

**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

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 a Saúde

Orientador(es): Prof^o Dr. Wagner Pinto
Prof^a Dra. Rosalina

Koifman

RIO BRANCO - AC

2009

Silva, Robéria Mota

Prevalência e Fatores associados à prática de Atividade Física no município de Rio Branco Acre 2007-2008. / Robéria Mota da Silva. Rio Branco:

Orientadores: Wagner Pinto

Rosalina Jorge Koifman

Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Federal do Acre.

1. Atividade Física. 2. Lazer. 3. Sedentarismo. 4. Inquérito 5. Fatores Epidemiológicos..

Aos meus pais:

Antonio Amilcar (in memória) e Maria Raimunda.

Ao meu marido José Eduardo.

Dedico

SUMÁRIO

Lista	de	
abreviaturas.....		7
Lista de tabelas e figuras.....		
8		
1	-	
Introdução.....		10
2 - Referencial Teórico		11
2.1 - Conceitos e Definições.....		11
2.2	Dados	
Epidemiológicos.....		12
2.3 - Fatores Relacionados à Adesão a prática de Atividade Física.....		13
2.4 - Benefícios da prática de Atividade Física.....		14
2.5 - Políticas de Promoção à Saúde.....		15
3	-	
Justificativa.....		17
4 - Objetivos		
18		
4.1	-	
	Objetivo	Geral
.....		18

4.2	-	Objetivos	
Específicos.....			18
Artigo 1.....			19
Resumo			
.....			20
1 - Introdução.....			
			21
2 - Metodologia.....			
			24
3 - Resultados			
			27
4 - Discussão			
			33
5 - Conclusão			
			36
6	-	Referências Bibliográficas (Artigo 1)	
.....			37
Artigo 2.....			41
Resumo			
			42
1 - Introdução.....			43
2			-
Metodologia.....			45
3 - Resultados			
			47

4	-	Discussão	
.....			52
5	-	Conclusão
.....			54
6	-	Referências Bibliográficas (do artigo 2):
.....			55
8	-	Referências Bibliográficas (da dissertação):
.....			58
9	-	Anexos	
.....			64
Anexo	1:	Parecer	do
CEP.....			64
Anexo 2: Termo de consentimento informado, livre e esclarecido (para maiores de idade).....			
65			
Anexo	3:	Instrumentos	de coleta
.....			66

LISTA DE ABREVIATURAS

AVDs	Atividade de vida diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
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	National Health and Nutrition Examination Survey
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
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

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 faixas 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

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 intervalo de confiança (IC) nas variáveis associadas ao sedentarismo.....49

Tabela 3: Prevalência do sedentarismo por fatores associados 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 homem, 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 a sua volta, fazendo o que hoje chamamos de esporte e lazer ¹. Mas a finalidade dessa busca nem sempre foi à 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 humanidade ².

Com o passar dos tempos o homem foi mudando seus hábitos pessoais, tornando seu lazer mais sedentários, como consequência trazida pela modernidade e pelo processo da industrialização ³. Isso levou a redução da necessidade humana de se expor a esforços

físicos dentro do ambiente ocupacional, aumento do tempo despendido assistindo televisão, e com o incentivo às práticas de lazer eletrônicas e sedentárias, 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.

Desta forma, o sedentarismo passa a ser visto como um importante problema de saúde pública, estando ligado as 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 lugar importante 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 série históricas apontando para um aumento progressivo deste acometimento nas últimas décadas ⁹.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conceitos e Definições

Alguns autores tentam estabelecer a diferença entre a 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 física ¹⁰. Atualmente existem várias terminologias que indicam baixos níveis de atividade física. Esta falta de padronização se

deve a dificuldade de uma mensuração que envolva as atividades ocupacionais e de lazer¹¹.

Em concordância com os autores acima, a World Health Organization (WHO)¹² defini atividade física como um comportamento de grande movimento muscular realizado no decorrer do dia; enquanto que o exercício físico é uma subdivisão da atividade física que exige comportamento intencional e repetitivo, muitas vezes com maior intensidade.

A WHO¹³ 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 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 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. O sedentarismo associado a uma dieta inadequada é responsável por aproximadamente 300 mil mortes de norte-americanos por

ano. E só no ano de 2000, teve um gasto de 76 bilhões de dólares com custos médicos¹⁴. Na população adulta deste país, apenas 21% a 34% atingem o nível de caminhada recomendada pela WHO¹⁵.

Os gastos com as DANTs são muito alto, 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 adotar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco, além de medidas de promoção, prevenção e controle dessas doenças^{16,17}.

Um estudo realizado pelo sistema Vigitel¹⁸ 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 realizados 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 sexo masculino de 57,3%¹⁹.

Pitanga e Lessa (2005) observaram, em um estudo transversal 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 indivíduos na faixa etária de 40 a 59 anos apresentaram maior prevalência de sedentarismo (79,4%)²⁰.

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 estudada.

2.3 Fatores Relacionados à Adesão a 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 socioeconômica^{1,22}.

Domingues e col.²³, em um inquérito, observou que a grande maioria da população reconhece a importância da prática de exercícios, no entanto uma minoria considera indispensável para os processos de crescimento e envelhecimento saudável. Nos homens o conhecimento sobre exercício físico esteve associado ao nível social, grau de escolaridade e IMC (índice de massa corporal), enquanto nas mulheres essa associação ocorreu com o nível social, escolaridade, idade, cor da pele e situação conjugal. Os autores apontam para um maior conhecimento entre as mulheres, no entanto, sem que isso aumente o nível de atividade física.

Para Alves e col.²⁴, perceberam, num estudo transversal, que a maioria dos estudantes universitários sedentários, não possuíam relatos de prática de atividade esportiva na 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. Assim 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 prazo^{25,26}.

Tais benefícios relacionados à prática regular de exercícios físicos, incluem: melhora da função cognitiva, dos transtornos de sono e do humor^{27, 28} no período gestacional traz benefícios tanto para a saúde materna como para o feto²⁹; está associado a maiores níveis de lipoproteína de alta densidade, importante fator de proteção para o desenvolvimento de síndrome metabólica⁴; efeitos positivos no tratamento da aterosclerose,

**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**

da osteoporose, na redução da ansiedade, melhoram da resposta imunológica⁶; reduz os riscos de doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, diabetes tipo II, câncer de cólon e de mama, prevenção ou controle da hipertensão arterial, do peso corporal, e reduz comportamento de risco como uso de álcool, fumo, drogas, violência – aumentando a interação e integração social¹².

Estes benefícios são gerados por diversos mecanismos fisiológicos tais como o aumento na depleção da glicose¹², com melhora da sensibilidade insulínica, 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 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 estimativas 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 1,82 – 7,87) para 1,18 (IC 0,64 – 2,20), naquelas com moderada nível de atividade ocupacional. Baseado nestes dados os autores defendem a prática de atividade física como benefício para a prevenção de AVC³⁰.

Em um estudo caso-controle os autores, 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 a 62 anos. De acordo com os autores a atividade física de lazer mostrou-se como fator de proteção para o câncer de cólon ³¹.

2.5 Políticas de Promoção à Saúde

A maioria das doenças está relacionada ao estilo de vida das pessoas e seu ambiente físico e social, sendo que as escolhas individuais no estilo de vida são fortemente relacionadas aos hábitos e valores coletivos^{9,32}. O comportamento familiar, por exemplo, influencia a prática de atividade física, estando à decisão dos pais de permitir que os filhos pratiquem exercícios, dependendo do local da prática³³. Por isso, ações efetivas de promoção de saúde precisam combinar estratégias dirigidas aos indivíduos e a coletividade. Desta forma, uma mudança nesses fatores, reduziria a incidência destas doenças, protelando o aparecimento e promovendo saúde⁹.

Uma ação primária para a promoção da saúde é a prática regular de atividade física. Existem três pilares de atuação que devem combinar as ações: incentivo a prática de atividade física, difundindo informações e campanhas educativas; apoio com viabilização de espaços públicos adequados a prática regular de atividade física, tornando mais factível à adesão a esta prática; e as medidas de proteção, impedindo que o indivíduo e a coletividade fiquem expostos a fatores e situação que estimulem a prática de hábitos não saudáveis⁹.

3. JUSTIFICATIVA

Com os dados epidemiológicos descritos acima, podemos perceber que 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 fidedigno e confiável, com prevalências e fatores associados, da população local fisicamente ativa. Assim, este estudo fornecerá informações importantes que poderão auxiliar gestores na melhor adequação das estratégias pública de intervenção, e criação de programas de incentivos e divulgação de um estilo de vida ativo.

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

- Verificar a prevalência de atividade física de lazer;
- Verificar a prevalência de sedentarismo;
- Avaliar fatores associados à prática de atividade física, como:
 - acesso a locais adequados a prática de atividade física (local de setor censitário);
 - gênero;
 - faixa etária;
 - grau de escolaridade;
 - renda familiar;

- uso de bebida alcóolica;
- quantidade de horas em frente a TV;
- índice de massa corporal (IMC);
- consumo de tabaco

ARTIGO 1

Nível de atividade física de lazer e fatores associados em adultos no município de Rio Branco, Acre 2007-2008.

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

*** 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 agravos não transmissíveis. A prática de atividade física de lazer tem sido associada a redução desses riscos 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 a 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 adotado o nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados preliminares:** Foram entrevistadas 1407 pessoas, 44,13% do sexo masculino e 55,87% do sexo feminino, a faixa etária média da amostra foi entre 25 e 35 anos 28,25%. Somente 13,8% da população referiram prática de exercícios nas horas de lazer, entre as mulheres 10% eram ativas e entre os homens 18,5%. Os fatores que apresentaram uma estimativa de risco, estatisticamente significativo, associado a não realização de exercícios físicos no lazer foram: o sexo feminino com RP 1,10 (IC 1,04-1,16); nível de escolaridade abaixo de 8 anos de estudos RP 1,24 (IC 1,11-1,39); não acesso a locais adequados à prática de exercícios RP 1,12 (IC 1,07-1,17); consumo diário de tabaco RP 1,11 (IC 1,04-1,18); faixa etária de 56 a 65 anos RP 1,17 (IC 1,09-1,25).

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 adequados à prática de exercícios apresentam maior estimativa de risco de inatividade.

Palavras-chaves: Inquérito, atividade física lazer, fatores associados.

Nível de atividade física de lazer e fatores associados em adultos no município de Rio Branco, Acre 2007-2008.

1- INTRODUÇÃO

O sedentarismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública, estando ligado as 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^{1,2,3,4,5,6}.

Cada vez mais o acometimento por estas doenças vem aumentando 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, que resultou num novo perfil de morbimortalidade. 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}.

Os gastos com as DANTs são muito altos, cerca de R\$7,5 bilhões/ano, já que se tratam de doenças de longa duração que demandam muitas ações, procedimentos e serviços de

saúde – tanto ambulatorial como de internação hospitalar. Daí a importância em se adotar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco, além de medidas de promoção, prevenção e controle dessas doenças⁷.

Estimativas nacionais recentes mostram que em 2004 as DANTs representavam 62,8% do total de mortes por causas conhecidas, com algumas série históricas apontando para um aumento progressivo deste acometimento nas últimas décadas. E uma das formas de se prevenir ou melhorar o prognóstico destas doenças é a prática de atividade física⁹.

A WHO 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 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 semana¹⁰.

A prevalência de atividade física de lazer tem-se mostrado associada ao gênero, a renda familiar, escolaridade e faixa etária. Apresenta uma menor prevalência entre os indivíduos do sexo feminino, baixa renda e com baixos níveis de escolaridade^{11,12}. No percentual de mulheres que apresentam alguma prática de exercícios no lazer, observa-se que este percentual é maior entre aquelas de maior faixa etária e com maior escolaridade¹³.

Um estudo realizado pelo sistema Vigitel (2008) 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 12,1% em São Paulo e 21,5% em Palmas, com as maiores prevalências sendo encontradas entre o sexo masculino. Em Rio Branco, o percentual total da população foi de 15,3%, com 20,8% no sexo masculino e 10,2% no feminino¹⁴.

Existe uma diferença entre a atividade física e exercício físico. Sendo a atividade física 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 física¹⁵. Tanto uma como a outra podem ser aplicadas como prevenção das DANTS¹⁶. No entanto, o presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência de atividade física de lazer e os fatores associados na população adulta do município de Rio Branco, Acre.

2- METODOLOGIA

2.1 – Fonte de dados

A pesquisa que originou os dados do presente estudo, foi um inquérito de base populacional, “*Saúde e nutrição em crianças e adultos no município de Rio Branco, Acre*”, 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) através do 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 foi feito a seleção 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 à anuência à participação da pesquisa de todos adultos que se encontravam no domicílio no momento da entrevista.

2.4 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.

2.5 População de estudo

Foram entrevistados 1516 indivíduos no inquérito. Porém 1407 foram os indivíduos elegíveis para este estudo por estarem dentro da faixa etária de 18 a 65 anos, objetivo desta pesquisa.

2.4 - 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 do VIGITEL - Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 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.

2.5 - Análise de Dados

Para a análise dos dados, foi avaliado se o entrevistado tinha praticado exercícios físicos nos últimos três meses, dentro da recomendação da WHO, que definir 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.

Outras informações coletadas foram: sexo, idade, escolaridade, renda, consumo de álcool e tabaco, tempo assistindo 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.

Foi utilizado o pacote estatístico STATA 10.0 que, 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 utilizado a regressão multivariada de Poisson.

Foi adotado o nível de significância de 0,05 ($\alpha = 5\%$) e intervalo de confiança de 95%.

3-RESULTADOS

Foram entrevistadas 1407 pessoas, 609 (43.13%) eram do sexo masculino e 798 (55.7%) do sexo feminino, com média de idade entre a faixa etária de 25 a 35 anos. Entre os participantes o nível de escolaridade mais prevalente foi 0 a 8 anos de estudo (49.23%), e com renda salarial de menos de 3 salários mínimos (53.11%), e de estado civil casado/juntado (56.74%). Os entrevistados apresentaram uma baixa prevalência de prática de exercícios físicos no lazer (13.8%) (tabela 1).

A prevalência de atividade de lazer no sexo masculino foi maior que no sexo feminino, sendo que o sexo masculino pratica mais exercícios do tipo vigoroso, como futebol e musculação, enquanto que o sexo feminino apresenta uma distribuição, basicamente, igual entre os dois tipos de intensidade de exercício. Quanto a distribuição entre as faixas etárias, a estimativa de risco para o sedentarismo, entre homens e mulheres, foi maior entre 56 a 65 anos – com RP de 1,36 (IC 1,12 – 1,64) para homens e uma RP de 1,06 (0,99 – 1,13) para as mulheres - (tabela 3).

A tabela 5 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, significativamente, a 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 8 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 um RP de 1,11 (IC 1,03-1,19) para os com menos de 3 salários mínimos, e RP de 1,08 (IC 1,00 – 1,17) para os sem 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%).

A prática de exercícios físicos nas horas de lazer apresentou uma associação estatisticamente significativa com a variável sexo, acesso a lugares adequados para a prática de exercícios, consumo de tabaco diariamente, idade, renda familiar, estado civil, nível de escolaridade, se o entrevistado trabalhava ou não, como considerava seu estado de saúde e se possuía alguma limitação para realizar atividades de vida diária.

Pela regressão multivariada de Poisson, os entrevistados que referiram uma percepção de saúde ruim apresentaram uma estimativa de risco de 14% maior em relação aqueles 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 de 8% maior em relação aos homens, controlando os efeitos da idade, acesso a locais adequados, estado civil, presença de limitação física nas AVD's (atividade de vida diária) e renda familiar (tabela 6).

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

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

Variáveis	N	Pr (%)
Sexo		
Masculino	608	44.13
Feminino	798	55.87
Faixa etária (anos)		
18-24 anos	368	26.2
25-35 anos	403	28.25
36-45 anos	297	20.03
46-55 anos	203	13.39
56-65 anos	136	12.13
Escolaridade (anos)		
12 e mais	243	15.81
9 a 11	550	34.95
0 a 8	609	49.23
Renda		
Mais de 3 sm	245	16.04
Menos de 3 sm	707	53.11
não possui renda	429	30.85
Estado civil		
Solteiro	501	34.01
Casado/juntado	777	56.74
Viúv/separad/divorc	129	9.25
Atividade Física de lazer		
Sim	201	13.8
Não	1,205	86.2
Total	1407	100

Tabela 2: Distribuição da amostra entre os sexos e faixas etária segundo a intensidade do exercício praticado no lazer. Rio Branco, Acre, 2008

Faixa etária (anos)	Atividade de lazer						
	Ativo	Homens n (Pr %)			Mulheres n (Pr%)		
		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.

Tabela 3: Prevalência de atividade física de lazer por fatores associados estratificados por sexo. Rio Branco, Acre, 2008

Variáveis	Total		Masculino		Feminino		
	n (%)	n (%)	RP	IC	n (%)	RP	IC
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/juntado orc	213 (24,3)	138 (34,2)	1,23	0,94 - 1,60	75 (16)	1,08	0,96 - 1,21
Viúv/separad/div	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

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

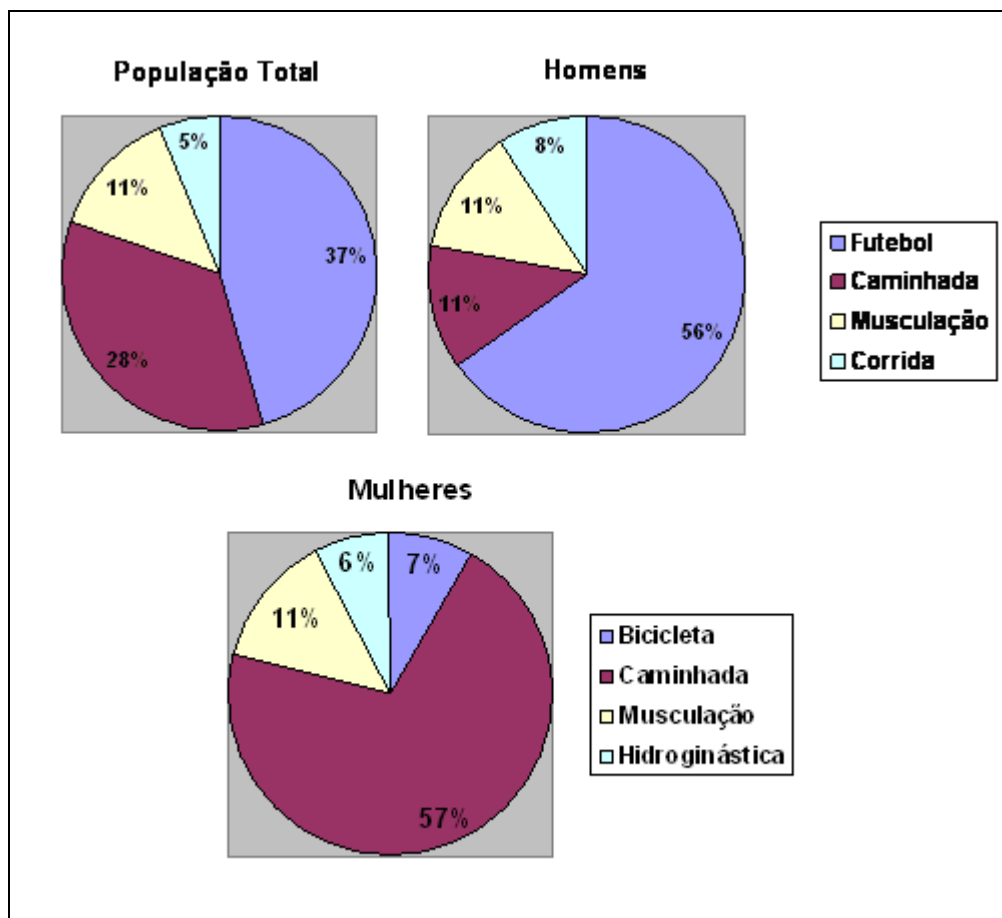


Tabela 4: Razão de prevalência bruta e intervalo de confiança das variáveis associadas à atividade física de lazer

Variáveis	Atividade de lazer				
	Ativo n (Pr%)	RP (bruta)	IC	RP (ajustada)	IC
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 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/juntado	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

Tabela 5: Modelo de Regressão Multivariada de Poisson

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	RP	95% IC	RP	95% IC	RP	95% IC
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

4 – DISCUSSÃO

No presente estudo obteve-se um número pequeno de recusas 35 (4,6%) e um número um pouco maior de indivíduos que não responderam todo o questionário 236 (13,5%). No entanto, o número final de entrevistados reproduz a estrutura populacional do município de Rio Branco, permitindo inferências dos resultados para o restante da população local.

O questionário aplicado vem sendo utilizado pelo sistema vigitel desde 2006 em todo o Brasil e tem sido considerado um bom sistema de monitoramento das DANTs.

Contém questões referentes a frequência semanal, duração dos exercícios realizados e o tipo de exercício físico (ginástica, musculação, futebol, caminhada e outros).

A prevalência de ativos nas horas de lazer na população (13,8%) foi menor do que as prevalências já observadas 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 essa prevalência subiu para 17,9% e 2008 baixou para 15,9%. O presente estudo foi realizado no período de 2007 a 2008 e adotou os mesmo critérios que o vigitel para definir o indivíduo fisicamente ativo - recomendação da WHO - . No entanto a prevalência de ativos no lazer encontrada foi de 13,8%. Apesar da diferença entre as prevalências encontradas, este sistema parece ser uma excelente forma de monitoramento de doenças e agravos não transmissíveis (DANTs), não tendo uma diferença significativa entre os achados do presente estudo e os encontrados pelo vigitel nos anos correspondente a esta pesquisa.

Vários estudos apontam que a prática de exercícios físicos nas horas de lazer está associada a maiores níveis econômicos e de escolaridade. Desta forma, um dos fatores que poderíamos atribuir a baixa prevalência de indivíduos ativos no lazer, encontrada nesta pesquisa, seria o número alto de entrevistados com baixo nível de escolaridade e com baixa renda familiar. Outro fator importante é o acesso a locais destinados à prática de lazer, aqueles indivíduos que não possuem este acesso apresentaram uma estimativa de risco de 12% maior de ser inativo no lazer quando comparados aqueles que possuem este acesso.

Vários estudos observaram que a prevalência de inatividade física no lazer é maior no sexo feminino^{17,18}. E no percentual de mulheres que apresentam alguma prática de exercícios no lazer, observa-se que este percentual é maior entre aquelas de maior faixa etária e com maior escolaridade e renda per capita¹⁴.

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

Outro fator importante é que os entrevistados que descreveram seu estado de saúde como excelente apresentaram maiores percentual de indivíduos ativos. Enquanto que os indivíduos com percepção de saúde bom, regular e ruim apresentaram uma estimativa de risco de 13%, 22% e 27% respectivamente, maior de ser inativo comparado aos com percepção de saúde excelente. Assim podemos perceber uma tendência à maiores estimativa de risco para inatividade de lazer a medida que piora a percepção de saúde.

Adoção de comportamento de risco a saúde está ligado a aspectos demográficos e psicossociais, e este pode ser ativo ou passivo. O risco ativo está relacionado ao fumo e uso de bebida alcoólica, já o passivo a inatividade física no lazer e estresse. As mulheres apresenta o comportamento de risco passivo mais prevalente, enquanto o homem o risco ativo ^{19,20}.

Gomes e col. ²¹ conduziu um estudo que avaliou uma amostra probabilística de indivíduos com 12 anos ou mais, residentes no município de Rio de Janeiro participantes de um inquérito de base populacional em 1996. Nesta amostra o percentual de 59,8% de homens que nunca praticaram nenhuma atividade física de lazer, e nas mulheres esse percentual foi de 77,8%, o aumento desta prevalência teve uma associação positiva com a idade, principalmente para os homens, os resultados mostraram 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.

5 – CONCLUSÃO

De acordo com os resultados, podemos perceber que o perfil da população que pratica exercícios físicos é formada, em sua maioria, por homens jovens (18 a 24 anos), solteiros, que fazem uso de bebida alcoólica, que possuem acesso a locais adequados a prática de exercícios, possuem renda familiar superior a 3 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, o fator promoção de saúde.

Desta 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 grande maioria da população estudada possui acesso a locais adequados à prática de lazer, no entanto, parece não entender a necessidade desta prática na prevenção, controle e promoção de saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA (artigo 1)

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, Najar AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva** 2005; 10(sup): 207-219.
4. 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, 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.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – 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. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical activity**. Disponível em: <AD.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html>. Acesso em: 08 set. 2008.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL. Brasília, 2008.

15. CASPERSEN CJ, POWELL KE, CHRISTENSON GM. Physical Activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Report** 1985; 100:126-31.
16. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL 2006. Brasília, 2007.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. FONSECA SA, BLANK VLG, BARROS MVG, NAHAS MV. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24(3):567-576.
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

ARTIGO 2

**Sedentarismo em adultos: Inquérito populacional no município de Rio
Branco, Acre 2007-2008.**

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

*** 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 facilidade 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 a 65 anos de idade residentes no município de Rio Branco/Acre de 2007-2008, por meio da amostragem probabilística. Considerou-se indivíduo sedentário aquele que referiram

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 adotado o nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados Preliminares:** Foram entrevistadas 1407 pessoas. A prevalência de sedentarismo foi de 38%, e destas as mulheres apresentaram maior prevalência de sedentarismo comparados aos homens (44% vs 55%), aqueles com renda de mais de três salários mínimos tiveram uma estimativa de risco de 2,32 vezes maior comparado com os que possuem rendas inferiores a 3 salários mínimos (IC 1,86 – 2,91). Os indivíduos que possuíam acima de 9 anos de estudo tiveram maiores estimativa de risco de serem sedentários do que aqueles com níveis de escolaridade inferiores. **Conclusão:** A prevalência de sedentarismo na população estudada foi alta e esteve associado a fatores como sexo feminino, idade de 18 a 24 anos e de 56 a 65 anos e a condição socioeconômica.

Palavras-chaves: Inquérito, sedentarismo, epidemiologia.

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

1- INTRODUÇÃO

No transcorrer do século passado às sociedades contemporâneas presenciaram grandes transformações em seu perfil epidemiológico. Isso se deu pela erradicação e

controle das doenças transmissíveis, através das vacinas e das melhores condições sanitárias, possibilitando o aumento da expectativa de vida da população¹.

Em contra partida, o homem foi mudando seus hábitos pessoais, tornando seu lazer e suas atividades ocupacionais mais sedentárias. Condições estas que foram favorecidas pela modernidade e pelo processo da industrialização, favorecendo o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, coronariopatias, osteoporose e alguns tipos de câncer, como de cólon, de mama e de próstata^{2,3,4,5,6,7,8}.

O acometimento por estas doenças vem aumentando cada vez mais, e isto é resultado de um novo perfil de morbimortalidade da população, decorrente de três processos de transição epidemiológica. A transição demográfica resultado do aumento da expectativa de vida. A transição nutricional que resulta num aumento do sobrepeso e obesidade entre os indivíduos - devido a mudanças nos hábitos alimentares e ao sedentarismo moderno-. E por fim, transição epidemiológica, que resultou num novo perfil de morbimortalidade^{9,10}.

Por se tratar de doenças de longa duração, os custos com as DCNT são elevados, cerca de R\$7,5 bilhões/ano, pois demandam muitas ações, procedimentos e serviços de saúde. O sedentarismo associado a uma dieta inadequada é responsável por aproximadamente 300 mil mortes de norte-americanos por ano. E só no ano de 2000, teve um gasto de 76 bilhões de dólares com custos médicos^{8,9}. Daí a importância de se adotar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco, além de medidas de promoção, prevenção e controle dessas doenças⁹.

Estimativas recentes mostram que em 2004, no Brasil, as DANTs foram responsáveis por 62,8% do total de mortes por causas conhecidas, com evidências de aumento progressivo nas últimas décadas¹¹.

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 sedentarismo na população adulta de 69,3% no total, sendo que no sexo feminino essa prevalência foi de 80,2% e sexo masculino de 57,3%¹².

Os dados do último Vigitel (2009)¹³ apresentou 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 (35%).

Portanto, a melhor forma de prevenir e controlar estas doenças é a prática de atividade física. Que foi definida por Caspersen e col. (1985) 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 física¹⁴. Tanto uma como outra previnem as DANTs. Seja na forma de exercícios físico planejados nas horas de lazer, ou em outras condições que, a movimentação corporal, resulte num gasto energético como: atividade laboral, deslocamento para o trabalho e os afazeres domésticos¹⁵.

Assim, o presente artigo teve como objetivo identificar a prevalência de sedentarismo e os fatores associados na população adulta do município de Rio Branco, Acre.

2- METODOLOGIA

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) através do 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 à anuência à participação da pesquisa de todos adultos que se encontravam no domicílio no momento da entrevista.

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.

2.3 População de estudo

Foram entrevistados 1516 indivíduos no inquérito. Porém 1407 foram os indivíduos elegíveis para este estudo por estarem dentro da faixa etária de 18 a 65 anos, objetivo desta pesquisa.

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 VIGITEL - Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Foram feitas questões sobre a atividade física nos vários domínios, como: lazer, trabalho, deslocamento para o trabalho e afazeres domésticos.

2.5 - Análise de Dados

Para a análise dos dados, o indivíduo foi avaliado quanto ao sedentarismo, adotando os critérios estabelecidos pelo VIGITEL¹⁴, respeitando as recomendações da WHO¹⁶. 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 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.

Foi utilizado o pacote estatístico STATA v.10.0 que, por meio do módulo *Survey*, levando-se em conta o desenho da amostra e as ponderações necessárias. Para verificar as variáveis associadas à inatividade física de lazer controlando potenciais confundidores, foi utilizado a regressão multivariada de Poisson.

3. RESULTADOS

As características da amostra são apresentadas na Tabela 1. Do total de entrevistados, 1407 pessoas, 44% (609) eram do sexo masculino e cerca de 56% (798) do sexo feminino, com uma média de idade na faixa etária de 25 a 35 anos (Tabela 1).

A Tabela 2 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, sendo mais freqüente na faixa etária de 18 a 24 anos e 56 a 65 anos. O sedentarismo foi significativamente mais freqüente entre os indivíduos que não possuíam renda ou que tinham uma renda superior a 3 salários mínimos comparados aqueles com renda inferior a 3 salários mínimos.

As prevalências do sedentarismo nas diversas variáveis analisadas estratificadas pelo sexo são apresentadas na Tabela 3. Em relação a 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; entre as mulheres observa-se um aumento na prevalência de sedentarismo nos estratos de 18 a 24 anos e 56 a 65 anos. Para a variável escolaridade, o maior percentual de sedentarismo foi observado entre aqueles que possuíam acima de 9 anos de estudo.

Na Tabela 4 são propostas dois modelos de regressão multivariada de Poisson, para explicar as variáveis associadas ao sedentarismo. Tais como: ter idade de 18 a 24 anos e 56 a 65 anos, ter renda mensal superior a 3 salários mínimos ou não possuir renda, independentemente do sexo e das outras variáveis do modelo 2. Ou ser do sexo feminino,

idade de 18 a 24 anos e 56 a 65 anos, com nível de escolaridade de 9 a 11 anos de estudo, controlando os efeitos das outras variáveis do modelo 3.

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

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

Variáveis	n	Pr (%)
Sexo		
Masculino	609	44.15
Feminino	798	55.85
Faixa etária (anos)		
18-24 anos	368	26.2
25-35 anos	403	28.25
36-45 anos	297	20.03
46-55 anos	203	13.39
56-65 anos	136	12.13
Escolaridade (anos)		
12 e mais	243	15.81
9 a 11	550	34.95
0 a 8	609	49.23
Renda		
Mais de 3 sm	245	16.04
Menos de 3 sm	707	53.11
não possui renda	429	30.85
Estado civil		
Solteiro	501	34.01
Casado/juntado	777	56.74
Viúv/separad/divorc	129	9.25
Condições de inatividade física		
Sedentário	551	38.38
Ativo	856	61.62
Total	1407	100

Tabela 2: Prevalência e Razão de prevalência bruta e ajustada e seus respectivos intervalo de confiança (IC) nas variáveis associadas ao sedentarismo

Variáveis	Sedentarismo n (Pr%)	RP (bruta)	IC	RP (ajustada)*	IC
Sexo					
Masculino	200 (31,07)	1,00	-	1,00	-
Feminino	351 (44,16)	1,42	1,11- 1,82	1,22	0,98 – 1,52
Assistir TV (todo dia)					
Não	129 (37,83)	1,00	-	1,00	-
Sim	422 (38,58)	1,01	0,86 – 1,19	0,95	0,83 – 1,08
Acesso a locais adequados					
Sim	343 (37,38)	1,00	-	1,00	-
Não	208 (39,87)	1,06	0,81 – 1,38	1,12	0,92 – 1,36
Idade					
18-24 anos	162 (43,5)	1,34	1,06 – 1,70	1,21	0,98 – 1,48
25-35 anos	143 (32,24)	1,00	-	1,00	-

36-45 anos	115 (39,49)	1,22	0,97 – 1,53	1,14	0,92 – 1,42
46-55 anos	68 (35,01)	1,08	0,80 – 1,46	1,10	0,82 – 1,48
56-65 anos	63 (43,53)	1,35	1,02 – 1,78	1,56	1,20 – 2,03
IMC					
peso normal	289 (37,44)	1,00	-	1,00	-
Excesso de peso	260 (39,47)	1,07	0,93 – 1,24	1,09	0,97 – 1,22
Renda					
não possui renda	242 (59)	1,74	1,42 – 2,13	1,80	1,42 – 2,29
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/juntado	310 (40,34)	1,12	0,94 – 1,34	1,15	0,98 – 1,36
Viúv/separad/divorc	50 (35,95)	1,00	0,76 – 1,32	1,15	0,82 – 1,62
Escolaridade					
0 a 8	223 (35,69)	1,00	-	1,00	-
9 a 11	229 (42,15)	1,18	0,99 – 1,40	1,10	0,91 – 1,34
12 e mais	97 (38,4)	1,07	0,85 – 1,35	0,92	0,71 - 1,18
Trabalho					
Sim	208 (22,78)	1,00	-	1,00	-
Não	343 (59,63)	2,61	2,05 – 3,33	3,10	2,46 – 3,89
Percepção de saúde					
Excelente	54 (33,21)	1,00	-	1,00	-
Bom	264 (36,91)	1,11	0,83 – 1,47	1,13	0,89 – 1,42
Regular	192 (38,87)	1,17	0,88 – 1,54	1,15	0,90 – 1,47
Ruim	41 (55,2)	1,66	1,26 – 2,19	1,66	1,28 – 2,17
Limitação nas AVDs					
Não					
Sim					

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

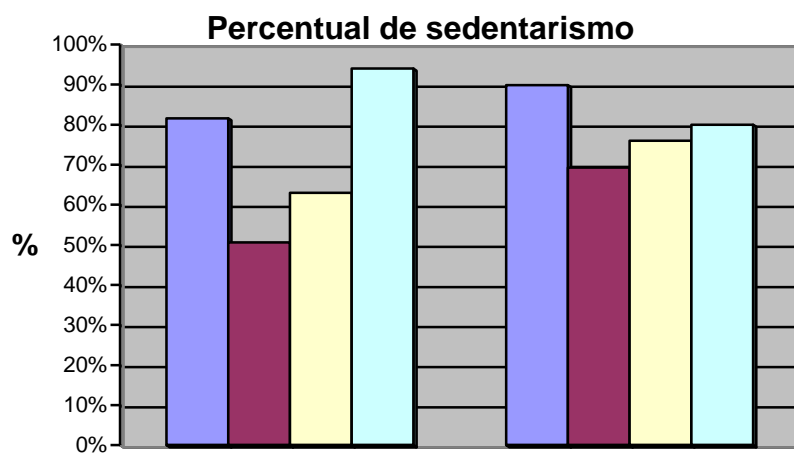
Tabela 3: Prevalência do sedentarismo por fatores associados estratificados por sexo. Rio Branco, Acre, 2008

Variáveis	Total n (%)	Masculino		Feminino			
		n (%)	RP	IC	n (%)	RP	IC
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

Tabela 4: Modelo de Regressão Multivariada de Poisson.

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	RP	95% IC	RP	95%IC	RP	95% IC
Sexo						
Masculino	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Feminino	1,42	1,11- 1,82	1,19	0,93-1,51	1,40	1,07 – 1,83
Idade						
18-24 anos			1,23	1,01 – 1,50	1,34	1,07 – 1,69
25-35 anos			1,00	-	1,00	
36-45 anos			1,12	0,93 – 1,37	1,22	0,98 – 1,51
46-55 anos			1,03	0,75 – 1,41	1,03	0,77 – 1,39
56-65 anos			1,54	1,18 – 2,00	1,39	1,07 – 1,81
IMC						
peso normal			1,00	-	1,00	
Excesso de peso			1,10	0,98 – 1,23	1,08	0,97 – 1,21
Acesso a locais adequados						
Sim			1,00	-	1,00	
Não			1,12	0,93 – 1,35	1,10	0,88 – 1,38
Renda						
não possui renda			2,43	1,89 – 3,12		
Menos de 3 sm			1,00	-		
Mais de 3 sm			1,93	1,58 – 2,37		
Escolaridade						
0 a 8					1,00	
9 a 11					1,20	1,01 – 1,43
12 e mais					1,12	0,90 – 1,39



	Homens	Mulheres
■ Lazer	82%	90%
■ Ocupação	51%	69%
■ Transporte	63%	76%
■ Tarefas domésticas	94%	80%

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

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 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 que 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 brasileira e Distrito Federal, e que tem se mostrado uma excelente forma de controle monitoramento das DANTs.

A prevalência de sedentarismo na população estudada foi cerca de 38%, superior as 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 Inca em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal observou-se que a prevalência de indivíduos insuficientemente ativos em algumas regiões do país foi similar a 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% (inca 2002-2003).

Podemos perceber pela renda familiar, a interferência do trabalho na atividade tendo os indivíduos que não possuem renda o maior risco para a inatividade por não

realizarem nenhuma atividade laboral; e aqueles com renda superior a 3 salários mínimos os que apresentam maiores estimativa de risco (RP 2,32 IC 1,86-2,91), parecem estar mais exposto a atividade laborais 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 que, são os homens os responsáveis pelo “trabalho pesado”, na nossa sociedade. Que 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)¹⁷, em um inquérito domiciliar realizado no Rio de Janeiro, observou 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 31% nos homens e 44% nas mulheres, com uma estimativa de risco ao sedentarismo, para elas, de 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 – CONCLUSÃO

A população estudada apresentou uma alta prevalência de sedentarismo e isto 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 claro a importância de implementar políticas públicas de incentivo a atividade física em todos os domínios – lazer, trabalho e locomoção -.

É importante conscientizar as pessoas 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.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA (artigo 2)

1. FRESSE E. Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: ed. Universitária da UFPE, 2006.
2. GLANER MF. Importância da aptidão física relacionada à saúde. **Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano** 2003; 5(2): 75-85.
3. 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.
4. FERREIRA MS, Najjar AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva** 2005; 10(sup): 207-219.
5. 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.
6. LE MARCHAND L, KOLONEL LN, YOSHIZAWA CN. Lifetime occupational physical activity and prostate cancer risk. **Am J Epidemiol** 1991; 133:103-11.
7. LEE IM, PAFFENBARGER RS, HSIEH Jr. CC. Physical activity and risk of prostatic cancer among college alumni. **Am J Epidemiol** 1992; 135: 169-79.

8. 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.
9. 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
10. 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.
11. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Obesidade. Brasília, 2006 (Série Cadernos de Atenção Básica; n.12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
12. REGO RA, BERARDO FAN, RODRIGUES SSR, OLIVEIRA ZMA, OLIVEIRA MB, VASCONCELLOS C, AVENTURATE 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.
13. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL 2008. Brasília, 2009

14. CASPERSEN CJ, POWELL KE, CHRISTENSON GM. Physical Activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Report** 1985; 100:126-31.

15. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL 2006. Brasília, 2007.

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

17. 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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (da dissertação)

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, CHRISTENSON 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. 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. 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. EYLER AA, BROWNSON RC, BACAK SJ, HOUSEMANN 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 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.
18. BRASIL. **Ministério da Saúde.** Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL 2006. Brasília, 2007.
19. REGO RA, BERARDO FAN, RODRIGUES SSR, OLIVEIRA ZMA, OLIVEIRA MB, VASCONCELLOS C, AVENTURATE 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.

20. PITANGA FJ, LESSA I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. Saúde Pública**. 2005; 21(3):870-77.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.

26. 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).
27. MELLO MT, BOSCOLO RA, ESTEVES AM, TUFIK S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Rev Br Med Esporte** 2005; 11(3): 203-207.
28. 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.
29. 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.
30. 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
31. 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.
32. CHOR D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cadernos de Saúde Pública.** 1999; 15(2):423-425.

33. 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

ANEXO C