

## 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

Physical activity in young adults and the elderly in areas covered by primary health care units in municipalities in the South and Northeast of Brazil

Fernando V. Siqueira <sup>1,2</sup>  
 Luiz Augusto Facchini <sup>1</sup>  
 Roberto X. Piccini <sup>1</sup>  
 Elaine Tomasi <sup>2,3</sup>  
 Elaine Thumé <sup>1</sup>  
 Denise S. Silveira <sup>1,3</sup>  
 Pedro C. Hallal <sup>1</sup>

### Abstract

*Shifts in Brazil's demographic structure have expanded the country's elderly population and consequently increased the rates of chronic diseases. This paper describes the prevalence of sedentary lifestyle and associated factors in a cross-sectional study, including 4,060 non-elderly and 4,003 elderly adults in 41 cities in seven States of the country. Prevalence of sedentary lifestyle was 31.8% (95%CI: 30.4-33.2) in non-elderly adults and 58.0% (95%CI: 56.4-59.5) in the elderly; sedentary lifestyle was more frequent in the Northeast and among males. Low family income was associated with higher prevalence of sedentary lifestyle in both non-elderly and elderly adults, while low schooling was only observed among the elderly. There was an inverse association between self-reported health status and sedentary lifestyle. Mean prevalence of sedentary lifestyle was higher in areas covered by pre-PROESF units in comparison to other health system models. We conclude that sedentary lifestyle is highly prevalent and that disadvantaged socioeconomic groups are more likely to be sedentary.*

*Motor Activity; Health Centers; Adult; Aged.*

### Introdução

O aumento da expectativa de vida da população e a diminuição das taxas de fertilidade têm determinado modificações na pirâmide demográfica brasileira. O envelhecimento populacional e o controle das doenças infecciosas têm gerado um aumento proporcional das doenças crônicas <sup>1,2</sup>. Estima-se que até 2020 o número de idosos no mundo irá dobrar; no Brasil, projeta-se que, nessa época, 11% da população terá 60 anos ou mais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Censo Demográfico 2000*. <http://www.ibge.gov.br>).

Com o aumento proporcional das doenças crônicas, existe a necessidade da preparação e adequação dos serviços básicos de saúde, visando a melhor estruturação, formação e qualificação profissional para o atendimento dessa nova demanda. Embora o sistema de saúde atual ofereça atendimento universal à população, problemas relacionados à escassez de recursos humanos, garantia de acesso, utilização de serviço, equidade no atendimento, têm sido descritos, tornando importante corrigi-los com o objetivo de melhor atender a população <sup>3</sup>.

Como uma opção importante na prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas de alta prevalência em adultos e idosos, vários trabalhos têm demonstrado a necessidade da atividade física. Pessoas ativas têm um risco diminuído para o desenvolvimento de várias doenças <sup>4,5,6</sup>. No

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil.

<sup>3</sup> Secretaria Municipal da Saúde, Pelotas, Brasil.

#### Correspondência

F. V. Siqueira  
 Programa de Pós-Graduação  
 em Epidemiologia,  
 Universidade Federal  
 de Pelotas.  
 Av. Duque de Caxias 250,  
 Pelotas, RS  
 96030-002, Brasil.  
[fcvsiqueira@uol.com.br](mailto:fcvsiqueira@uol.com.br)

Brasil, o sedentarismo apresenta alta prevalência, causando custos elevados, tanto diretos quanto indiretos, para o sistema de saúde <sup>7,8</sup>. Diminuir o sedentarismo e promover estilos de vida mais saudáveis com a participação da atenção básica à saúde e seus profissionais pode representar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde populacional e nos custos relacionados à gestão dos serviços <sup>9,10,11</sup>.

Este estudo tem como objetivo descrever a prevalência de sedentarismo e fatores associados em populações das áreas de abrangência de unidades básicas de saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil.

## Métodos

Um estudo de delineamento transversal selecionou uma amostra de indivíduos adultos (30-64 anos) e idosos (65 anos ou mais), residentes nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, na Região Sul; Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí, na Região Nordeste do Brasil <sup>12</sup>. Os municípios incluídos no estudo compõem os Lotes 2 Sul e Nordeste do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) <sup>3,12</sup>.

Uma amostra aleatória de 120 unidades básicas de saúde foi sorteada em cada um dos lotes estudados, com diferentes modalidades de atenção básica – Programa Saúde da Família (PSF) e tradicional. O sorteio das unidades foi proporcional ao tamanho da rede básica de cada município. Com base em listas produzidas pelos municípios, as unidades básicas de saúde foram selecionadas na razão de duas unidades com PSF para uma unidade tradicional. Quando o número de unidades básicas de saúde de um determinado modelo de atenção esgotava-se, complementava-se a amostra com unidades básicas de saúde com outra modalidade de atenção, garantindo representatividade da amostra em comparação à rede básica dos municípios. A seleção da amostra nos municípios foi proporcional à capacidade instalada de sua rede básica, pareando as unidades básicas de saúde por tamanho da área física. Na Região Sul, obteve-se uma amostra de 69 unidades básicas de saúde de PSF e 51 tradicionais. No Nordeste, a amostra foi constituída de 79 unidades básicas de saúde de PSF e 41 tradicionais. As unidades sorteadas orientaram a seleção da amostra de adultos e idosos da área de abrangência dos serviços.

Após a seleção das unidades básicas de saúde, a amostra foi selecionada de forma sistemática e

independente para adultos e idosos, residentes na área de abrangência de cada unidade. Esses indivíduos foram localizados na área de abrangência de cada uma das unidades, ponto inicial para a amostragem sistemática. A estratégia para delimitação da área de abrangência incluiu a obtenção prévia do mapa da área de abrangência das unidades básicas de saúde, uma estimativa populacional valendo-se das áreas censitárias do IBGE e a localização dos indivíduos por meio de amostragem sistemática. Nos domicílios sorteados, apenas um morador era selecionado para participar do estudo. Para a aplicação do questionário, foram capacitados 15 supervisores de campo, que realizaram a coleta de dados após período de treinamento.

As amostras foram estimadas em 2.100 indivíduos por lote e grupo populacional, totalizando 4.200 indivíduos na Região Sul e 4.200 no Nordeste. Esse tamanho de amostra proporcionaria poder estatístico de, no mínimo, 80% para eventos com prevalência aproximada de 25%. O número estimado de indivíduos para cada lote (2.100) foi dividido pelo número total de unidades básicas de saúde (120 unidades/lote), obtendo-se a necessidade de entrevistar 18 indivíduos na área de abrangência de cada uma das unidades <sup>3</sup>.

Com a amostra obtida de 4.060 adultos e de 4.003 idosos, a margem de erro para a estimativa de prevalência de sedentarismo foi de 1,5 ponto percentual. Para avaliação de associações, o estudo teve poder de 80% para detectar como significativas razões de prevalência de 1,2 ou maiores, para exposições que afetam de 10% a 90% da população, com nível de confiança de 95%.

Unidades básicas tradicionais foram consideradas aquelas que se caracterizavam pela presença, na equipe, de médicos especialistas (clínico, pediatra e gineco-obstetra), enfermeiro, auxiliar de enfermagem e pessoal administrativo para apoio técnico. Muitas dessas unidades contavam com o apoio esporádico de outras especialidades profissionais (dentista, nutricionista, fisioterapeuta) e mesmo médicas. A população atendida caracteriza-se por ser espontânea ou encaminhada por outros serviços. As unidades de PSF, ao contrário, são formadas por equipes de saúde da família, que incluem médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população residente na área de abrangência do serviço <sup>12</sup>.

O nível de atividade física dos adultos e idosos foi avaliado utilizando-se a versão curta do *Questionário Internacional de Atividade Física* – (IPAQ) <sup>13</sup>. Este instrumento avalia atividades físicas realizadas no tempo de lazer, como deslocamento de um lugar ao outro, serviços do-

mésticos e atividades ocupacionais. Um escore de atividade física em minutos por semana foi construído, somando-se os minutos despendidos em caminhada e atividades de intensidade moderada com os minutos despendidos em atividades de intensidade vigorosa, multiplicados por dois. Tal estratégia visa a considerar as diferentes intensidades de cada atividade e está de acordo com as recomendações atuais quanto à prática de atividade física<sup>7,14</sup>. Um escore abaixo de 150 minutos por semana foi o ponto de corte para classificar os indivíduos como sedentários. O questionário utilizado no estudo foi padronizado e pré-testado.

As variáveis independentes incluídas nesta análise foram: (a) sexo; (b) idade; (c) cor da pele (conforme a percepção do entrevistador); (d) escolaridade (anos de estudo com aprovação); (e) tabagismo (nunca fumou, ex-fumante, fumante atual); (f) padrão de consumo sócio-econômico (classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa); (g) situação conjugal; (h) renda familiar *per capita* (em salários mínimos – SM); (i) trabalho remunerado no último mês (não/licença ou nunca trabalhou; sim); (j) autopercepção de saúde; (k) identificação da atividade física como um dos três fatores mais importantes para a manutenção da saúde; (l) prescrição de atividade física em consulta em unidade básica de saúde no último ano (não e sim).

As análises descritivas incluíram cálculos de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Na análise bruta, a prevalência de sedentarismo foi calculada para cada grupo das variáveis independentes, e o nível de significância foi testado por meio dos testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear. A análise ajustada foi realizada por regressão de Poisson<sup>15</sup> com cálculo de razões de prevalência ajustadas, IC95% e valores de significância aferidos pelos mesmos testes descritos anteriormente. Todas as análises levaram em consideração o desenho amostral, e foi utilizado um modelo hierárquico de determinação do desfecho<sup>16</sup>. O modelo incluiu as variáveis independentes “a-h” no primeiro nível. A variável “i” foi incluída no segundo nível, enquanto o terceiro nível incluiu as variáveis “j-k” e o quarto incluiu a variável independente “l”. As análises foram realizadas no pacote estatístico Stata 9.2 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

O Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas aprovou o protocolo do estudo, e obteve-se consentimento informado de todos os participantes. Dados detalhados sobre a metodologia do projeto estão disponíveis em outras publicações<sup>3,12</sup>.

## Resultados

Foi estimada uma amostra de 2.100 indivíduos em cada um dos quatro grupos estudados: (a) adultos da Região Sul; (b) idosos da Região Sul; (c) adultos da Região Nordeste; (d) idosos da Região Nordeste. No total, foram realizadas 4.060 entrevistas com adultos e 4003 com idosos, resultando em taxas de não-resposta de 3,5% e 4,7%, respectivamente. A prevalência de sedentarismo somando-se as duas regiões foi de 31,8% (IC95%: 30,4-33,2) em adultos e de 58% (IC95%: 56,4-59,5) em idosos. A prevalência de sedentarismo foi significativamente maior na Região Nordeste, para ambas as faixas etárias (Figura 1).

A Tabela 1 descreve a amostra de adultos e idosos conforme as variáveis independentes incluídas na investigação. A proporção de mulheres foi maior em ambos os grupos etários, embora a diferença seja mais marcante entre os idosos. Entre os adultos, a média de idade foi de 45,5 anos (desvio padrão – DP = 9,6), enquanto entre os idosos a média foi de 73,9 anos (DP = 7,0). Cerca de dois terços dos indivíduos nos dois grupos etários foram classificados como brancos, em termos de cor de pele. A escolaridade foi claramente superior entre os adultos em comparação aos idosos. A prevalência de tabagismo atual foi de 27,7% nos adultos e 15,2% nos ido-

Figura 1

Prevalência de sedentarismo em adultos e idosos na população das áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2005.

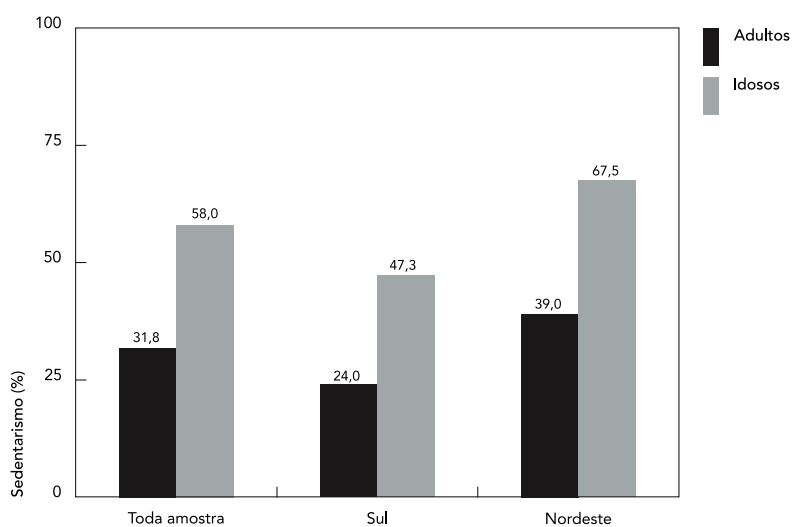


Tabela 1

Descrição das variáveis independentes em adultos e idosos na população das áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2005.

Variáveis	Adultos (%)	N	Idosos (%)	N
Sexo		4.060		4.003
Masculino	44,9		38,8	
Feminino	55,1		61,9	
Idade (anos)		4.059		4.003
30-40	36,2		-	
41-50	31,1		-	
51-64	32,6		-	
65-70	-		38,5	
71-75	-		25,7	
76-79	-		18,5	
80 ou +	-		17,3	
Cor da pele		4.039		3.985
Branca	65,3		70,0	
Não branca	34,7		30,0	
Escolaridade *		4.047		3.923
Não estudou	16,7		49,4	
Fundamental incompleto	47,6		43,2	
Fundamental completo	11,5			
Médio incompleto	4,9		4,00	
Médio completo	14,9			
Superior	4,4		3,5	
Tabagismo		4.060		4.000
Não, nunca fumou	45,9		43,4	
Ex-fumante	26,4		41,5	
Fumante	27,7		15,2	
Padrão de consumo sócio-econômico		3.908		3.650
A, B ou C	37,4		21,0	
D	32,4		33,7	
E	30,1		45,3	
Situação conjugal		4.060		3.970
Casado(a)/Com companheiro(a)	73,3		42,7	
Viúvo	7,1		45,0	
Separado(a)/Divorciado(a)	9,9		7,8	
Solteiro(a)	9,8		-	
Renda familiar <i>per capita</i> (salários mínimos)		4.046		3.990
Sem renda	7,8		3,9	
Até 1	66,7		74,6	
1,01-2	17,6		15,4	
2,01-3	4,5		3,7	
3 ou +	3,5		2,5	
Trabalho remunerado no último mês		4.056		3.957
Não	51,3		94,7	
Sim	48,7		5,3	
Autopercepção da saúde		4.048		3.951
Excelente	6,7		2,6	
Muito boa	6,3		3,2	
Boa	38,3		29,7	
Regular	38,2		43,8	
Ruim	10,5		20,7	

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Variáveis	Adultos (%)	N	Idosos (%)	N
Identificação de atividade física como benefício para saúde **		4.036		3.660
Não	39,0		26,8	
Sim	61,0		73,8	
Prescrição de atividade física em unidade básica de saúde no último ano		3.278		3.338
Não	23,9		69,7	
Sim	76,1		30,3	

\* Para idosos, estão agrupadas as categorias da variável escolaridade: fundamental completo e ensino médio incompleto, assim como médio completo e superior;

\*\* Mencionou a atividade física como um dos três fatores mais importantes para a manutenção da saúde.

sos, os quais tiveram um percentual elevado de ex-fumantes (41,5%). A maioria dos adultos era casada ou vivia com companheiro (73,3%), enquanto no grupo de idosos a categoria de maior prevalência foi a de viúvos (45%). Seja na amostra de adultos, seja na de idosos, a categoria de renda familiar *per capita* de até um salário mínimo foi a de maior prevalência. Aproximadamente metade da população de adultos trabalhou com remuneração no último mês, enquanto para o grupo de idosos esse percentual foi de apenas 5,3%. Cerca de dois terços dos idosos classificou sua saúde como regular ou ruim, ao passo que, entre os adultos, esse percentual foi próximo de 50%. O percentual de indivíduos que classificou a atividade física como um dos três comportamentos mais importantes para a manutenção da saúde foi de 61% entre os adultos e 74% entre os idosos. No primeiro grupo, 76,1% receberam prescrição de atividade física na unidade básica de saúde no último ano, enquanto, no segundo, esse valor foi de apenas 30,3%.

A Tabela 2 apresenta a associação bruta e ajustada entre sedentarismo e as variáveis independentes, combinando-se os dados dos municípios das regiões Sul e Nordeste. O sedentarismo foi significativamente mais freqüente entre os homens em comparação às mulheres, tanto na análise bruta, quanto na análise ajustada, sendo as diferenças marcantes entre os adultos e de pequena magnitude entre os idosos. Para ambos os grupos, o sedentarismo tendeu a crescer com o aumento da idade. Embora estatisticamente significativas, as diferenças relacionadas à cor da pele entre os idosos foram de magnitude pequena. A escolaridade não se mostrou associada ao sedentarismo em adultos e mostrou uma relação de pequena magnitude entre os idosos após ajuste. As variáveis tabagismo, padrão de consumo sócio-econômico e situação conjugal não

se mostraram associadas ao sedentarismo nas análises ajustadas. A baixa renda familiar apresentou-se como fator de risco para sedentarismo tanto em adultos, quanto em idosos. As pessoas que trabalham com remuneração apresentaram menor risco de sedentarismo em ambos os grupos etários. A autopercepção de saúde ruim esteve fortemente associada com o sedentarismo em ambas as faixas etárias. O fato de as pessoas identificarem ou não a prática de atividade física como um dos fatores mais importantes para a manutenção da saúde não se associou com a prevalência de sedentarismo. Da mesma forma, as pessoas que receberam prescrição para prática de atividade física em unidade básica de saúde no último ano não apresentaram prevalência de sedentarismo, diferentemente daquelas que não receberam tal prescrição.

As Tabelas 3 e 4 repetem as análises separadamente para as regiões Sul e Nordeste. Destacaremos nesta seção apenas as diferenças encontradas nos fatores de risco para sedentarismo entre as duas regiões. Em relação à variável sexo, os homens idosos apresentaram percentual significativamente maior de sedentarismo quando comparados às mulheres somente no Sul. Nesta região, a idade não se associou com o sedentarismo entre os adultos, porém foi determinante do sedentarismo em adultos do Nordeste. A renda familiar *per capita* foi um importante fator associado ao sedentarismo entre idosos do Sul, mas a mesma associação não foi detectada no Nordeste. O trabalho remunerado foi fator de proteção para sedentarismo em idosos da Região Sul, o que não ocorreu no Nordeste. Entre os adultos do Nordeste, aqueles que identificaram a atividade física como um dos fatores mais importantes para a manutenção da saúde foram os que apresentaram risco elevado para sedentarismo. Nos idosos do Sul, aqueles que receberam pres-

Tabela 2

Prevalência, análise bruta e ajustada para adultos e idosos em relação ao desfecho sedentarismo na população da área de abrangência de unidades básicas de saúde de estados do Sul e Nordeste do Brasil.

Variáveis (nível) *	%	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
<b>Adultos</b>					
Sexo (1)			< 0,001		< 0,001
Masculino	37,5	1,00		1,00	
Feminino	27,2	0,72 (0,66-0,79)		0,72 (0,66-0,79)	
Idade (anos) (1)			0,02 **		0,03 **
30-40	30,5	1,00		1,00	
41-50	30,2	0,99 (0,88-1,11)		0,99 (0,89-1,11)	
51-64	34,7	1,13 (1,02-1,26)		1,12 (1,00-1,24)	
65-70					
71-75					
76-79					
80 ou +					
Cor de pele (1)			0,23		0,24
Branca	32,4	1,00		1,00	
Não Branca	30,6	0,94 (0,86-1,04)		0,94 (0,85-1,03)	
Escolaridade (1) ***			0,16 **		0,89 **
Não estudou	37,8	1,00		1,00	
Fundamental incompleto	47,6	0,81 (0,72-0,91)		0,82 (0,72-0,93)	
Fundamental completo	30,7	0,83 (0,69-0,96)		0,86 (0,71-1,04)	
Médio incompleto	28,6	0,76 (0,60-0,96)		0,79 (0,61-1,03)	
Médio completo	30,4	0,80 (0,69-0,94)		0,87 (0,72-1,05)	
Superior	35	0,93 (0,74-1,15)		1,06 (0,82-1,37)	
Tabagismo (1)			0,96		0,1
Não, nunca fumou	30,8	1,00		1,00	
Já fumou	35,1	1,13 (1,02-1,27)		1,05 (0,95-1,18)	
Fumante atual	30,3	0,98 (0,87-1,10)		0,92 (0,83-1,04)	
Padrão de consumo sócio-econômico (1)			0,17 **		0,21 **
A, B ou C	30,4	1,00		1,00	
D	31,4	1,04 (0,92-1,16)		1,02 (0,91-1,15)	
E	33	1,09 (0,97-1,22)		1,09 (0,96-1,23)	
Situação conjugal (1)			0,53		0,98
Casado(a)/Com companheiro(a)	32,2	1,00		1,00	
Viúvo(a)	30,3	0,94 (0,78-1,13)		1,01 (0,83-1,23)	
Separado(a)/Divorciado(a)	29,6	0,92 (0,78-1,08)		0,96 (0,82-1,14)	
Solteiro(a)	32,1	1,00 (0,85-1,16)		1,02 (0,87-1,19)	
Renda familiar <i>per capita</i> (salários mínimos) (1)			0,13		0,04 **
Sem renda	41	1,00		1,00	
Até 1	32	0,76 (0,66-0,88)		0,77 (0,67-0,89)	
1,01-2	29,8	0,73 (0,61-0,86)		0,70 (0,59-0,84)	
2,01-3	30,6	0,74 (0,57-0,96)		0,72 (0,56-0,93)	
3 ou +	34,3	0,84 (0,64-1,09)		0,80 (0,61-1,05)	
Trabalho remunerado no último mês (2)			0,02		< 0,001
Não, licença ou nunca trabalhou	33,5	1,00		1,00	
Sim	30,1	0,90 (0,82-0,98)		0,82 (0,75-0,90)	
Autopercepção da saúde (3)			< 0,001 **		< 0,001
Excelente	27,8	1,00		1,00	
Muito boa	27,2	0,97 (0,74-1,30)		1,04 (0,79-1,38)	
Boa	29,3	1,05 (0,86-1,30)		1,12 (0,90-1,38)	
Regular	32,9	1,18 (0,96-1,45)		1,25 (1,01-1,55)	
Ruim	42,4	1,53 (1,22-1,91)		1,60 (1,28-2,02)	

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Variáveis (nível) *	%	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Identificação da atividade física como benefício para saúde (3)			0,47		0,6
Não	31,0	1,00		1,00	
Sim	32,1	1,04 (0,94-1,14)		1,03 (0,93-1,13)	
Prescrição de atividade física no último ano (4)			0,37		0,65
Não	31,0	1,00		1,00	
Sim	32,7	1,05 (0,94-1,19)		1,03 (0,91-1,16)	
Idosos					
Sexo (1)			0,09		0,007
Masculino	59,6	1,00		1,00	
Feminino	56,9	0,95 (0,90-1,00)		0,93 (0,88-0,98)	
Idade (anos) (1)			< 0,001 **		< 0,001 **
30-40					
41-50					
51-64					
65-70	47,0	1,00		1,00	
71-75	56,2	1,20 (1,11-1,29)		1,19 (1,10-1,29)	
76-79	64,7	1,38 (1,28-1,48)		1,36 (1,26-1,47)	
80 ou +	77,9	1,66 (1,55-1,77)		1,63 (1,52-1,74)	
Cor de pele (1)			0,001		0,03
Branca	56,3	1,00		1,00	
Não branca	61,9	1,10 (1,04-1,16)		1,05 (1,00-1,12)	
Escolaridade (1) ***			< 0,001		0,002
Não estudou	63,8	1,00		1,00	
Fundamental incompleto	52,7	0,83 (0,78-0,87)		0,89 (0,84-0,94)	
Fundamental completo					
Médio incompleto	46,1	0,72 (0,61-0,86)		0,85 (0,71-1,01)	
Médio completo					
Superior	50	0,78 (0,66-0,93)		0,95 (0,79-1,13)	
Tabagismo (1)			<0,001		0,81
Não, nunca fumou	55,6	1,00		1,00	
Já fumou	62	1,12 (1,05-1,18)		1,08 (1,02-1,15)	
Fumante atual	54	0,97 (0,89-1,06)		0,97 (0,89-1,06)	
Padrão de consumo sócio-econômico (1)			< 0,001		0,65
A, B ou C	52,7	1,00		1,00	
D	58,3	1,11 (1,02-1,20)		1,04 (0,96-1,14)	
E	61	1,16 (1,07-1,26)		1,03 (0,95-1,12)	
Situação conjugal (1)			0,1		0,31
Casado(a)/Com companheiro(a)	54,7	1,00		1,00	
Viúvo(a)	62,2	1,14 (1,08-1,21)		1,10 (1,03-1,17)	
Separado(a)/Divorciado(a)	52,5	0,96 (0,86-1,08)		1,00 (0,89-1,12)	
Solteiro(a)	57,6	1,05 (0,92-1,20)		1,05 (0,92-1,21)	
Renda familiar per capita (salários mínimos) (1)			< 0,001 **		< 0,001 **
Sem renda	60,1	1,00		1,00	
Até 1	60,3	1,00 (0,88-1,14)		0,98 (0,85-1,12)	
1,01-2	52,3	0,87 (0,75-1,00)		0,89 (0,76-1,03)	
2,01-3	37,4	0,62 (0,49-0,80)		0,63 (0,49-0,81)	
3 ou +	50	0,83 (0,66-1,06)		0,85 (0,67-1,07)	
Trabalho remunerado no último mês (2)			< 0,001		< 0,001
Não, licença ou nunca trabalhou	59,1	1,00		1,00	
Sim	39,9	0,67 (0,57-0,80)		0,74 (0,63-0,88)	

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Variáveis (nível) *	%	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Autopercepção da saúde (3)			< 0,001 **		< 0,001 **
Excelente	41,4	1,00		1,00	
Muito boa	37,4	0,90 (0,65-1,25)		0,87 (0,63-1,21)	
Boa	50,2	1,21 (0,96-1,54)		1,18 (0,93-1,49)	
Regular	58,6	1,41 (1,12-1,79)		1,36 (1,08-1,71)	
Ruim	71,7	1,73 (1,37-2,19)		1,62 (1,28-2,04)	
Identificação da atividade física como benefício para saúde (3)			0,72		0,42
Não	56,1	1,00		1,00	
Sim	55,4	0,99 (0,92-1,06)		0,97 (0,91-1,04)	
Prescrição de atividade física no último ano (4)			0,003		0,11
Não	59,3	1,00		1,00	
Sim	53,7	0,90 (0,85-0,97)		0,95 (0,89-1,01)	

\* Corresponde ao nível da variável no modelo hierárquico – cada associação foi ajustada para as variáveis do mesmo nível ou de nível superior no modelo;

\*\* Teste de tendência;

\*\*\* Para idosos, estão agrupadas as categorias da variável escolaridade: fundamental completo e ensino médio incompleto, assim como médio completo e superior.

Tabela 3

Prevalência de sedentarismo, análise bruta e ajustada para adultos e idosos na população da área de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios da Região Sul do Brasil, 2005.

Variáveis (nível) *	%	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Adultos					
Sexo (1)			< 0,001		< 0,001
Masculino	30,15	1,00		1,00	
Feminino	19,50	0,64 (0,55-0,76)		0,65 (0,55-0,76)	
Idade (anos) (1)			0,79 **		0,71 **
30-40	24,37	1,00		1,00	
41-50	23,90	0,98 (0,81-1,19)		0,97 (0,80-1,18)	
51-64	23,75	0,97 (0,80-1,18)		0,96 (0,80-1,17)	
65-70					
71-75					
76-79					
80 ou +					
Cor de pele (1)			0,007		0,01
Branca	25,39	1,00		1,00	
Não branca	18,64	0,73 (0,59-0,92)		0,75 (0,60-0,94)	
Escolaridade (1) ***			0,63 **		0,92 **
Não estudou	27,11	1,00		1,00	
Fundamental incompleto	23,11	0,85 (0,65-1,12)		0,81 (0,62-1,08)	
Fundamental completo	24,91	0,92 (0,66-1,27)		0,87 (0,62-1,21)	
Médio incompleto	19,59	0,72 (0,45-1,16)		0,63 (0,39-1,63)	
Médio completo	24,44	0,90 (0,65-1,25)		0,84 (0,59-1,18)	
Superior	29,47	1,09 (0,73-1,62)		1,04 (0,68-1,58)	
Tabagismo (1)			0,01		0,52
Não, nunca fumou	21,6	1,00		1,00	
Já fumou	28,75	1,33 (1,10-1,61)		1,24 (1,02-1,51)	
Fumante atual	23,44	1,09 (0,90-1,32)		1,06 (0,87-1,28)	

(continua)



Tabela 3 (continuação)

Variáveis (nível) *	%	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Padrão de consumo sócio-econômico (1)			0,46 **		0,96
A, B ou C	24,35	1,00		1,00	
D	24,32	1,00 (0,83-1,20)		1,02 (0,84-1,25)	
E	21,58	0,87 (0,70-1,12)		0,99 (0,76-1,29)	
Situação conjugal (1)			0,28		0,98
Casado(a)/Com companheiro(a)	25,07	1,00		1,00	
Viúvo(a)	22,08	0,88 (0,65-1,20)		1,05 (0,77-1,44)	
Separado(a)/Divorciado(a)	21,99	0,88 (0,66-1,16)		0,96 (0,72-1,27)	
Solteiro(a)	18,75	0,75 (0,54-1,05)		0,782 (0,56-1,09)	
Renda familiar per capita (salário mínimo) (1)			0,83 **		0,76 **
Sem renda	30,00	1,00		1,00	
Até 1	22,82	0,76 (0,57-1,02)		0,74 (0,55-1,00)	
1,01-2	24,63	0,82 (0,60-1,13)		0,77 (0,55-1,06)	
2,01-3	26,72	0,89 (0,60-1,32)		0,81 (0,55-1,22)	
3 ou +	24,49	0,82 (0,52-1,27)		0,77 (0,49-1,20)	
Trabalho remunerado no último mês (2)			0,44		0,02
Não, licença ou nunca trabalhou	24,79	1,00		1,00	
Sim	23,29	0,94 (0,80-1,10)		0,82 (0,70-0,97)	
Autopercepção da saúde (3)			0,08 **		0,03 **
Excelente	21,62	1,00		1,00	
Muito boa	22,88	1,06 (0,69-1,61)		1,08 (0,70-1,64)	
Boa	23,54	1,09 (0,78-1,51)		1,15 (0,82-1,61)	
Regular	22,96	1,06 (0,76-1,49)		1,14 (0,81-1,61)	
Ruim	33,75	1,56 (1,07-2,27)		1,65 (1,13-2,40)	
Identificação da atividade física como benefício para saúde (3) #	0,89		0,56		
Não	24,20	1,00		1,00	
Sim	23,80	0,99 (0,83-1,18)		1,05 (0,88-1,26)	
Prescrição de atividade física no último ano (4)			0,87		0,87
Não	23,51	1,00		1,00	
Sim	23,05	0,98 (0,78-1,23)		0,98 (0,78-1,23)	
Idosos					
Sexo (1)			0,1		0,005
Masculino	49,78	1,00		1,00	
Feminino	45,84	0,92 (0,84-1,01)		0,87 (0,79-0,96)	
Idade (anos) (1)			< 0,001 **		< 0,001 **
30-40					
41-50					
51-64					
65-70	36,79	1,00		1,00	
71-75	45,82	1,25 (1,09-1,43)		1,26 (1,10-1,44)	
76-79	53,67	1,46 (1,27-1,67)		1,46 (1,27-1,68)	
80 ou +	69,44	1,89 (1,67-2,13)		1,90 (1,68-2,15)	
Cor de pele (1)			0,94		0,29
Branca	47,37	1,00		1,00	
Não branca	47,15	0,99 (0,88-1,13)		0,93 (0,82-1,06)	
Escolaridade (1) ***			< 0,001		0,06
Não estudou	52,23	1,00		1,00	
Fundamental incompleto	45,60	0,87 (0,79-0,96)		0,94 (0,85-1,04)	
Fundamental completo					
Médio incompleto	34,48	0,66 (0,50-0,89)		0,76 (0,57-1,01)	
Médio completo					
Superior	37,50	0,72 (0,52-0,99)		0,87 (0,63-1,21)	

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Variáveis (nível) *	%	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Tabagismo (1)			0,94		0,53
Não, nunca fumou	45,84	1,00		1,00	
Já fumou	50,95	1,11 (1,00-1,23)		1,14 (1,02-1,27)	
Fumante atual	43,01	0,94 (0,81-1,09)		1,00 (0,85-1,17)	
Padrão de consumo sócio-econômico (1)			0,08		0,94
A, B ou C	42,53	1,00		1,00	
D	51,32	1,20 (1,06-1,37)		1,15 (1,01-1,31)	
E	48,25	1,13 (0,99-1,30)		1,02 (0,89-1,18)	
Situação conjugal (1)			0,93		0,93
Casado(a)/Com companheiro(a)	44,77	1,00		1,00	
Viúvo(a)	51,41	1,15 (1,04-1,27)		1,13 (1,00-1,28)	
Separado(a)/Divorciado (a)	39,86	0,89 (0,71-1,11)		0,97 (0,78-1,21)	
Solteiro(a)	41,18	0,92 (0,69-1,23)		0,91 (0,67-1,23)	
Renda familiar <i>per capita</i> (salário mínimo) (1)			< 0,001 **		0,001 **
Sem renda	48,48	1,00		1,00	
Até 1	50,37	1,04 (0,81-1,34)		1,06 (0,82-1,39)	
1,01-2	44,20	0,91 (0,69-1,20)		0,96 (0,73-1,28)	
2,01-3	29,63	0,61 (0,42-0,90)		0,64 (0,43-0,95)	
3 ou +	36,92	0,76 (0,51-1,14)		0,80 (0,54-1,21)	
Trabalho remunerado no último mês (2)			< 0,001		0,002
Não, licença ou nunca trabalhou	48,80	1,00		1,00	
Sim	27,87	0,57 (0,43-0,76)		0,63 (0,47-0,84)	
Autopercepção da saúde (3)			< 0,001 **		< 0,001 **
Excelente	25,81	1,00		1,00	
Muito boa	30,14	1,17 (0,67-2,02)		1,01 (0,60-1,72)	
Boa	40,24	1,56 (1,01-2,40)		1,40 (0,94-2,10)	
Regular	48,18	1,87 (1,22-2,86)		1,63 (1,09-2,43)	
Ruim	65,14	2,52 (1,64-3,88)		2,25 (1,51-3,36)	
Identificação da atividade física como benefício para saúde (3) #			0,52		0,51
Não	47,10	1,00		1,00	
Sim	45,40	0,96 (0,86-1,08)		0,96 (0,86-1,08)	
Prescrição de atividade física no último ano (4)			0,006		0,04
Não	48,88	1,00		1,00	
Sim	40,85	0,84 (0,73-0,95)		0,88 (0,77-0,99)	

\* Corresponde ao nível da variável no modelo hierárquico – cada associação foi ajustada para as variáveis do mesmo nível ou de nível superior no modelo;

\*\* Teste de tendência;

\*\*\* Para idosos, estão agrupadas as categorias da variável escolaridade: fundamental completo e ensino médio incompleto, assim como médio completo e superior;

# Mencionou a atividade física como um dos três fatores mais importantes para a manutenção da saúde.

crição para prática de atividade física no último ano apresentaram proteção para sedentarismo em comparação aos que não receberam tal prescrição.

Quanto ao modelo de atenção, o percentual médio de sedentarismo em adultos residentes nas áreas de abrangência de unidades básicas de saúde do modelo tradicional foi de 30,3%; nas unidades básicas de saúde de PSF o percentual

foi de 34,7% pré-PROESF e 29,9% pós-PROESF ( $p = 0,01$ ). Entre os idosos, as respectivas proporções foram 54,4%, 63,8% e 54,9% ( $p < 0,001$ ).

Nas áreas onde o percentual médio de sedentarismo dos profissionais de saúde foi 0%, 26,9% dos adultos foram classificados como sedentários. Nas unidades onde o percentual médio de sedentarismo nos profissionais de saúde esteve entre 90,1% e 100%, a prevalência de sedentarismo em

Tabela 4

Prevalência de sedentarismo, análise bruta e ajustada para adultos e idosos na população da área de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios da Região Nordeste do Brasil, 2005.

Variáveis (nível) *	%	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Adultos					
Sexo (1)			< 0,001		< 0,001
Masculino	43,63	1,00		1,00	
Feminino	34,86	0,80 (0,72-0,89)		0,80 (0,72-0,89)	
Idade (anos) (1)			< 0,001 **		< 0,001 **
30-40	32,27	1,00		1,00	
41-50	36,25	1,03 (0,90-1,18)		1,02 (0,90-1,18)	
51-64	46,50	1,32 (1,16-1,49)		1,31 (1,16-1,48)	
65-70					
71-75					
76-79					
80 ou +					
Cor de pele (1)			0,001		0,002
Branca	42,34	1,00		1,00	
Não branca	35,31	0,83 (0,75-0,93)		0,84 (0,75-0,94)	
Escolaridade (1) ***			0,20 **		0,34 **
Não estudou	41,32	1,00		1,00	
Fundamental incompleto	38,98	0,94 (0,88-1,08)		0,94 (0,82-1,07)	
Fundamental completo	39,15	0,95 (0,77-1,16)		0,96 (0,78-1,19)	
Médio incompleto	37,25	0,90 (0,69-1,18)		0,95 (0,73-1,25)	
Médio completo	35,26	0,85 (0,71-1,02)		0,87 (0,72-1,05)	
Superior	41,46	1,00 (0,76-1,32)		0,99 (0,75-1,32)	
Tabagismo (1)			0,66		0,58
Não, nunca fumou	38,10	1,00		1,00	
Já fumou	40,38	1,06 (0,93-1,20)		0,96 (0,84-1,10)	
Fumante atual	39,13	1,03 (0,90-1,18)		0,96 (0,84-1,11)	
Padrão de consumo sócio-econômico (1)			0,22 **		0,24
A, B ou C	40,71	1,00		1,00	
D	38,39	0,94 (0,82-1,09)		0,93 (0,80-1,09)	
E	37,44	0,92 (0,80-1,05)		0,91 (0,77-1,07)	
Situação conjugal (1)			0,79		0,25
Casado(a)/Com companheiro(a)	38,88	1,00		1,00	
Viúvo(a)	39,85	1,02 (0,80-1,27)		0,98 (0,77-1,24)	
Separado(a)/Divorciado(a)	36,54	0,94 (0,78-1,14)		0,99 (0,81-1,20)	
Solteiro(a)	41,2	1,06 (0,90-1,25)		1,14 (0,96-1,35)	
Renda familiar per capita (salário mínimo) (1)			0,53 **		0,98 **
Sem renda	47,92	1,00		1,00	
Até 1	37,21	0,78 (0,66-0,91)		0,78 (0,66-0,92)	
1,01-2	38,92	0,83 (0,67-1,03)		0,78 (0,61-0,98)	
2,01-3	40,82	0,85 (0,59-1,23)		0,81 (0,55-1,18)	
3 ou +	57,14	1,19 (0,88-1,61)		1,15 (0,83-1,60)	
Trabalho remunerado no último mês (2)			0,06		0,003
Não, licença ou nunca trabalhou	40,92	1,00		1,00	
Sim	36,84	0,90 (0,81-1,00)		0,84 (0,75-0,94)	
Autopercepção da saúde (3)			0,002 **		0,004 **
Excelente	35,23	1,00		1,00	
Muito boa	34,02	0,97 (0,67-1,39)		1,03 (0,71-1,49)	
Boa	35,83	1,02 (0,78-1,32)		1,06 (0,81-1,38)	
Regular	39,91	1,13 (0,88-1,46)		1,17 (0,90-1,52)	
Ruim	47,69	1,35 (1,08-1,78)		1,38 (1,04-1,83)	

(continua)

Tabela 4 (continuação)

Variáveis (nível) *	%	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Identificação da atividade física como benefício para saúde (3) #			0,03		0,01
Não	34,80	1,00		1,00	
Sim	40,20	1,16 (1,01-1,32)		1,18 (1,04-1,34)	
Prescrição de atividade física no último ano (4)			0,65		0,32
Não	38,37	1,00		1,00	
Sim	39,56	1,03 (0,90-1,17)		0,92 (0,77-1,09)	
Idosos					
Sexo (1)			0,73		0,29
Masculino	67,92	1,00		1,00	
Feminino	67,20	0,99 (0,93-1,05)		0,97 (0,90-1,03)	
Idade (anos) (1)			< 0,001 **		< 0,001 **
30-40					
41-50					
51-64					
65-70	56,70	1,00		1,00	
71-75	66,03	1,16 (1,07-1,27)		1,16 (1,06-1,26)	
76-79	74,48	1,31 (1,21-1,43)		1,30 (1,20-1,42)	
80 ou +	84,01	1,48 (1,37-1,60)		1,46 (1,35-1,58)	
Cor de pele (1)			0,89		0,78
Branca	67,58	1,00		1,00	
Não branca	67,29	1,00 (0,94-1,06)		1,01 (0,95-1,08)	
Escolaridade (1) ***			0,004		0,15
Não estudou	70,05	1,00		1,00	
Fundamental incompleto	63,15	0,90 (0,84-0,97)		0,93 (0,87-1,00)	
Fundamental completo					
Médio incompleto	61,19	0,87 (0,72-1,06)		0,96 (0,79-1,17)	
Médio completo					
Superior	61,43	0,88 (0,73-1,06)		0,96 (0,79-1,16)	
Tabagismo (1)			0,08		0,6
Não, nunca fumou	66,42	1,00		1,00	
Já fumou	69,85	1,05 (0,99-1,12)		1,12 (0,95-1,09)	
Fumante atual	63,55	0,96 (0,87-1,05)		0,96 (0,87-1,16)	
Padrão de consumo sócio-econômico (1)			0,8		0,23
A, B ou C	69,89	1,00		1,00	
D	66,20	0,95 (0,86-1,04)		0,93 (0,84-1,03)	
E	67,93	0,97 (0,89-1,66)		0,93 (0,85-1,02)	
Situação conjugal (1)			< 0,001		0,22
Casado(a)/Com companheiro(a)	63,27	1,00		1,00	
Viúvo(a)	72,34	1,15 (1,07-1,22)		1,07 (1,00-1,14)	
Separado(a)/Divorciado(a)	63,19	1,00 (0,88-1,13)		1,01 (0,89-1,15)	
Solteiro(a)	67,57	1,07 (0,93-1,23)		1,06 (0,93-1,22)	
Renda familiar per capita (salário mínimo) (1)			0,74 **		0,91 **
Sem renda	68,97	1,00		1,00	
Até 1	67,33	0,98 (0,84-1,13)		0,94 (0,81-1,09)	
1,01-2	68,88	1,00 (0,84-1,18)		0,97 (0,81-1,16)	
2,01-3	58,97	0,85 (0,64-1,15)		0,86 (0,63-1,18)	
3 ou +	77,42	1,12 (0,89-1,42)		1,04 (0,80-1,34)	
Trabalho remunerado no último mês (2)			0,06		0,38
Não, licença ou nunca trabalhou	67,91	1,00		1,00	
Sim	56,98	0,84 (0,70-1,01)		0,92 (0,76-1,11)	

(continua)

Tabela 4 (continuação)

Variáveis (nível) *	%	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Autopercepção da saúde (3)			< 0,001 **		< 0,001 **
Excelente	64,29	1,00		1,00	
Muito boa	48,00	0,75 (0,52-1,08)		0,70(0,47-1,05)	
Boa	60,64	0,94 (0,75-1,19)		0,93 (0,73-1,18)	
Regular	67,58	1,05 (0,84-1,32)		1,03 (0,82-1,30)	
Ruim	76,11	1,18 (0,94-1,49)		1,14 (0,90-1,43)	
Identificação da atividade física como benefício para saúde (3) #			0,93		0,71
Não	65,20	1,00		1,00	
Sim	65,00	1,00 (0,92-1,08)		0,99 (0,91-1,06)	
Prescrição de atividade física no último ano (4)			0,01		0,1
Não	69,29	1,00		1,00	
Sim	63,13	0,91 (0,85-0,98)		0,94 (0,87-1,01)	

\* Corresponde ao nível da variável no modelo hierárquico – cada associação foi ajustada para as variáveis do mesmo nível ou de nível superior no modelo;

\*\* Teste de tendência;

\*\*\* Para idosos, estão agrupadas as categorias da variável escolaridade: fundamental completo e ensino médio incompleto, assim como médio completo e superior;

# Mencionou a atividade física como um dos três fatores mais importantes para a manutenção da saúde.

adultos foi de 31,4%. No entanto, a prevalência de sedentarismo em adultos ( $p = 0,27$ ) e idosos ( $p = 0,86$ ) não se associou com o percentual médio de sedentarismo dos profissionais que trabalham nas unidades básicas de saúde da área.

## Discussão

A prevalência de sedentarismo em adultos detectada nesse estudo (31,8%) foi inferior à encontrada em pesquisas anteriores que utilizaram o mesmo instrumento. Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, Hallal et al. <sup>7</sup> detectaram uma prevalência de 41,1%, avaliando adultos de 20 anos ou mais. No Estado de São Paulo, Matsudo & Matsudo <sup>17</sup> encontraram um percentual de 46,5%. A principal fonte de comparação com os nossos resultados é o inquérito realizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) <sup>18</sup> em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal. No estudo do INCA, o percentual de sedentarismo variou de 28% a 55%, sendo João Pessoa a capital mais sedentária do país <sup>18</sup>. Este achado está de acordo com o observado no presente estudo, que indicou que os residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde do Nordeste são mais sedentários do que os da Região Sul. Vários outros estudos sobre atividade física foram conduzidos no Brasil, mas a utilização de instrumentos e pontos de corte distintos dos usados neste trabalho inviabiliza a comparação com tais pesquisas.

Estudos sobre atividade física específicos em idosos são raros na literatura nacional. Vários dos estudos supracitados incluíram adultos e idosos. Uma particularidade referente aos idosos é a dificuldade de mensuração de atividade física nesse grupo etário. O IPAQ é recomendado para indivíduos de 18-64 anos <sup>13</sup>, mas grupos de pesquisa nacionais e estrangeiros vêm utilizando o instrumento com sucesso além dessa faixa etária <sup>17,19,20</sup>.

Nosso achado de nível de atividade física mais elevado (ou pelo menos igual) entre as mulheres do que entre os homens está de acordo com estudos que avaliam as quatro esferas da atividade física (atividades ocupacionais, de lazer, deslocamento e serviços domésticos) <sup>17</sup>. Estudos sobre atividade física de lazer, no entanto, mostram que os homens são mais ativos do que as mulheres <sup>7,18,21</sup>. A associação entre prática de atividade física e indicadores sócio-econômicos tem despertado interesse dos pesquisadores da área. Estudos anteriores sugerem que tal associação depende dos domínios da atividade física avaliados. No lazer, por exemplo, as pessoas mais ricas praticam maior quantidade de atividade física. Já o deslocamento ativo para o local de trabalho e as atividades físicas ocupacionais são mais comuns entre os indivíduos mais pobres <sup>22</sup>. Essa associação com renda foi evidente mesmo em populações relativamente homogêneas, como as de residentes em áreas de abrangência das unidades básicas de saúde. A associação positiva

entre autopercepção de saúde e nível de atividade física está de acordo com a literatura, indicando que pessoas mais ativas classificam sua saúde de forma mais positiva do que os sedentários<sup>7</sup>.

Uma das intenções gerais do PROESF é discutir sobre os desfechos em saúde levando em conta o modelo de atenção básica, que se mostrou relevante, uma vez que os moradores em áreas de abrangência de PSF Pré-PROESF eram os mais sedentários. No entanto, a falta de associação entre sedentarismo dos profissionais e sedentarismo de adultos e idosos sugere que o contexto de maior pobreza da população de áreas de abrangência do PSF pode ser uma explicação para o achado<sup>3</sup>. Embora não se descarte o efeito de outras características dos modelos de atenção, essa possibilidade é reforçada pela associação da baixa renda familiar com sedentarismo encontrada neste estudo para adultos e idosos.

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. Inicialmente, deve-se ter cuidado em extrapolar nossos achados para a população em geral, visto que nossa amostra é composta por indivíduos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde, o que implica, de acordo com a realidade sanitária brasileira, uma amostra mais pobre do que a população em geral<sup>3</sup>. Nossa taxa de não-resposta inclui não só as pessoas selecionadas nos domicílios que se recusaram a participar do estudo, como também domicílios nos quais não foram encontrados moradores, o que pode gerar uma subestimativa do percentual de não-respondentes. Optamos por analisar os dados de adultos e idosos separadamente exatamente porque a probabilidade de seleção foi diferente para cada grupo; um mesmo número de sujeitos era necessário pelo cálculo de tamanho de amostra em cada faixa etária, embora existam mais adultos do que idosos na população.

Entre as vantagens do presente estudo, pode-se destacar a abrangência regional da investigação, que incluiu 41 cidades de porte médio ou grande (+100 mil habitantes) em duas regiões do Brasil. Com exceção do inquérito do INCA e da *Pesquisa de Padrão de Vida* (PPV), não existem

estudos com essa abrangência no Brasil<sup>18,21</sup>. Outro aspecto positivo é a utilização do IPAQ, um questionário que foi desenvolvido por diversos pesquisadores de vários países (inclusive o Brasil), para produzir dados comparáveis relacionados à prática de atividade física<sup>14</sup>. A opção de utilizarmos um ponto de corte similar ao empregado em outros estudos e de acordo com as recomendações atuais quanto à prática de atividade física aumenta a comparabilidade de nossos dados com estudos prévios e futuros. Outro aspecto fundamental é que o poder estatístico, em geral, foi suficiente para as análises estratificadas por região e grupo etário, permitindo que diferenças relevantes fossem detectadas como estatisticamente significativas.

Um dos projetos atuais do Ministério da Saúde é inserir a prática de atividade física no cotidiano da rede básica de saúde. Algumas iniciativas nacionais, como a Academia da Cidade no Recife, indicam que tal inserção poderia ser útil para a diminuição do sedentarismo na população<sup>23</sup>. Finalmente, conclui-se que os níveis de sedentarismo entre os indivíduos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde nos estados do Sul e Nordeste do Brasil são elevados.

Embora as pessoas saibam que a atividade física é importante para a saúde, a prescrição de atividade física por parte de profissionais de saúde dessas unidades ainda é insuficiente para promover alterações na atitude das pessoas em relação à prática de atividade física. Pode-se concluir ainda que as unidades básicas de saúde não estão atendendo as necessidades dos usuários em relação à prática da atividade física como instrumento de promoção da saúde.

Essas observações sugerem que são necessários projetos e ações estruturadas e participativas entre os profissionais e população, além de investimentos por parte da atenção básica brasileira, com objetivo de qualificar e reorganizar o sistema, para melhor atender a população, promovendo a saúde desta no que se refere à prática de atividade física e a conseqüente diminuição do sedentarismo.

## Resumo

*As mudanças na pirâmide demográfica brasileira e conseqüente envelhecimento populacional têm promovido aumento de doenças crônicas. Nesta realidade, as unidades básicas de saúde e a atividade física ganham importância. Em um estudo com delineamento transversal, avaliou-se a prevalência de sedentarismo e fatores associados em 4.060 adultos e 4.003 idosos, residentes em áreas de unidades básicas de saúde de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, em sete estados do Brasil. A prevalência de sedentarismo foi de 31,8% (IC95%: 30,4-33,2) e 58% (IC95%: 56,4-59,5) para adultos e idosos respectivamente, sendo sempre maior na Região Nordeste e nos homens. Baixa renda familiar foi fator de risco para sedentarismo nos adultos e idosos, enquanto a baixa escolaridade apresentou um efeito somente entre os idosos. Houve relação inversa entre autopercepção de saúde e sedentarismo para adultos e idosos. A prevalência média de sedentarismo foi maior na área de abrangência das unidades básicas de saúde Pré-PROESF em comparação aos outros modelos de atenção básica. Conclui-se que a prevalência de sedentarismo é muito elevada e que os grupos sócio-econômicos mais desfavorecidos apresentam nível menor de atividade física.*

*Atividade Motora; Centros de Saúde; Adulto; Idoso*

## Colaboradores

F.V. Siqueira contribuiu na concepção do artigo, análise de dados, interpretação e redação final do artigo; coordenou o trabalho de campo do estudo e participou da elaboração dos instrumentos e processamento de dados. L. A. Facchini colaborou na revisão do manuscrito. R. X. Piccini, E. Tomasi, E. Thumé e D. S. Silveira participaram da elaboração dos instrumentos e demais etapas do estudo, bem como da revisão do artigo. P. C. Hallal revisou o trabalho, desde sua concepção até a redação final, principalmente na parte específica relacionada à atividade física.

## Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde do Brasil e ao Banco Mundial, pelo apoio financeiro.

## Referências

1. Monteiro CA. Novos e velhos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Editora Hucitec/Universidade de São Paulo; 1995.
2. Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1269-76.
3. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.
4. Shepard RJ. Physical activity, fitness and health: the current consensus. *Quest* 1995; 47:228-303.
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. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35:1894-900.
8. Barros MV, Nahas MV. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:554-63.
9. Garrett NA, Brasure M, Schmitz KH, Schultz MM, Huber MR. Physical inactivity: direct cost to a health plan. *Am J Prev Med* 2004; 27:304-9.
10. Fuscaldo JM. Prescribing physical activity in primary care. *WV Med J* 2002; 98:250-3.
11. Chakravarthy MV, Joyner MJ, Booth FW. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Mayo Clin Proc* 2002; 77:165-73.

12. Ministério da Saúde. Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESE Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35:1381-95.
14. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the surgeon general. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
15. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
16. Victora CG, Huttly SR, Fuches SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26:224-7.
17. Matsudo SM, Matsudo VR. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciênc Mov* 2002;10:41-50.
18. Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
19. Barros MV, Nahas MV. Health risk behaviors, health status self-assessment and stress perception among industrial workers. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:554-63.
20. Castanho VS, Oliveira LS, Pinheiro HP, Oliveira HC, de Faria EC. Sex differences in risk factors for coronary heart disease: a study in a Brazilian population. *BMC Public Health* 2001; 1:3.
21. Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bensenor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 14:246-54.
22. Bacchieri G, Gigante DP, Assunção MC. Determinants and patterns of bicycle use and traffic accidents among bicycling workers in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1499-508.
23. Secretaria da Saúde, Prefeitura Municipal de Recife. Academia da Cidade. <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/academia.php> (acessado em 25/Jan/2007).

---

Recebido em 13/Fev/2007

Versão final reapresentada em 09/Mai/2007

Aprovado em 16/Mai/2007