lazer, traz inúmeros benefícios para a saúde que, de acordo com Macedo e col.¹, refletem diretamente na melhora da qualidade de vida do indivíduo. São muitos os benefícios apontados por diversos autores, tais como: mudança na composição corporal e melhora da força em pacientes portadores de câncer de mama sob tratamento médico²; melhora da função cognitiva³; no período gestacional traz benefícios como: redução dos riscos de diabetes gestacional, manutenção do condicionamento físico dentre outros⁴; melhora nos níveis de lipoproteína de alta densidade, importante fator de proteção para o desenvolvimento da síndrome metabólica⁵; auxilia no tratamento da aterosclerose, osteoporose, ansiedade, e na melhora da resposta imunológica⁶; reduz os riscos de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, diabetes tipo II, câncer de cólon e de mama, prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica⁷.

Tais benefícios têm uma ligação direta com a prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, coronariopatias, osteoporose e algumas localizações neoplásicas como cólon, mama e próstata^{8,9,6,10,11}.

A OMS recomenda a prática de atividades físicas de intensidade leve ou moderada diariamente ou na maior parte dos dias da semana, sendo que, para a prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e determinadas localizações neoplásicas, a recomendação é de pelo menos 30 minutos. Para o controle do peso, é preconizada a realização de pelo menos 60 minutos diários de atividade física. Essas atividades podem ser praticadas de forma contínua (30 ou 60 minutos seguidos) ou acumuladas ao longo do dia. A quantidade mínima de

exercícios físicos, necessários para a promoção e manutenção da saúde do adulto recomendada pela WHO, é 30 minutos de atividade física de intensidade moderada 5 dias por semana; ou 20 minutos de atividade física de intensidade vigorosa 3 dias por semana; ou uma combinação de atividade física de intensidade moderada/vigorosa e 8-10 exercícios de fortalecimento muscular pelo menos 2 dias por semana¹².

É importante destacar a diferença entre a atividade física e o exercício físico. A atividade física é definida como qualquer movimento que resulte num gasto energético, enquanto o exercício físico exige um planejamento e estruturação da atividade com o intuito de promover aptidão física¹³. Tanto uma como o outro podem ser aplicados na prevenção das DANTS¹⁴.

A prevalência de exercício físico de lazer ou de atividade física de lazer tem-se mostrado associada ao gênero, à renda familiar, à escolaridade e à faixa etária, observando-se uma menor prevalência entre os indivíduos do sexo feminino, baixa renda e com baixos níveis de escolaridade^{15,16}.

O inquérito de base populacional por telefone em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, VIGITEL (2008), mostrou que a proporção de adultos que praticavam atividade física suficiente no lazer variou entre 12,1% em São Paulo e 21,5% em Palmas, sendo que as prevalências mais elevadas foram observadas no sexo masculino. No município de Rio Branco, a estimativa da prevalência global na população foi de 15,3%, variando de 20,8% no sexo masculino e 10,2% no feminino¹⁷.

Em um contexto de escassez de dados de base populacional em Rio Branco, foi delineado inquérito denominado “Saúde e nutrição de crianças e adultos de Rio Branco – Acre”, realizado entre os anos de 2007 e 2008, sendo a atividade física um dos aspectos investigados. A partir dos dados provenientes e gerados nessa pesquisa, foi desenvolvido o

presente estudo que tem por objetivos estimar a prevalência de atividade física de lazer na população adulta do município de Rio Branco e avaliar os fatores a ela associados.

6.2 Material e Método

6.2.1 Fonte de dados

A pesquisa que originou os dados do presente estudo foi o inquérito de base populacional, “Saúde e nutrição em crianças e adultos no município de Rio Branco, Acre”, realizado entre 2007 e 2008. O inquérito referente à população de indivíduos maiores de 18 anos foi selecionado a partir de uma amostra complexa em duas etapas de sorteio, desenhada de forma a ser representativa da população adulta de Rio Branco. A unidade amostral primária foi o setor censitário definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no último censo demográfico realizado em 2000, e as unidades secundárias de seleção foram os domicílios. Foram sorteados 35 setores, sendo 31 urbanos e 4 rurais e, posteriormente, foi feita a seleção dos domicílios com base no mapa dos setores censitários elaborado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2006. Em cada setor censitário foram sorteados 25 domicílios. Em cada domicílio sorteado, eram entrevistados todos os moradores adultos residentes do mesmo, o que fez com que a amostra tivesse uma estrutura por sexo e idade semelhante à população. O critério de inclusão no estudo foi a anuência à participação da pesquisa de todos adultos que se encontravam no domicílio no momento da entrevista. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, e todos os entrevistados assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido.

A população maior de 18 anos entrevistada no inquérito foi de 1.516 indivíduos e em nosso estudo 1.407 de 18 a 65 anos foram incluídos por estarem dentro da faixa etária elegível nesta pesquisa.

6.2.2 Instrumento e coleta de dados

Para avaliar o nível de atividade física de lazer, os entrevistados responderam a um questionário que foi estruturado com base no Inquérito Nacional - Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). Foram levantadas questões sobre a prática de atividade física de lazer nos últimos três meses, a frequência semanal praticada, a duração diária e os tipos de exercícios físicos praticados.

6.2.3 Análise de dados

Na análise dos dados, foi avaliado se o entrevistado tinha praticado exercícios físicos nos últimos três meses, dentro da recomendação da WHO que define como indivíduo ativo aquele que: realiza 30 minutos de atividade física de intensidade moderada 5 dias por semana; ou 20 minutos de atividade física de intensidade vigorosa 3 dias por semana; ou combinação de atividade física de intensidade moderada/vigorosa e 8-10 exercícios de fortalecimento muscular pelo menos 2 dias por semana. Esta variável foi definida como dependente.

Outras variáveis consideradas independentes neste estudo foram: sexo, idade, escolaridade, renda, consumo de álcool e tabaco, tempo assistindo à televisão, e se tem, próximo à residência, acesso a locais adequados para a prática de exercícios. Também foram obtidas medidas de peso e altura para o cálculo do IMC.

Para análise estatística, foi utilizado o pacote STATA 10.0, por meio do módulo Survey, levando-se em conta o desenho da amostra e as ponderações necessárias. Para verificar as variáveis associadas à atividade física de lazer controlando potenciais confundidores, foi utilizada a regressão multivariada de Poisson. Foram adotados o nível de significância de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%.

6.3 Resultados

Dos 1.407 entrevistados, 609 (43,1%) eram do sexo masculino e 798 (55,9%), do sexo feminino, e com a faixa etária de maior percentual de 25 a 35 anos. Entre os participantes, o nível de escolaridade mais prevalente foi de 0 a oito anos de estudo (49,2%), e com renda salarial de menos de três salários mínimos (53,1%), e de estado civil casado/vivendo com companheiro (56,7%). A prevalência global de prática de exercícios físicos no lazer foi de 13,8% (Tabela 1).

Tabela 01: Descrição da amostra, segundo aspectos demográficos e prática de atividade física de lazer. Rio Branco, Acre, 2008

Variáveis	N	Pr (%)
Sexo		
Masculino	609	44,1
Feminino	798	55,9
Faixa etária (anos)		
18-24 anos	368	26,2
25-35 anos	403	28,2
36-45 anos	297	20,0
46-55 anos	203	13,4
56-65 anos	136	12,1
Escolaridade (anos)		
12 e mais	243	15,8
9 a 11	550	34,9
0 a 8	609	49,2
Renda		
Mais de 3 sm	245	16,0
Menos de 3 sm	707	53,1
Não possui renda	429	30,8
Estado civil		
Solteiro	501	34,0
Casado/vive c/ companheiro	777	56,7
Viúv/separad/divorc	129	9,2
Atividade Física de lazer		
Sim	201	13,8
Não	1,205	86,2
Total	1407	100

Quanto à distribuição etária, o sexo feminino não apresentou uma estimativa de risco, entre os estratos, estatisticamente significativo. Já o sexo masculino apresentou uma maior prevalência de atividade de lazer na faixa etária de 18 a 24 anos, com uma estimativa de risco, para a faixa etária de 56 a 65 anos, para inatividade física na hora do lazer de RP 1,36 (IC 1,12 – 1,64) comparado aos indivíduos de 18 a 24 anos. A variável escolaridade apresentou, entre os homens, no estrato de 0 a oito anos de estudo uma estimativa de risco para inatividade no lazer de 1,34 (IC 1,12 – 1,61) comparado aos indivíduos com 12 ou mais anos

de estudo. No sexo feminino, esta estimativa de risco teve um aumento gradual, de 1,14 (IC 1,01-1,28) para 1,18 (IC 1,05-1,33), à medida que diminuíam os anos de estudo (Tabela 2).

Tabela 2: Prevalência de atividade física de lazer por fatores associados e estratificados por sexo. Rio Branco, Acre, 2008

Variáveis	Total n (%)	Masculino			Feminino		
		n (%)	RP	IC (95%)	N (%)	RP	IC (95%)
Idade							
18-24 anos	74 (19,4)	54 (29,6)	1,00	-	20 (9,6)	1,02	0,95 - 1,11
25-35 anos	59 (15,7)	39 (24,3)	1,07	0,85 - 1,35	20 (9,2)	1,03	0,93 - 1,13
36-45 anos	29 (9,9)	11 (6,8)	1,32	1,08 - 1,61	18 (12)	1,00	0,91 - 1,09
46-55 anos	27 (12)	11 (11,9)	1,25	1,00 - 1,56	16 (12,2)	1,00	-
56-65 anos	12 (5,5)	5 (4,3)	1,36	1,12 - 1,64	7 (6,6)	1,06	0,99 - 1,13
Escolaridade							
12 e mais	61 (25,8)	32 (32)	1,00	-	29 (21,1)	1,00	-
9 a 11	93 (17,5)	63 (27,5)	1,06	0,83 - 1,35	30 (10)	1,14	1,01 - 1,28
0 a 8	47 (7,4)	25 (8,5)	1,34	1,12 - 1,61	22 (6,4)	1,18	1,05 - 1,33
Estado civil							
Solteiro	182 (34,3)	120 (46,8)	1,00	-	62 (22,7)	1,00	-
Casado/c/ companh	213 (24,3)	138 (34,2)	1,23	0,94 - 1,60	75 (16)	1,08	0,96 - 1,21
Viúv/separad/divorc	27 (18,7)	6 (22)	1,46	1,17 - 1,82	21 (17,6)	1,06	0,96 - 1,17
Percep de saúde							
Excelente	87 (46)	62 (51,3)	1,00	-	25 (37,5)	1,00	-
Bom	217 (31,5)	142 (44,2)	1,14	0,88 - 1,48	75 (19,9)	1,28	1,04 - 1,57
Regular	103 (18,4)	54 (25,3)	1,53	1,11 - 2,12	49 (14,5)	1,36	1,10 - 1,69
Ruim	14 (11,3)	6 (14,1)	1,76	1,31 - 2,36	8 (9,9)	1,44	1,12 - 1,84

A prevalência de atividade de lazer no sexo masculino foi maior que no sexo feminino, sendo que o sexo masculino pratica exercícios do tipo vigoroso, como futebol e musculação, enquanto o sexo feminino apresenta uma distribuição, basicamente, igual entre os tipos de intensidade de exercício (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição da amostra entre os sexos e faixas etárias, segundo a intensidade do exercício praticado no lazer. Rio Branco, Acre, 2008

Faixa etária (anos)	Atividade de lazer					
	Homens n (Pr %)			Mulheres n (Pr%)		
	Ativo	Moderado	Vigoroso	Ativo	Moderado	Vigoroso
18-24	54 (29,6)	3 (4)	51 (95)	20 (9,6)	6 (30)	14 (69)
25-35	39 (24,3)	1 (2)	38 (98)	20 (9,1)	9 (42)	11 (57)
36-45	11 (6,8)	1 (9)	10 (90)	18 (12)	9 (58)	9 (41)
46-55	11 (11,8)	6 (59)	5 (40)	16 (12)	8 (48)	51 (8)
56-65	5 (4,2)	2 (30)	3 (69)	7 (6,7)	5 (67)	2 (32)
Total	120 (18,5)*	13 (8,8)	107 (91)[§]	81 (10)[†]	37 (46)	44 (53)[‡]

*p > 0,000 de homens ativos no lazer de acordo com a faixa etária

§p > 0,000 prática de exercícios no sexo masculino de intensidade moderados e vigorosos

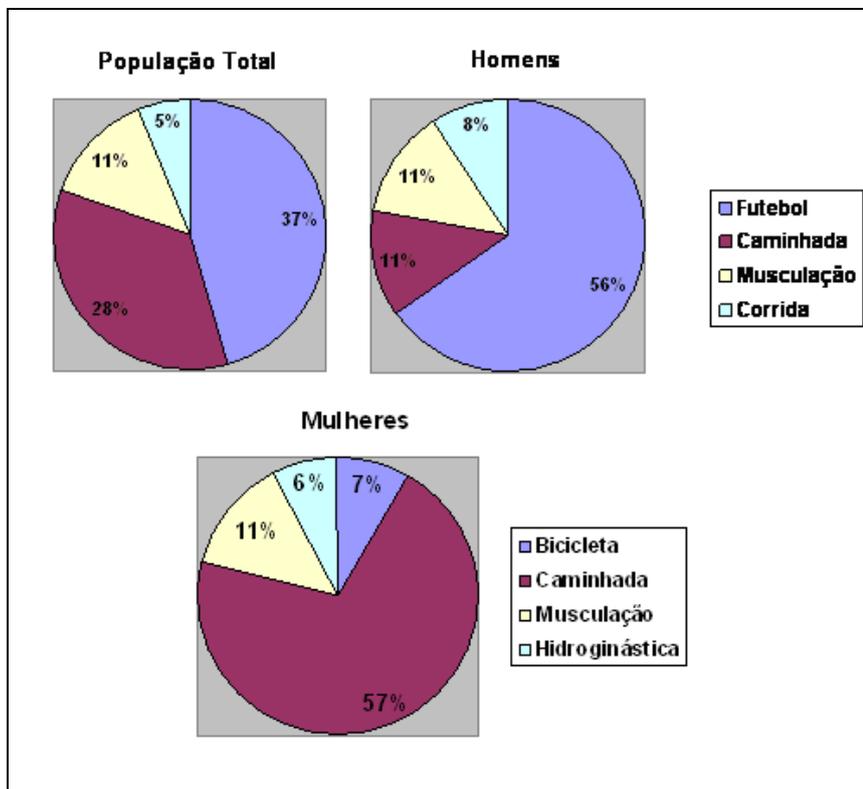
†p = 0,66 indivíduos ativos do sexo feminino de acordo com a idade

‡p = 0,36 da prática de exercícios, entre o sexo feminino, de intensidade moderado e vigoroso.

A Figura 1 apresenta os percentuais de ativos no lazer, por sexo, segundo a modalidade do exercício praticado. De acordo com os resultados, as mulheres optam por modalidade de exercícios de intensidade moderada, como as caminhadas, por exemplo;

enquanto os homens praticam mais o futebol que é uma modalidade de exercício de intensidade vigorosa.

Figura 1: Percentual de ativos no lazer, por sexo, segundo a modalidade do exercício, Rio Branco, Acre 2008.



A Tabela 4 apresenta a frequência de indivíduos que praticam atividade física de lazer e os fatores associados. Na variável percepção de saúde, tanto homens como mulheres apresentaram um aumento da estimativa de risco, com significância estatística, à medida que a percepção de saúde piorava. Para aqueles que consideravam o seu estado de saúde excelente, a prevalência de indivíduos ativos foi de 25,8%, e a menor prevalência de 5,4% foi encontrada entre os que consideravam sua saúde ruim.

A frequência de ativos no lazer aumenta com os anos de escolaridade, apresentando 7,4% entre os que possuem 0 a oito anos de escolaridade e chegando a 25,8% nos com 12 ou mais anos de estudo. Quanto à distribuição da renda familiar, a maior prevalência de ativos foi encontrada entre os indivíduos que possuíam mais de três salários mínimos (20,3%) e entre os

indivíduos que não possuíam renda alguma (13,5%). Com uma RP ajustada de 1,12 (IC 1,05-1,20) para os com menos de três salários mínimos, e RP de 1,11 (IC 1,02 – 1,20) para aqueles que não possuíam renda.

Quanto ao estado civil, os solteiros foram os que mais relatam prática de exercícios físicos (20%), e os viúvos, separados e divorciados apresentaram uma menor prevalência de indivíduos ativos (8,3%).

Os indivíduos que possuíam acesso a locais adequados para a prática de exercícios físicos apresentaram uma maior prevalência de atividade física (17,8%) comparados com aqueles que não possuíam acesso a estes locais (7,7%). Com uma estimativa de risco para inatividade física no lazer de 1,11 (IC 1,06 – 1,15) ajustado pela variável sexo e idade.

A prática de exercícios físicos nas horas de lazer apresentou uma associação estatisticamente significativa com as variáveis sexo, acesso a lugares adequados para a prática de exercícios, consumo de tabaco diariamente, idade, renda familiar, estado civil, nível de escolaridade, possuir alguma atividade ocupacional ou não, a sua percepção de saúde e se possuía alguma limitação para realizar atividades de vida diária.

Tabela 4: Razão de prevalência bruta e intervalo de confiança das variáveis associadas à atividade física de lazer

Variáveis	Atividade de lazer				
	Ativo n (Pr%)	RP (bruta)	IC (95%)	RP (ajustada)	IC (95%)
Sexo					
Masculino	120 (18,4)	1,00		1,00	
Feminino	81 (10)	1,10	1,04 - 1,16	1,10	1,04 - 1,16
Idade					
18-24 anos	74 (19,3)	1,00		1,00	
25-35 anos	59 (15,7)	1,04	0,95 - 1,14	1,03	0,94 - 1,14
36-45 anos	29(9,9)	1,11	0,99 - 1,25	1,10	0,99 - 1,23
46-55 anos	27 (12)	1,09	0,98 - 1,21	1,07	0,97 - 1,20
56-65 anos	12 (5,5)	1,17	1,09 - 1,25	1,17	1,08 - 1,26
Assistir à TV (todo dia)					
Não	46 (11,8)	1,00		1,00	
Sim	155 (14,4)	0,97	0,92 - 1,01	0,97	0,93 - 1,01
Bebida alcoólica					
não	111 (10,9)	1,00		1,00	
Sim	90 (20,1)	0,89	0,84 - 0,95	0,92	0,87 - 0,99
Acesso a locais adequados					
Sim	154 (17,8)	1,00		1,00	
Não	47 (7,7)	1,12	1,07 - 1,17	1,11	1,06 - 1,15
Consumo tabaco					
Não fuma	182 (15)	1,00		1,00	
Fuma ocasionalmente	7 (22)	0,91	0,72 - 1,15	0,92	0,73 - 1,16
Fuma diariamente	12 (5,6)	1,11	1,04 - 1,18	1,10	1,03 - 1,16
IMC					
Não excesso de peso	104 (15,2)	1,00		1,00	
Excesso de peso	94 (12,8)	1,02	0,97 - 1,08	0,98	0,94 - 1,03
Renda					
Mais de 3 sm	46 (20,3)	1,00		1,00	
Menos de 3 sm	84 (11,5)	1,11	1,03 - 1,19	1,12	1,05 - 1,20
Não possui renda	66 (13,5)	1,08	1,00 - 1,17	1,11	1,02 - 1,20
Estado civil					
Solteiro	97 (20,2)	1,00		1,00	
Casado/vive c/ companh	93 (10,7)	1,11	1,03 - 1,20	1,08	1,02 - 1,15
Viúv/separad/divorc	11 (8,3)	1,14	1,06 - 1,23	1,07	0,97 - 1,18
Escolaridade					
12 e mais	61 (25,8)	1,00		1,00	
9 a 11	93 (17,5)	1,11	0,99 - 1,23	1,11	1,01 - 1,23
0 a 8	47 (7,4)	1,24	1,11 - 1,39	1,23	1,09 - 1,38
Trabalho					
Sim	137 (15,2)	1,00		1,00	
Não	64 (11,1)	1,06	1,01 - 1,12	1,04	1,00 - 1,09
Percepção de saúde					
Excelente	50 (25,8)	1,00		1,00	
Bom	100 (15,7)	1,13	1,04 - 1,23	1,12	1,03 - 1,22
Regular	43 (8,9)	1,22	1,12 - 1,34	1,18	1,08 - 1,29
Ruim	7 (5,4)	1,27	1,14 - 1,42	1,21	1,08 - 1,35
Limitação nas AVDs					
Não	188 (14,8)	1,00		1,00	
Sim	13 (7,7)	1,08	1,02 - 1,14	1,05	1,00 - 1,10

* As variáveis foram ajustadas por sexo e idade.

Pela regressão multivariada de Poisson (Tabela 6), os entrevistados que referiram uma percepção de saúde ruim apresentaram uma estimativa de risco de 14% maior em relação àqueles com uma percepção de saúde excelente, tirando o efeito da escolaridade, do sexo, da idade e do acesso a locais adequados para a prática de exercícios (modelo 2). As mulheres apresentaram uma estimativa de risco 8% maior em relação aos homens, controlando os efeitos da idade, acesso a locais adequados, estado civil, presença de limitação física nas AVDs (atividade de vida diária) e renda familiar (Tabela 6).

Tabela 5: Modelo de Regressão Multivariada de Poisson

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Sexo						
Masculino			1,00	-	1,00	-
Feminino	1,10	1,04 – 1,16	1,09	1,03-1,15	1,08	1,01-1,16
Idade						
18-24 anos			1,00	-	1,00	-
25-35 anos			1,01	0,93 – 1,10	1,03	0,97 - 1,10
36-45 anos			1,06	0,96 – 1,17	1,08	1,00 - 1,18
46-55 anos			1,04	0,95 – 1,14	1,06	0,98 – 1,15
56-65 anos			1,08	1,00 – 1,18	1,12	1,04 - 1,20
Escolaridade						
12 e mais			1,00	-		
9 a 11			1,10	0,99 – 1,22		
0 a 8			1,18	1,05 – 1,34		
Acess a locais adeq						
Sim			1,00		1,00	-
Não			1,07	1,03-1,11	1,10	1,06-1,15
Percepção de saúde						
Excelente			1,00	-		
Bom			1,10	1,01-1,19		
Regular			1,14	1,03-1,25		
Ruim			1,14	1,02-1,26		
Estado civil						
Solteiro					1,00	-
Casado/juntado					1,07	1,00-1,14
Viúv/separad/divorc					1,04	0,94-1,14
Limitação AVDs						
Não					1,00	-
Sim					1,04	0,99 – 1,09
Renda						
Mais de 3 sm					1,00	
Menos de 3sm					1,09	1,03 – 1,16
Não possui renda					1,07	0,98 – 1,17

6.4 Discussão

O inquérito populacional “Saúde e nutrição de crianças e adultos de Rio Branco – Acre”, pesquisa que originou o presente estudo, apresentou um número pequeno de recusas, 35 (4,6%), e um número um pouco maior de indivíduos que responderam ao questionário de forma incompleta, 236 (13,5%). No entanto, é importante destacar que o número final de entrevistados reproduziu a estrutura populacional do município de Rio Branco, permitindo inferências dos resultados para o conjunto da população-alvo.

O instrumento de coleta de dados deste estudo é o mesmo que vem sendo utilizado pelo sistema VIGITEL desde 2006 em todo o Brasil e que tem tido um relativo bom desempenho como sistema de monitoramento das DANTs¹⁸. A utilização desse questionário permitiu efetuar comparações de resultados obtidos por meio de métodos de amostragem e coleta de informações distintas. As questões aplicadas discriminavam quanto à frequência semanal, à duração dos exercícios realizados e ao tipo de exercício físico (ginástica, musculação, futebol, caminhada e outros), conferindo uma abrangência aceitável em estudos deste porte.

A prevalência de ativos nas horas de lazer na população (13,8%) foi menor do que as prevalências relatadas pelo sistema VIGITEL, nos anos anteriores (2006, 2007 e 2008) Em 2006 o VIGITEL apresentou uma prevalência de atividade de lazer do município de Rio Branco de 14,7% e em 2007 ela alcançou 17,9% e em 2008 baixou para 15,9%. O presente estudo foi realizado no período de 2007 a 2008 e adotou os mesmos critérios que o VIGITEL para definir o indivíduo fisicamente ativo - recomendação da WHO. As diferenças entre as prevalências encontradas nos dois diferentes tipos de inquéritos não foram elevadas e podem ser atribuídas a diferenças metodológicas. Sendo o presente estudo de amostra com abrangência populacional sem a restrição de possuir linha telefônica.

O baixo percentual de indivíduos ativos no lazer pode ser atribuído ao próprio perfil da amostra que apresentou um alto número de entrevistados com baixo nível socioeconômico. Sendo que alguns estudos¹⁹ já apontam para esta associação entre a prática de exercícios físicos nas horas de lazer e maiores níveis socioeconômicos. Isso também explicaria a diferença de prevalências apresentada neste estudo e no VIGITEL, já que o estudo citado excluiria indivíduos de baixa renda que não possuem cobertura telefônica.

A falta de acesso a locais destinados a práticas de exercícios físicos faz subir a estimativa de risco para 12% de o indivíduo ser inativo quando comparados àqueles que possuem este acesso.

De acordo com relatos de Salles-Costa e col.¹⁹ e com os achados do presente estudo, o sexo feminino apresenta maior prevalência de inatividade física no lazer que o sexo masculino. Esta diferença pode ser vista como reflexo de uma sociedade moderna em que as mulheres passaram a ocupar o mercado de trabalho e não deixaram as atividades culturalmente ligadas ao sexo feminino, como cuidar dos filhos e do lar, ocupando maior parte do seu tempo. Assim as mulheres que apresentam alguma prática de exercícios no lazer se encontravam na faixa etária de maior idade e com maiores níveis socioeconômicos¹⁴.

O sexo masculino é que mais se preocupa em praticar exercícios, e a faixa etária que, neste estudo, apresentou maiores valores foi a de 18 a 24 anos e estes praticam mais atividades coletivas e de intensidade vigorosa (como futebol, musculação, corrida, bicicleta e outros). Já entre o sexo feminino, esta mesma distribuição não foi encontrada. Elas apresentaram uma distribuição mais homogênea entre os estratos e não houve uma diferença significativa entre a intensidade do exercício praticado.

A adoção de comportamento de risco à saúde está ligada a aspectos demográficos e psicossociais, e este pode ser ativo ou passivo. O risco ativo está relacionado ao fumo e ao uso de bebida alcoólica, já o passivo, à inatividade física no lazer e ao estresse. De acordo com

relatos de Barros e Nahas²⁰, confirmados no presente estudo, as mulheres apresentam o comportamento de risco passivo mais prevalente, enquanto o homem o de risco ativo.

Outro fator relevante foi que os entrevistados que descreveram seu estado de saúde como excelente apresentaram maior percentual de indivíduos ativos. Enquanto os indivíduos com boa, regular e ruim percepção de saúde apresentaram uma estimativa de risco de 13%, 22% e 27% respectivamente, maior de ser inativo comparado aos com excelente percepção de saúde. Assim podemos perceber que houve um aumento gradual na estimativa de risco para inatividade de lazer à medida que piora a percepção de saúde.

Gomes e col.²⁰ conduziram um estudo que avaliou uma amostra probabilística de indivíduos com idade de 12 anos ou mais, residentes no município do Rio de Janeiro, participantes de um inquérito de base populacional em 1996. Nessa amostra 59,8% dos homens e 77,8% das mulheres nunca haviam praticado nenhuma atividade física de lazer, com um aumento desta prevalência associado positivamente com a idade, principalmente para os homens.

6.5 Conclusão

De acordo com os resultados, podemos perceber que o perfil da população que pratica exercícios físicos é formado, em sua maioria, por homens jovens (18 a 24 anos), solteiros, que fazem uso de bebida alcoólica, que possuem acesso a locais adequados à prática de exercícios, possuem renda familiar superior a três salários mínimos e um nível de escolaridade superior a 12 anos de estudo. Isso nos faz atribuir o fator estético como um dos grandes influenciadores à prática de exercícios nesta população, e não, prioritariamente, ao fator promoção de saúde.

Dessa forma, percebe-se uma necessidade de ações educativas no sentido de conscientizar a população local da necessidade de incorporar um estilo de vida ativo, com o objetivo de qualidade de vida. Já que a maior parte da população estudada possui acesso a locais adequados à prática de lazer, no entanto, parece não entender a necessidade desta prática na prevenção, no controle e na promoção de saúde.

6.6 Referências Bibliográficas

1. Macedo CSG, Garavello JJ, Oku EC, Miyagusuku FH, Agnoll PD, Nocetti PM. *Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida*. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde 2003; 8 (2): 19-27.
2. Battaglini C, Bottaro M, Dennehy C, Rae L, Shields E, Kirk D, Hackney A. *The effects of an individualized exercise intervention on body composition in breast cancer patients undergoing treatment*. Sao Paulo Med J. 2007;125(1):22-8.
3. Mello MT, Boscolo RA, Esteves AM, Tufik S. *O exercício físico e os aspectos psicobiológicos*. Rev Bras Med Esporte 2005; 11(3): 203-207
4. Lima FR, Oliveira N. *Gravidez e Exercício* Rev Bras Reumatol, v. 45, n. 3, p. 188-90, mai./jun., 2005.
5. Chia-Lin L, Jen-Der L, Shwn-Jen L, Rou-Fang T. *Associations between the metabolic syndrome and its components, watching television and physical activity*. Public Health. 2007; 121: 83-91.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para qualidade de vida*. Rev. Saúde Pública 2002; 36: 254-6.

-
7. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical activity: direct and indirect health benefits*. Disponível em: <www.who.int/hpr/physicalactivity/health.benefits.shtml>. Acesso em: 08 set. 2008
 8. Glaner MF. *Importância da aptidão física relacionada à saúde*. Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano 2003; 5(2): 75-85.
 9. Ferreira MS, Najar AL. *Programas e campanhas de promoção da atividade física*. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(sup): 207-219.
 10. Le Marchand L, Kolonel LN, Yoshizawa CN. *Lifetime occupational physical activity and prostate cancer risk*. Am J Epidemiol 1991; 133:103-11.
 11. Lee IM, Paffenbarger RS, Hsieh Jr. CC. *Physical activity and risk of prostatic cancer among college alumni*. Am J Epidemiol 1992; 135: 169-79.
 12. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical activity*. Disponível em: <AD.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html>. Acesso em: 08 set. 2008
 13. Caspersen CJ, Powell KE, Chistenson GM. *Physical Activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*. Public Health Report 1985; 100:126-31.

-
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL 2006*. Brasília, 2007.
15. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Hallal P. *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.
16. De Vitta A, Néri AL, Padovani CR. *Saúde percebida em homens e mulheres sedentárias e ativos, adultos jovens e idosos*. Salusvita 2006; 25(1): 23-34.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL*. Brasília, 2008.
18. Moura EC; Morais Neto OL; Malta DC; Moura A L; Silva NN; Berna R; Claro RM; Monteiro CA. *Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006)*. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(supl 1): 20-37
19. Salles-Costa R, Heilorn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. *Gênero e prática de atividade física de lazer*. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(sup.2):s325-s333.
20. Barros MVG, Nahas MV. *Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria*. Rev Saúde Pública 2001; 35(6): 554-63.

21. Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. *Atividade física em amostra probabilística da população do município do Rio de Janeiro*. Cad. Saúde Pública 2001; 17(4): 969-76.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sedentarismo constitui um dos principais fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento das DANTs. Portanto, a realização de pesquisas voltadas a caracterizar uma população sedentária, é imprescindível. Isso para que possamos conhecer os fatores ligados a inatividade física em cada localidade, possibilitando assim a elaboração de estratégias mais eficazes voltadas à promoção, educação e incentivo à prática de exercícios físicos na população .

Os resultados apresentados nesta dissertação mostram uma alta prevalência de sedentarismo no município de Rio Branco, acometendo, principalmente, determinados subgrupos da população como as mulheres e indivíduos com mais de 56 anos.

Mais de 80% da população estudada não atingiu as recomendações da OMS quanto a prática de exercícios físicos nas horas de lazer. Isso caracteriza um dado preocupante já que a inatividade física é um grande fator predisponente para as doenças crônicas.

Dessa maneira, os achados deste estudo apontam para a necessidade de intervenção na população rio branquense, com ênfase em grupos específicos, com o objetivo de promover a prática de atividade física.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira MS, Najar AL. *Programas e campanhas de promoção da atividade física*. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(sup): 207-219.
2. Ramos, JJ. *Os exercícios físicos na história e na Arte*. São Paulo: Ibrasa, 1983.
3. Glaner MF. *Importância da aptidão física relacionada à saúde*. Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano 2003; 5(2): 75-85.
4. Chia-Lin L, Jen-Der L, Shwn-Jen L, Rou-Fang T. *Associations between the metabolic syndrome and its components, watching television and physical activity*. Public Health. 2007; 121: 83-91.
5. Domingues MR, Araújo CLP, Gigante DP. *Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil*. Cad. Saúde Pública 2004; 20(1): 204-215.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Promoção da Atividade física “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para qualidade de vida*. Rev. Saúde Pública 2002; 36: 254-6.
7. Le Marchand L, Kolonel LN, Yoshizawa CN. *Lifetime occupational physical activity and prostate cancer risk*. Am J Epidemiol 1991; 133:103-11.

-
8. Lee IM, Paffenbarger RS, Hsieh Jr. CC. *Physical activity and risk of prostatic cancer among college alumni*. Am J Epidemiol 1992; 135: 169-79.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. *Obesidade*. Brasília, 2006 (Série Cadernos de Atenção Básica; n.12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
 10. Caspersen CJ, Powell KE, Chistenson GM. *Physical Activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*. Public Health Report 1985; 100:126-31.
 11. Hallal P. C., Anjos L. A. *Epidemiologia da Atividade Física*. In Epidemiologia Nutricional org. Kac G, Sichieri R, Gigante DP. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz/Atheneu, 2007.
 12. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical activity: direct and indirect health benefits*. Disponível em: <www.who.int/hpr/physactic/health.benefits.shtml>. Acesso em: 08 set. 2008.
 13. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical activity*. Disponível em: <AD.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html>. Acesso em: 08 set. 2008.
 14. Brasil. Ministério da Saúde e Instituto Nacional do 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: INCA, 2004.

-
15. Eyster AA, Brownson RC, Bacak SJ, Housenn RA. *The epidemiology of walking for physical activity in the United States*. Med Sci Sports Exerc. 2003;35:1529-36.
16. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Júnior JB. *A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde*. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006;15:47-65.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL 2006*. Brasília, 2007.
18. Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR, Oliveira ZMA, Oliveira MB, Vasconcelos C, Aventurete LVO, Moncau JEC, Ramos LR. *Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: Inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares*. Rev. Saúde. 1990; 24(4): 277-85.
19. Pitanga FJ, Lessa I. *Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos*. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(3):870-77.
20. Dias-Da-Costa JS; Hallal PC; Wells JCK; Daltoé T; Fuchs, SC; Menezes AMB; Olinto, MTA. *Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil*. Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21(1):275-282.
21. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Hallal P. *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.

-
22. Alves JGB; Montenegro FMU; Oliveira FAO; Alves RV. *Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta*. Rev Bras Med Esporte. 2005; 11(5): 291-294.
23. Ribeiro MA; Martins MA; Carvalho CRF. *The role of physician counseling in improving adherence to physical activity among the general population*. São Paulo med. J. 2007;125(2):115-121.
24. Pérez RMG, Roche RGG, Jiménez DP, Gorbea MB. *Sedentarismo y su relación com la calidad de vida relativa a salud*. Rev Cubana Hig Epidemiol 2007; 45(1).
25. Mello MT, Boscolo RA, Esteves AM, Tufik S. *O exercício físico e os aspectos psicobiológicos*. Rev Br Med Esporte 2005; 11(3): 203-207.
26. Mello MT; Fernandez A C; Tufik S. *Levantamento epidemiológico da prática de atividade física na cidade de São Paulo*. Rev. bras. Med. Esporte. 2000; 6(4):119-124.
27. Batista DC; Chiara VL; Gugelmin SA; Martins PD. *Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal*. Rev. bras. Saúde matern. Infant. 2003; 3(2): 1515-158.
28. Gillum RF, Mussolino ME, Ingram DD. *Physical Activity and Stroke Incidence in Women and Men. The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study*. American Journal of Epidemiology. 1996; 143(9): 860-869

29. White E, Jacobs EJ, Dating JR. *Physical Activity in Relation to Colon Cancer in Middle-aged Men and Women*. American Journal of Epidemiology 1996, 144 (1): 42-50.

30. Chor D. *Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea*. Cadernos de Saúde Pública. 1999; 15(2):423-425.

31. Figueira JA; Ferreira MBR. *Papel multidimensional da família na participação dos filhos em atividades físicas: revisão de literatura*. Rev. Bras. Cienc. Mov. 2000; 8(2):33-40.

ANEXOS

ANEXO A – Questões do “Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não transmissíveis no município de Rio Branco, Acre”, que foram utilizadas neste estudo:

I - Módulo Identificação:

1. Qual a sua idade?
2. Sexo:
3. Qual seu estado civil atual?

II - Módulo Situação Ocupacional:

4. Atualmente o(a) Sr.(a) tem um trabalho ou atividade remunerada?
5. Contando com salário, pensão, aluguel, bico, etc., em que faixa de renda o(a) Sr.(a) se encaixa:

 não tenho renda de 10 a menos de 20 SM
 menos de 1 SM de 20 a menos de 30 SM
 de 1 a menos de 3 SM de 30 a menos de 40 SM
 de 3 a menos de 5 SM de 40 a menos de 50 SM
 de 5 a menos de 10 SM 50 SM ou mais
 NS/Recusa
6. O (a) Sr.(a) frequentou a escola ? Se sim, até que série e grau o Sr.(a) estudou?

III - Módulo Atividade Física:

7. Nos últimos três meses o(a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?
8. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr.(a). praticou?

 caminhada
 caminhada em esteira
 corrida
 corrida em esteira
 musculação
 ginástica aeróbica
 hidroginástica
 ginástica em geral
 natação
 artes marciais e luta
 bicicleta
 futebol
 basquetebol
 voleibol
 tênis
 outros

-
9. O(a) Sr.(a) pratica exercício pelo menos uma vez por semana?
10. Quantos dias por semana o(a) Sr. (a) costuma praticar esporte ou exercício?
- menos do que 3 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - todos os dias
11. No dia em que o(a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?
- menos que 20 minutos
 - entre 20 e 29 minutos
 - 30 minutos ou mais
12. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) anda bastante a pé?
13. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?
14. O(a) Sr.(a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho?
15. O(a) Sr.(a) costuma ter ajuda para fazer a faxina?
16. A parte mais pesada da faxina fica com quem?
- o(a) Sr. (a) outra pessoa ambos
17. O(a) Sr.(a) costuma assistir televisão todos os dias?
18. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma assistir?
- 5 ou mais
 - 3 a 4
 - 1 a 2
 - não costuma assistir televisão
19. Existe perto de sua casa algum lugar para fazer caminhada, realizar exercícios ou praticar esportes?

IV - Módulo Tabagismo:

20. O(a) Sr.(a) fuma?
- sim, diariamente
 - sim, ocasionalmente
 - não

V - Módulo Consumo de Álcool:

21. O(a) Sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica?
22. Com que frequência o(a) Sr.(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - todos os dias

- menos de 1 dia por semana
- menos de 1 dia por mês

VI - Módulo Percepção de Saúde

23. O Sr.(a) classificaria seu estado de saúde como?
- Excelente Bom Regular Ruim

VII - Módulo Antropometria:

24. IMC (altura e peso)

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA:

DIAGNOSTICO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS E ADULTOS DE RIO BRANCO (AC).

Durante a leitura do documento abaixo fui informado que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com o objetivo de tirar dúvidas e o meu melhor esclarecimento.

Eu, _____
 _____ (nome e sobrenome) concordo em participar do "DIAGNÓSTICO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS E ADULTOS DE RIO BRANCO (AC)", que tem por objetivo principal elaborar diagnóstico, de base populacional, da situação de saúde e nutrição da população residente em Rio Branco (AC). Esta pesquisa é composta de dois sub-projetos primeiro o "Estudo de prevalência dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no município de Branco, que envolve responder um questionário sobre os fatores de risco e medidas de pressão arterial, peso e altura. Estou ciente também que será coletada uma amostra de sangue para análise de colesterol e glicose, o segundo sub-projeto é o "Estudo da situação de saúde e nutrição de crianças menores de cinco anos de idade, "que incluem tomadas de medidas de peso e altura, coleta de sangue para avaliação de hemoglobina e coleta de informações sobre o pré-natal, parto, doenças e assistência à saúde da (as) criança (as). Caso seja verificado que eu ou outro membro da minha família, residente neste domicílio necessitem de cuidados médicos, seremos orientados para recebermos atendimento na unidade de saúde mais próximo à minha residência. Recebi suficiente informação sobre o estudo e me foi garantido que todas as informações colhidas serão sigilosas. Fui esclarecido que:

- 1 - Posso desistir de participar do estudo quando queira,
- 2 - Sem ter que dar explicações ou justificativa.

COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER [SIM() NÃO()] O ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE O DR. PASCOAL (OU MEMBRO DA SUA EQUIPE) LEU PAUSADAMENTE ESSE DOCUMENTO E ESCLARECEU AS MINHAS DÚVIDAS, E COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, COLOQUEI ABAIXO A MINHA ASSINATURA (OU IMPRESSÃO DIGITAL).

Rio Branco - Acre _____ de _____ de 2008.

 Assinatura do responsável



IMPRESSÃO DATILOSCÓPICA
 (quando se aplicar)

 Pascoal Torres Muniz

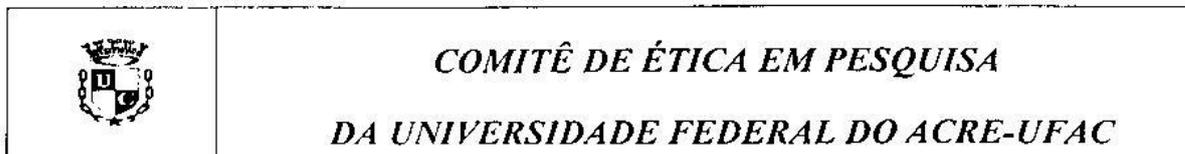
ou

 Membro da Equipe

Documento em duas (2) vias, uma para ser entregue a pessoa (ou responsável) que vai participar da pesquisa.

Coordenador da Pesquisa: Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Acre. (68) 3901-2648

ANEXO C – Declaração de aprovação de projeto de pesquisa pelo CEP



DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

O Projeto: *“Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”*, protocolado sob o nº. 23107.001150/2007-22, do Pesquisador *Pascoal Torres Muniz*, após ter sido submetido a este Comitê foi categorizado como ***APROVADO*** na reunião do dia 22/02/2007, considerando que está de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP.

Rio Branco-Acre, 14 de outubro de 2008.


Enock da Silva Pessoa
Coordenador do CEP - UFAC

ANEXO D**AUTORIZAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS**

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citado o autor, título, instituição e ano da dissertação.

Nome do Autor: Robéria Mota da Silva

Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal do Acre

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](#)