

1-INTRODUÇÃO

Como resultado do desenvolvimento de todos os segmentos da sociedade, o mundo está sofrendo mudanças no perfil demográfico, com aumento progressivo da população idosa e conseqüentemente da prevalência de doenças crônico-degenerativas e dos gastos com a assistência em saúde. Dessa forma, a atenção primária tem relevância nos esforços para minimizar o impacto dessas transformações, promovendo ações voltadas para a prevenção das doenças e de suas complicações.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como um de seus objetivos a promoção e prevenção em saúde, portanto as ações desenvolvidas pelas unidades deverão provocar uma mudança no estilo de vida da população assistida, causando um impacto positivo na relação saúde/doença. Há além do benefício individual, um ganho de toda sociedade, já que haverá redução dos dias de incapacidade laborativa, redução dos gastos com compra de medicamentos, internações, serviços de alto custo, entre outros.

A obtenção de bons resultados depende de mudanças no estilo de vida, tratamento precoce e adequado das doenças. Apesar dos esforços no acompanhamento a esses pacientes, os resultados ainda são pouco satisfatórios, já que a adesão a hábitos de vida saudáveis é baixa e grande parte da população não pratica exercício físico regular.

O curso de Especialização em Saúde da Família proporciona através do estudo da saúde do idoso, um maior interesse nas ações de prevenção de doenças crônico-degenerativas. A atividade física regular é uma estratégia para a prevenção dessas doenças e suas complicações, dessa forma esse tema foi escolhido para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

2-OBJETIVO

Identificar os fatores associados à baixa adesão aos programas que estimulam a prática regular de atividade física e a partir dos resultados nortear as ações de promoção e prevenção em saúde. Dessa forma, espera-se uma maior adesão de todos os grupos etários da população.

3-METODOLOGIA

Este trabalho de conclusão de curso foi uma revisão narrativa de literatura. Foi feita uma pesquisa na base de dados LILACS, SCIELO, no período de 1987 a 2010, utilizando os seguintes descritores: transição demográfica, transição epidemiológica, programa de Saúde da Família, doenças crônicas, promoção em saúde, sedentarismo, fatores associados.

4-REVISÃO DE LITERATURA

O aumento da proporção de idosos é um fenômeno global; a exceção de alguns países africanos, todo o mundo encontra-se em algum estágio desse processo. Este aumento também não é um fenômeno repentino ou inesperado; pelo contrário, resulta das transformações demográficas ocorridas nas décadas progressas, motivo pelo qual, na maioria dos países, será um processo inexorável. Tampouco se trata de um fenômeno isolado; invariavelmente está associado a modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas. Entre 2000 e 2020 a proporção de idosos passará de 5 para 10%. A expectativa de vida dos homens chegará aos 70 anos e a das mulheres aos 76 anos (CHAIMOWICZ, 2009).

Em grande parte, o aumento atual do número de pessoas idosas em países menos desenvolvidos é decorrente do alto número de nascimentos durante as primeiras décadas deste século, associado a um progressivo decréscimo nas taxas de mortalidade (KALACHE, 1987).

No Brasil, nas primeiras décadas do século passado, a taxa de mortalidade era muito elevada – três de cada 100 brasileiros morriam a cada ano. Isto freava o crescimento da população, apesar da taxa de fecundidade muito alta: seis filhos por mulher. O declínio da mortalidade – principalmente entre as crianças iniciou-se na década de 40, com o advento da estreptomicina, penicilina, imunizações e a terapia de reidratação oral. A expectativa de vida ao nascer aumentou significativamente e em 1970 já se aproximava dos 54 anos. A manutenção de elevadas taxas de fecundidade nas décadas que se seguiram a queda da mortalidade determinou o significativo crescimento da população e “rejuvenescimento”. Isto ocorreu porque, “deixando de morrer” por doenças infecciosas e parasitárias, o alto número de crianças nascidas aumentou a proporção de jovens no conjunto da população. Ao longo da primeira metade do século XX, acompanhando o progresso socioeconômico, a fecundidade declinou gradativamente na Europa. Já nos países em desenvolvimento a queda da fecundidade ocorreu de maneira brusca e intensa a partir da década de 60. Entre 1965 e 1995 a taxa caiu de seis para três filhos por mulher na maioria dos países da Ásia e América Latina. No Brasil, em meados da década de 60, como consequência das mudanças socioculturais associadas ao crescimento da população urbana e a disponibilidade de métodos contraceptivos, a fecundidade começou a declinar rapidamente (CHAIMOWICZ, 2009).

De um modo geral a queda inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população. Estes "sobreviventes" passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais freqüentes as complicações daquelas moléstias. Modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que "se resolvem" rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. São exemplos as seqüelas do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer. De um modo geral, indivíduos idosos são portadores de múltiplos problemas médicos coexistentes (CHAIMOWICZ, 1997). Ainda segundo este autor, paralelamente ao crescimento de 51,8% do número de internações hospitalares pagas pelo SUS entre 1984 e 1991, verificou-se aumento de 285,3% nas despesas. O custo médio por internação se elevou de U\$ 83,4, em 1984, para U\$ 268,0, em 1997, sendo os maiores valores aqueles destinados à faixa etária de 60-69 anos (aproximadamente U\$ 350,0 por internação).

Segundo Chaimowicz uma ação que pode minimizar o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde e assistência social é designada "compressão da morbidade" e se refere à possibilidade de adiar o surgimento de doenças e seqüelas, mantendo fixa a expectativa de vida, e reduzindo assim o intervalo de tempo vivido entre o início das doenças ou incapacidades e a morte. Porém, como assinala Litvak, "o envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interação de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a vida. As metas (para se alcançar uma velhice saudável, e comprimir a morbidade) são promover a saúde e o bem-estar durante toda a vida do indivíduo" (CHAIMOWICZ, 1997 apud LITVAK, J. El 1990).

A promoção da saúde e a prevenção de complicações baseadas na abordagem global dos fatores de risco modificáveis são fundamentais (MINAS GERAIS, 2006). Este desafio é, sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2006).

O Programa de Saúde da Família (PSF) implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, centrado na atenção básica à saúde, com enfoque na família, surge como um modelo democrático, universal e integral. Este modelo objetiva reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, individualista, curativista, biologicista, hospitalar, ou seja, dar um salto qualitativo de um modelo procedimento-centrado para um modelo usuário-centrado (COTTA, 2009).

A promoção de saúde e a profilaxia primária e secundária de doenças, inclusive após os 65 anos, são as alternativas que apresentam o melhor custo-benefício para que se alcance a compressão da morbidade. Dentre as intervenções destaca-se o papel do exercício físico, discutido em várias revisões e estudos bem controlados, que atribuem à prática regular de atividade física - mesmo se iniciado após os 65 anos - maior longevidade, redução das taxas gerais de mortalidade, melhora da capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, redução do número de medicamentos prescritos, prevenção do declínio cognitivo, manutenção de status funcional mais elevado, redução da frequência de quedas e incidência de fraturas e benefícios psicológicos, como melhora da auto-estima (CHAIMOWICZ, 1997). No Brasil, o sedentarismo apresenta elevada prevalência, especialmente nas regiões menos desenvolvidas como o Nordeste (ALVES, 2010).

Foi estimado que, em todo o mundo, a prevalência de inatividade física em indivíduos com idade superior a 15 anos é de 17%, variando entre os 11% e os 24% consoante as regiões. Também no Brasil, recente revisão da situação no país indicou prevalências que variaram de 26,7% a 78,2%, dependendo da região e da faixa etária estudada. Este quadro alarmante obrigou a que organizações científico-médicas tenham declarado o sedentarismo e a inatividade física como um dos maiores problemas de Saúde Pública das sociedades modernas. Tão grande é esta epidemia, que um número cada vez maior de adolescentes está afetado por este comportamento de risco. De fato, uma pesquisa desenvolvida pela OMS em adolescentes com idade inferior a 15 anos salientou que dois terços desses adolescentes não cumpriam as linhas de recomendação da atividade física. Tais resultados são preocupantes na medida em que os hábitos de atividade física regular na adolescência parecem ter efeitos benéficos em alguns fatores de risco e em algumas doenças crônicas não transmissíveis bem como tendem a repercutir-se no estado adulto dos sujeitos (SEABRA, 2008).

Em estudo que avaliou determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes (1) a idade parece ser um determinante importante dos níveis de atividade física dos adolescentes, visto que, à medida que aumenta, a atividade física tem tendência a diminuir; (2) o sexo (gênero) é um fator determinante da atividade física de adolescentes, sendo evidente que o sexo masculino está mais envolvido em atividades físicas que os seus pares do sexo oposto; (3) o estatuto sócio-econômico elevado determina por ser um fator protetor do risco de inatividade física em meninos e meninas; (4) o envolvimento e a participação da família e dos pares em atividades físicas parecem estar positivamente associados à atividade física de adolescentes; (5) o professor de educação física parece não representar um fator propiciador nos níveis de atividade física (SEABRA, 2008).

Outro estudo transversal em uma amostra representativa de 960 adolescentes com idades entre 15 e 18 anos, em 2002, em Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, evidenciou que 39% dos adolescentes foram considerados sedentários. A prevalência de sedentarismo esteve relacionada com o sexo do adolescente, indicando que as meninas são mais sedentárias que os meninos, 54,5% e 22,2% respectivamente. Foi constatada uma tendência maior ao sedentarismo entre os adolescentes com idades entre 17 e 18 anos (38,9% e 44,8%). A prevalência de sedentarismo também foi maior entre os adolescentes que freqüentaram a escola até quatro anos (58,02%), em relação aos de cinco a oito anos (36,5%) e aos que freqüentaram nove ou mais anos. A prevalência de sedentarismo entre os adolescentes apresentou-se associada com a classe social. As freqüências de sedentarismo foram diferentes, comparando-se as classes D e E com A e B. Na análise multivariada encontrou-se que as classes sociais mais baixas, D e E, apresentam risco de prevalência 1,35 vezes maior de sedentarismo quando comparadas a classes A e B. A escolaridade materna também apresentou associação com o sedentarismo do adolescente. Os filhos de mães com menor escolaridade, até quatro anos, apresentaram maior risco de prevalência para sedentarismo 2,00 (IC 95% 1,58-2,54), do que aqueles cujas mães apresentaram grau de escolaridade de cinco a oito anos. Por outro lado, o sedentarismo do adolescente foi independente da escolaridade do pai. Os adolescentes com indicativo de TPM (Tensão Pré-Menstrual) apresentaram também maior sedentarismo, com o risco de prevalência 1,16 vezes maior em relação aos que não apresentaram esses transtornos. Houve uma associação entre sedentarismo e atividade sexual dos adolescentes. Os adolescentes que relataram já ter tido relação sexual apresentaram, na análise bruta não ajustada, menor risco, constituindo a atividade sexual como fator de proteção para o sedentarismo (OEHLSCHLAEGGER, 2004).

Estudo prospectivo de coorte dos nascidos em 1982 na cidade de Pelotas (RS) avaliou os fatores associados ao sedentarismo. Os dados foram coletados no nascimento e na visita em 2004-5, na qual foram avaliados 77,4% dos indivíduos da coorte, totalizando 4.297. Informações sobre a prática de atividades físicas, no período de lazer, foram obtidas por meio do Questionário Internacional de Atividades Físicas. O peso ao nascer foi inversamente associado ao sedentarismo no lazer somente entre as mulheres. O menor desenvolvimento muscular entre indivíduos com menor peso ao nascer poderia ser um mecanismo para explicar a baixa atividade física. Entre os homens, os resultados da análise ajustada mostram que a cor da pele esteve associada ao sedentarismo no lazer: indivíduos de cor da pele preta ou parda foram significativamente menos sedentários se comparados aos brancos. A renda ao nascer apresentou relação inversa com o sedentarismo no lazer. A condição socioeconômica atual se mostrou associada com o desfecho, pois a prevalência de sedentarismo foi maior nos indivíduos que sempre foram pobres ou naqueles que se tornaram pobres na idade adulta. Assim como para os homens, a renda ao nascer associou-se inversamente com o sedentarismo no lazer entre as mulheres. A renda atual mostrou-se determinante do estilo de vida sedentário; mulheres que sempre foram pobres ou se tornaram pobres foram mais sedentárias (AZEVEDO, 2008).

Realizou-se um estudo transversal, de base populacional, com indivíduos na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade, de ambos os sexos, residentes na zona urbana de Joaçaba, município do meio oeste do Estado de Santa Catarina, que possui, aproximadamente, 24.030 habitantes. Foram visitados 215 domicílios e 575 pessoas foram entrevistadas (99,1%), havendo quatro recusas. Do total dos participantes, 260 (45,2%) eram homens e metade da amostra (50,4%) encontrava-se na faixa etária entre 20 e 39 anos. A prevalência de inatividade física foi de 57,4% (IC95%:53,4-61,4). Inatividade física apresentou-se associada positivamente aos indivíduos com oito anos ou mais de estudo, àqueles que não trabalhavam e/ou não eram aposentados, a indivíduos com renda superior a mil reais mensais. Observou-se uma proporção maior de indivíduos inativos entre aqueles com IMC maior ou menor do que a faixa entre 18,5kg/m² e 29,9kg/m², aqueles que auto-avaliaram sentirem pouca ou muita dificuldade de locomoção, indivíduos que não sentiam energia suficiente para o seu dia-a-dia e aqueles que referiram não se sentir bem em relação a sua saúde. Através da regressão de Poisson, verificaram-se as seguintes variáveis associadas à inatividade física: apresentar idade superior a 29 anos, não estar trabalhando ou não ser aposentado, ter renda mensal superior a mil reais, ter IMC maior do que 29,9kg/m² ou menor do que 18,5kg/m² e relatar

dificuldade de locomoção, independentemente do gênero e das outras variáveis do modelo final (BARETTA, 2007).

Estudo transversal realizado em Salvador, em 2000, com participantes do projeto Monitoramento das Doenças cardiovasculares e do Diabetes no Brasil (MONIT), desenvolvido pela equipe de doenças crônicas não transmissíveis do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Este trabalho teve como objetivo verificar a prevalência e determinantes do sedentarismo no lazer em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Com relação à variável idade, entre os homens, observa-se associação positiva com sedentarismo no lazer; entre as mulheres, observa-se aumento da prevalência do sedentarismo no lazer até o estrato de 40-59 anos, a partir do 60 anos, a prevalência do sedentarismo no lazer tende a diminuir. Para escolaridade, o maior percentual de sedentarismo no lazer foi observado entre os analfabetos, tanto para homens quanto para mulheres, sem diferenças estatisticamente significativas entre os diversos estratos dessas variáveis. Quanto ao estado civil, o sedentarismo no lazer predominou entre os casados nos homens e entre casados, separados e viúvos para mulheres, também sem diferenças estatisticamente significativas entre os diversos estratos dessa variável. Observa-se também que, no total, a prevalência do sedentarismo no lazer é maior entre mulheres do que entre homens. Esses resultados demonstram que homens entre 40-59 anos de idade, pessoas de ambos os sexos com baixo nível de escolaridade, além de casados, separados e viúvos têm mais possibilidades de serem sedentários no lazer. Importante salientar que, entre mulheres (≥ 60 anos), a idade parece ter um efeito protetor contra o sedentarismo no lazer (PITANGA, 2005).

A amostra deste estudo em julho de 2002 foi composta por 2001 indivíduos do sexo masculino (953 sujeitos) e feminino (1048 sujeitos) de 14 a 77 anos de idade que foram selecionados em 29 cidades do Estado de São Paulo com mais de 100.000 habitantes, com exceção das cidades foco do Agita São Paulo. O Programa Agita São Paulo tem sido no Estado de São Paulo, desde 1996, uma experiência bem sucedida na promoção da atividade física. O Agita é um programa de intervenção em múltiplos níveis da comunidade, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre os benefícios e o nível de atividade física em uma mega população de 37 milhões de habitantes. As cidades analisadas foram: São Paulo, Santo André, São Bernardo do Campo, Guarulhos, Osasco, São José dos Campos, Taubaté, Pindamonhangaba, Santos, São Vicente Praia Grande, Ilhabela, São Sebastião, Campinas, Piracicaba, Sorocaba, Limeira, Rio Claro, Santa Bárbara d' Oeste, São José do Rio Preto,

Barretos, Ribeirão Preto, Franca, Presidente Prudente, Araçatuba, Bauru, Araraquara, Marília e São Carlos. Considerando critérios de frequência e duração da atividade física, as pessoas foram divididas em cinco categorias: muito ativo, ativo, irregularmente ativo (este grupo foi subdividido em irregularmente ativo A e irregularmente ativo B) e sedentário. O nível de atividade física verificada no total da amostra e nos grupos masculino e feminino evidenciou que o sedentarismo no Estado de São Paulo, usando como critério a falta de realização de atividade física durante a semana, está em torno de 8,8%, tendo praticamente a mesma distribuição entre homens e mulheres. A porcentagem de indivíduos classificados como irregularmente ativos atinge 35,9% dos homens e 39,3% das mulheres. A porcentagem de sujeitos que conseguem atingir a recomendação de atividade física para a saúde (ativos) no Estado de São Paulo foi de, aproximadamente, 42,5% no sexo masculino e 48,6% no feminino. A porcentagem de mulheres sedentárias no Estado de São Paulo foi similar (quase 10%) nos grupos de idade mais jovens (15-29 anos) e nos mais velhos (acima de 70 anos). O mesmo fato aconteceu com a porcentagem de mulheres regularmente ativas que atingiu 44,5% no grupo de 15-29 anos e 46% nas maiores de 70 anos, sendo que na faixa etária de 30 a 69 anos a porcentagem de mulheres ativas superou 50%. Assim, pareceu não existir relação entre o nível de atividade física e a idade cronológica no sexo feminino na população do estado, com exceção do nível muito ativo em que claramente os valores foram diminuindo à medida que aumentava a faixa etária. Quando considerada a frequência de indivíduos muito ativos, o sexo masculino apresentou uma tendência similar ao feminino: a porcentagem de homens nesta classificação foi diminuindo de 14,4% aos 15-29 anos para menos de 4% no grupo maior de 70 anos. Já os valores de sedentarismo entre homens apresentaram um quadro bem diferente do sexo feminino, aumentando de 5,8% nos mais jovens a 19% nos homens acima de 70 anos, porcentagem esta que foi maior que o dobro que a apresentada pelas mulheres na mesma faixa etária. A porcentagem de homens considerados como regularmente ativos foi similar em todas as faixas etárias (42-47%), sendo menor (37%) na faixa etária de 30-49 anos. Assim os dados do sexo masculino no Estado de São Paulo evidenciaram claramente uma tendência de aumento do nível de sedentarismo com o aumento da idade cronológica e concomitantemente uma diminuição na porcentagem de indivíduos muito ativos. Analisando os valores em conjunto para homens e mulheres de acordo com a faixa etária no Estado de São Paulo, verificamos um discreto aumento do nível de sedentarismo de 7,7% para 12,8% com o aumento da idade cronológica. Esse fenômeno foi mais marcante com relação ao nível de indivíduos muito ativos, em que o decréscimo foi de 10,5% para 1,3%, com o incremento da idade. No entanto, a porcentagem de indivíduos de ambos os sexos que atingiu a

recomendação de atividade física para a saúde se manteve praticamente estável (45-48%) nos diferentes grupos etários. Para avaliar a associação entre atividade física e as classes econômicas (A, B, C, D, E) o autor atribuiu para cada classe, cinco categorias: muito ativo, ativo, irregularmente ativo (este grupo foi subdividido em irregularmente ativo A e irregularmente ativo B) e sedentário. Os dados evidenciaram valores similares de indivíduos muito ativos nos níveis socioeconômicos de A a D (7% a 8,7%) e menor no nível E (5%). Quando analisados os dados dos indivíduos ativos (que atingiram a recomendação de atividade física para a saúde) a maior concentração foi nos níveis B e C (46% e 49%, respectivamente) e a menor nas classes A e E (35%). Um fato interessante aconteceu com a porcentagem de sedentários no nível A que apresentou o dobro (10,5%) em relação ao nível E (5%). Considerando os grupos de sedentários e irregularmente ativos, as maiores porcentagens destes indivíduos (que não atingem a recomendação da atividade física) estão nas classes A (55,3%) e E (60%), sendo que nas classes B, C e D a porcentagem variou de 42% a 49%. Uma análise específica do nível de atividade física foi feita considerando o conhecimento sobre o Programa Agita São Paulo, que desenvolve desde 1996 ações específicas de promoção da atividade física no Estado de São Paulo. Os dados mais interessantes revelam uma porcentagem maior de indivíduos ativos entre aqueles que conhecem o programa Agita São Paulo (46,4%) que entre aqueles que citaram não conhecer o Programa (23%). Da mesma forma, há uma maior porcentagem (mais de 50%) de indivíduos que atingem a recomendação de atividade física (ativos e muito ativos) entre os que conhecem o Programa Agita São Paulo do que entre aqueles que não conhecem (em torno de 35%), entre os quais a porcentagem que não atinge a recomendação de atividade física chega a quase 70% (MATSUDO, 2002).

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. 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). 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 nível de atividade física dos adultos e idosos foi avaliado utilizando-se a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física

(IPAQ). Este instrumento avalia atividades físicas realizadas no tempo de lazer, como deslocamento de um lugar ao outro, serviços domésticos e atividades ocupacionais. O estudo avaliou 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. 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). A prevalência do sedentarismo somando-se as duas regiões foi de 31,8% em adultos e de 58% em idosos. A prevalência de sedentarismo foi significativamente maior na Região Nordeste, para ambas as faixas etárias. O sedentarismo foi significativamente mais frequente 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. A escolaridade não se mostrou associada ao sedentarismo em adultos e mostrou uma relação de pequena magnitude entre os idosos após ajuste. A prevalência de sedentarismo entre adultos que não estudaram foi 37,8% e entre os que haviam feito curso superior foi 35%. Já entre os idosos, a prevalência de sedentarismo foi 63,8% entre os que não estudaram e 50% entre os com curso superior. 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 das 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. 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.

Entre os idosos, as respectivas proporções foram 54,4%, 63,8% e 54,9% ($p < 0,001$) (SIQUEIRA, 2008).

Em outro estudo, avaliou-se a prevalência de sedentarismo e fatores associados em 1.018 adultos e 1.010 idosos residentes em áreas de UBS de dez municípios com mais de 100 mil habitantes no Estado de Pernambuco, Brasil. Os municípios incluídos no estudo fazem parte do Lote Nordeste 2 do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Uma amostra aleatória de UBS foi sorteada em cada um dos municípios do Estado de Pernambuco, com diferentes modalidades de atenção básica - PSF e tradicional. O nível de atividade física dos adultos e idosos foi avaliado utilizando-se a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). A prevalência de sedentarismo foi de 37,18% para adultos e de 68,3% para idosos. Entre os idosos atendidos nas unidades básicas do modelo tradicional, foi encontrada uma prevalência de sedentarismo igual a 68,9%. Na análise ajustada, o sedentarismo apresentou uma associação significativa nas variáveis idade, autopercepção da saúde e identificação da atividade física como benefício para a saúde. Houve maior prevalência de sedentarismo nos idosos com idade a partir de 76 anos, nos que tinham escolaridade a partir do primeiro grau completo e naqueles com uma autopercepção ruim da saúde. Por outro lado, a prevalência de sedentarismo foi menor nos idosos que identificaram a atividade física como benefício para a saúde. Nos idosos atendidos nas unidades básicas tipo PSF, a prevalência de sedentarismo foi 68%. Na análise ajustada, o sedentarismo apresentou associação significativa apenas com as variáveis idade e autopercepção da saúde. O sedentarismo foi mais prevalente entre os idosos com idade a partir de 76 anos, e os que tinham autopercepção regular ou ruim da saúde. Nos adultos atendidos nas unidades básicas do modelo tradicional, foi encontrada uma prevalência de sedentarismo de 41,7%. Na análise ajustada, o sedentarismo apresentou associação significativa com a cor da pele, sexo, escolaridade e padrão de consumo sócio-econômico. O sedentarismo foi menos prevalente entre as mulheres, entre os de cor não-branca, os de escolaridade em nível de Ensino Médio, e de padrão de consumo sócio-econômico E. Nos adultos atendidos nas unidades básicas tipo PSF, a prevalência de sedentarismo foi igual a 37,1%. Na análise ajustada, o sedentarismo apresentou associação significativa apenas com o sexo e autopercepção da saúde. O sedentarismo foi menos prevalente entre as mulheres e aqueles que tinham autopercepção ruim da saúde. A orientação para atividade física por parte

de profissionais de saúde das UBS foi realizada apenas por cerca de um quarto desses profissionais, o que provavelmente é insuficiente para promover alterações na atitude das pessoas em relação à prática de atividade física. Isso evidencia que as UBS no Estado de Pernambuco não estão atendendo as necessidades dos usuários em relação à orientação à prática da atividade física como instrumento de promoção da saúde (ALVES, 2010).

Em estudo feito em Ribeirão Preto, os resultados indicaram elevada prevalência de prática insuficiente de atividade física em ambos os sexos, no município. Os dados são provenientes do Projeto OBEDIARP (Fatores de risco para o sobrepeso, a obesidade e o diabetes mellitus no município de Ribeirão Preto, SP, 2006), de delineamento transversal em base populacional. Adultos com 30 anos e mais, de ambos os sexos, residentes na área urbana, compuseram a amostra. A prática de atividade física (variável dependente) foi avaliada por meio do instrumento IPAQ (versão curta), recomendado pela OMS para estudos de base populacional. A prevalência da prática insuficiente de atividade física foi superior à da prática suficiente para as variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde em ambos os sexos. Modelos finais foram compostos por diferentes conjuntos de variáveis ao se considerarem, separadamente, o sexo masculino e o feminino. Número de horas de trabalho ("> 10h/dia"), número de medicamentos consumidos nos últimos 15 dias e saúde auto-referida ("ruim/péssima") permaneceram no modelo final para o sexo masculino. No sexo feminino, permaneceram nível educacional ("1-3 anos" de escolaridade) e renda ("1º terço de renda" e "sem renda") (SUZUKI, 2011).

Os dados de um estudo transversal de base populacional com mulheres de 20 a 60 anos, residentes na zona urbana da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, demonstraram que 37,0% das mulheres eram sedentárias, 59,4% insuficientemente ativas e somente 3,6% ativas. Assim, 96,4% das mulheres não estavam se beneficiando da maior parte da proteção à saúde fornecida pela prática de atividades físicas. Em relação às variáveis sócio-econômicas observou-se que mais de 65,0% das mulheres estavam inseridas classes B e C da classificação econômica da ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisas). Quanto à escolaridade, verificou-se que aproximadamente 44,0% tiveram no máximo sete anos de estudo. Os dados revelaram que 78,0% das mulheres tinham uma renda menor que três salários mínimos. Em relação às variáveis demográficas, verificou-se que as mulheres não-brancas tinham maior probabilidade de ser sedentárias. Os dados mostraram também que as solteiras referiam praticar mais atividade física que aquelas classificadas nas outras

categorias. Quanto ao número de filhos foram observadas diferenças estatisticamente significativas. À proporção que aumentava o número de filhos, elevava-se o percentual de mulheres que referiam sedentarismo (MASSON, 2005).

Em outro estudo foram analisadas as informações de 426 idosos (idade igual ou superior a 60 anos), não institucionalizados, residentes na área urbana do Município de Campinas, dos quais 208 eram do sexo feminino e 186 tinham idade superior a 70 anos. A média de idade foi de 69,8 anos (desvio padrão = 7,4). A prevalência de sedentarismo no lazer em idosos no Município de Campinas foi 70,9%, sendo 65,8 % nos homens e 74,7% nas mulheres. Observou-se que idosos sem cônjuge, evangélicos, que moram com cinco ou mais pessoas no domicílio e de cor não-branca apresentaram prevalência de sedentarismo significativamente maior que as respectivas categorias de referência. Em relação aos fatores sócio-econômicos, o sedentarismo mostrou-se mais freqüente, de forma estatisticamente significativa, nos idosos com menor renda familiar *per capita* e menor escolaridade. Ao analisar a prevalência de sedentarismo segundo estilo vida, morbidades e auto-avaliação da saúde verificou-se ser o sedentarismo mais prevalente, de forma estatisticamente significativa, entre os idosos fumantes, obesos, com transtorno mental comum e que percebem sua saúde como ruim. Na análise múltipla, usando-se a regressão de Poisson, observou-se que menor renda, ser fumante, ter transtorno mental e ser do sexo feminino revelam-se associadas positivamente ao sedentarismo no lazer (ZAITUNE, 2007).

Estudo que descreveu usuários e não-usuários do Programa Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. Foram selecionados quatro dos 19 pólos do programa. A amostra foi composta por 277 usuários e 277 não-usuários. Entre os não-usuários, 22% referiram nunca ter ouvido falar do programa. Entre os que já ouviram falar do programa, 54,3% o conhecem por terem visto um pólo. Entre os usuários, o principal motivo para a participação no programa foi "melhorar a saúde"; o tempo médio de participação no programa foi de 27,5 meses (DP = 23,1) e 72,8% relataram grau elevado de satisfação. O percentual de pessoas com percepção de saúde regular ou ruim foi significativamente maior entre os não-usuários (45,4%) em comparação aos usuários (28,5%) (HALLAL, 2010).

5-DISCUSSÃO

Há consenso entre os estudos de Seabra (2008) e Oehlschlaeger (2004) que o sedentarismo entre adolescentes é mais frequente entre meninas e aumenta com a idade. Fato que teria natureza multifatorial. Estaria relacionada com fatores biológicos, comportamentais e culturais.

Diferente dos estudos que avaliaram adolescentes, na literatura que abordou o tema com adultos e idosos, não houve conformidade. Para Baretta (2007) não houve diferença entre sexo e nível de atividade física, entretanto para os autores Matsudo (2002), Siqueira (2008) e Alves (2010) há uma maior prevalência de sedentarismo entre os homens, ao contrário do que relataram Azevedo (2008) e Pitanga (2005). Segundo Matsudo (2002), Siqueira (2008) e Alves (2010) a atividade física mais elevada entre as mulheres está de acordo com estudos que avaliam as quatro esferas da atividade física (atividades ocupacionais, de lazer, deslocamento e serviços domésticos).

A divergência encontrada no estudo de Pitanga (2005) e Azevedo (2008) também é observado em outros estudos sobre atividade física de lazer. Nesses os homens são mais ativos do que as mulheres. Essa situação poderia ser explicada da seguinte forma: para a maioria dos homens a prática de atividade física está associada ao prazer, enquanto que para as mulheres atividade física está ligada a questões de saúde, por orientação médica e estética. Além disso, os homens tendem a se envolver mais em atividades em grupos, como a prática de esportes, enquanto as mulheres preferem atividades individuais como caminhar e andar de bicicleta.

Para Matsudo (2002) e Baretta (2007) ao contrário do que foi observado em outros estudos, a inatividade física foi mais prevalente em indivíduos com renda maior. Para Baretta (2007), no Município de Joaçaba, as condições demográficas e ambientais, entre elas, a presença de muitos morros e o tipo de ocupação, como a construção civil e metal-mecânica, podem ter influenciado os resultados. Ele ressalta ainda, que deve ser considerado também o bom suporte social dos indivíduos e as características da cidade de colonização italiana e alemã. No estudo de Matsudo (2002) o sedentarismo foi maior nas classes A e E, fato que pode ter relação com o estilo de vida da população do estado de São Paulo. Os trabalhadores têm seu dia quase todo destinado as atividades laborativas e ao deslocamento de casa para o trabalho e vice-versa. No estudo de Azevedo (2008) o sedentarismo esteve associado à baixa renda.

Para ele, isso pode ser explicado pela dependência do investimento financeiro em muitas atividades de lazer, como academias, por exemplo. Além disso, o conhecimento acerca dos benefícios da atividade física à saúde também está associado com o melhor nível econômico.

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhos consultados nesta revisão de literatura indicam que os idosos são mais sedentários que os adultos e a inatividade física aumenta com a idade, fato observado também entre os adolescentes. Quanto ao gênero, a prevalência do sedentarismo depende da forma como os estudos avaliam a atividade física. Quando todos os domínios da atividade física são avaliados (atividades ocupacionais, deslocamentos, lazer e serviços domésticos) as mulheres são mais ativas. A literatura mostrou ainda que ser casado, ter baixo nível de escolaridade e renda e ter auto percepção da saúde como ruim se associou com o sedentarismo. A partir destas associações descritas pela literatura fica evidente a necessidade de políticas públicas voltadas especialmente aos segmentos socialmente desfavorecidos, jovens e idosos.

Os estudos que avaliaram a população atendida por unidades de saúde com equipe tradicional e PSF, evidenciaram que na população atendida por PSF houve diferença estatística apenas entre os idosos, mas as taxas de sedentarismo apresentadas pela população (adultos e idosos) desses dois modelos de atenção são muito próximas, mostrando, portanto que o PSF não conferiu proteção contra a inatividade física.

Ações que estimulam a adoção de hábitos de vida saudáveis constituem um desafio a equipe de saúde de família. Grande parte dos programas que tem por objetivo a modificação do estilo de vida são voltados aos adultos. A modificação de hábitos inadequados, ainda que benéfica nessa faixa etária, possibilita resultados modestos. Além do prejuízo a saúde já adquirido, crianças que crescem expostas a esses comportamentos de risco têm maior possibilidade de os adquirirem e dessa forma se tornarem adultos doentes. A ESF, a partir do conhecimento da realidade da população adscrita, pode desenvolver ações mais efetivas no combate ao sedentarismo e a outros hábitos inadequados. Essas ações devem começar na infância a fim de se conseguir a longo prazo melhoria na qualidade de vida de toda população.

7-RERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALVES, J.G.B. et al. Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol.26, n.3, p. 543-556, Rio de Janeiro, mar. 2010.

AZEVEDO, M.R. et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer de adultos na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, vol.42, suppl.2, p. 70-77, São Paulo Dez. 2008.

BARETTA, E.; BARETTA, M.; PERES, K.G. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol.23, n.7, p. 1595-1602, Rio de Janeiro, jul. 2007.

BRASIL.Ministério da Saúde.Caderno de Atenção Básica nº15 Série A.Normas e Manuais técnicos.**Hipertensão Arterial Sistêmica**.1.ed. Brasília, DF, 2006.58p.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, vol. 31, n. 2, abr. 1997 apud LITVAK, J. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000.

CHAIMOWICZ, F. e colaboradores. **Saúde do Idoso**. Nescon/UFMG.Belo Horizonte, 2009.

COTTA, R. M. M. et al.Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.14, n.4, p.1251-1260, jul/ago 2009.

HALLAL, P.C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Caderno de Saúde Pública**, vol.26, n.1, p. 70-78, Rio de Janeiro, jan. 2010.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, vol.21, n.3, São Paulo, jun 1987.

MATSUDO S.M. et al. 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. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, vol.10, n.4, p.41-50, Brasília, out 2002.

MASSON, C.R. et al. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.21, n.6, p.1685-1694, Rio de Janeiro, nov-dez, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**.1.ed. Belo Horizonte, MG, 2006,198p.

OEHLSCHLAEGER, M.H.K et al. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. **Revista de Saúde Pública**, vol.38, n.2, p. 157-163, São Paulo, abr. 2004.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Caderno de Saúde Pública**, vol.21, n.3, p.870-877, Rio de Janeiro, mai-jun, 2005.

SEABRA, A.F. et al. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. **Caderno de Saúde Pública**, vol.24, n.4, p.721-736, Rio de Janeiro, abr, 2008.

SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol.24, n.1, p. 39-54, jan. 2008.

SUZUKI, C. S. ; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**, vol.45, n.2, p. 311-320, São Paulo, apr. 2011.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, vol.23, n.6, p. 1329-1338, Rio de Janeiro, jun. 2007.