

# Fatores associados à saúde, autonomia e funcionalidade de acordo com a participação em programas de atividade física comunitário no SUS: a experiência do Programa Agita São Paulo

Rodrigo Gonçalves Ferreira<sup>I</sup>, Diego Rafael Lemos Sales<sup>II</sup>, Pedro Paulo de Oliveira Moda<sup>III</sup>, Raiany Rosa Bergamo<sup>IV</sup>, João Pedro da Silva Junior<sup>V</sup>, Victor Keihan Rodrigues Matsudo<sup>VI</sup>

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS)

**Contexto e objetivo:** Atender às recomendações de atividade física tem sido uma estratégia não medicamentosa frequentemente utilizada com o objetivo de prevenir e tratar diversas doenças. Descrever e comparar os fatores associados às variáveis de saúde de acordo com a participação em programas de atividade física na comunidade. **Desenho e local:** Estudo transversal desenvolvido em Peruíbe-SP, Macauba-SP, Piacatu-SP e Loanda-PR. **Métodos:** Amostra por conveniência (n = 737) de municípios parceiros do Programa Agita São Paulo, sendo 381

<sup>I</sup>Graduação em Educação Física. Centro de Estudos de Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil.

<sup>II</sup><https://orcid.org/0009-0007-6284-6406>

<sup>III</sup>Graduação em Educação Física. Centro de Estudos de Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil.

<sup>IV</sup><https://orcid.org/0000-0002-6251-6112>

<sup>V</sup>Graduação em Educação Física. Centro de Estudos de Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil.

<sup>VI</sup><https://orcid.org/0000-0002-9128-8075>

<sup>IV</sup>Mestra em Ciências pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Unicamp. Centro de Estudos de Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil.

<sup>V</sup><https://orcid.org/0000-0003-1446-0115>

<sup>V</sup>Mestre em Medicina. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil.

<sup>VI</sup><https://orcid.org/0000-0002-0001-6884>

<sup>VI</sup>Livre docência. Centro de Estudos de Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil.

<sup>VI</sup><https://orcid.org/0000-0003-3552-486X>

Contribuições dos autores: Ferreira RG: participou da concepção do manuscrito, elaboração do banco de dados, interpretação dos dados e escrita do manuscrito; Sales DRL: participou da concepção do manuscrito, elaboração do banco de dados, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito; Moda PPO: participou da concepção do manuscrito, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito; Bergamo RR: concepção do manuscrito, elaboração do banco de dados, realizou interpretação dos dados e escrita do manuscrito; Silva Júnior JP: participou na concepção do manuscrito, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito; Matsudo VKR: participou na concepção do manuscrito e revisão crítica do conteúdo. Todos os autores contribuíram ativamente para a discussão dos resultados do estudo e revisaram e aprovaram a versão final do trabalho para publicação.

Editor responsável por esta seção:

Victor Keihan Rodrigues Matsudo. Livre-docente da Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Diretor Científico do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

**Raiany Rosa Bergamo**

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS)

R. Santo Antônio, 50 – Sala 505. Centro, São Caetano do Sul (SP) — CEP 09521-160.

Tel. (11) 4229-8980; Cel. (19) 9 9612-9540 — E-mail: celafiscs.raiany@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesses: nenhum declarado.

Entrada: 27 de novembro de 2023. Última modificação: 7 de dezembro de 2023. Aceite: 7 de dezembro de 2023.

envolvidos em programa de atividade física e 356 que não participavam. O nível de atividade física e comportamento sedentário foram mensurados pelo IPAQ curto versão 8, a Avaliação da Funcionalidade Global feita pela Medida de Independência Funcional (MIF). As comparações dos dados foram feitas pelo Qui-quadrado, teste t de Student para amostras independentes e teste de U de Mann Whitney, com significância de  $P < 0,05$ . **Resultados:** O grupo praticante de atividade física apresentou uma ótima percepção de saúde, não apresentou dificuldades nas atividades de mudanças de plano, de autocuidado e de locomoção em relação ao grupo que não participava. Apresentaram uma expressiva ausência de quedas no último ano e não hábito de fumar, uma menor necessidade de remédios regulares/dia e consultas/ano. Realizaram 19,2 min/dia de caminhada a mais que o grupo não participante. **Conclusão:** A participação em programas de atividade física promoveu maior envolvimento na prática da atividade física durante a semana e melhor percepção de saúde, autonomia e funcionalidade evidenciando a efetividade dos programas de atividade física na promoção de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE (TERMOS DECS):** Exercício, comportamento sedentário, política pública, promoção da saúde, programa

**PALAVRAS-CHAVE DOS AUTORES:** Atividade física, inatividade física, educação em saúde, governança pública, plano

## INTRODUÇÃO

Atender às recomendações de atividade física (AF)<sup>1,2</sup> tem sido uma estratégia não medicamentosa frequentemente utilizada com o objetivo de prevenir e tratar diversas doenças como hipertensão,<sup>3</sup> diabetes,<sup>4</sup> câncer<sup>5</sup> e obesidade,<sup>6</sup> impactando diretamente na redução de morte prematura por doenças cardiovasculares,<sup>7</sup> redução de medicamentos,<sup>8</sup> capacidade funcional,<sup>9</sup> e percepção de saúde.<sup>10</sup> Recentemente na atualização da estratégia a OMS<sup>11</sup> estabeleceu como meta uma redução de 15% no sedentarismo mundial e de 10% nos países da América Latina.

Aproximadamente cerca de 50% dos adultos não atingiram essa recomendação mínima de prática de AF,<sup>12</sup> sendo que em 2019 a prática insuficiente de AF esteve relacionada a mais de 800 mil óbitos no mundo, configurando-se como uma das principais causas de perda de anos de vida saudáveis.<sup>13</sup> Quatro a cinco milhões de mortes por ano poderiam ser evitadas se a população global fosse mais fisicamente ativa. As diretrizes globais permitem que os países desenvolvam políticas nacionais de saúde baseadas em evidências e apoiem a implementação do Plano de Ação Global da OMS para a AF 2018-2030,<sup>11</sup> com ações e investimentos em políticas para promover a AF e reduzir o comportamento sedentário, que podem ajudar a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2030.

No Estado de São Paulo, o Programa Agita São Paulo, pioneiro no Brasil,<sup>14</sup> desenvolve atividades há mais de duas décadas, com o objetivo de aumentar o nível de AF e do conhecimento sobre os benefícios para a saúde na adoção de um estilo de vida ativo, combater o sedentarismo e aumentar o número de cidades com programas de incentivo à prática de AF.<sup>15</sup> O programa é resultado de convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS).<sup>16</sup> A estratégia de intervenção utilizada

baseia-se na Gestão Móvel do Modelo Ecológico que envolve fatores da vida intrapessoal, do ambiente social e do ambiente físico. Esse modelo ecológico foi baseado na proposta de Sallis e Owen e adaptado para população brasileira.<sup>16</sup> Para verificar o impacto do Programa foi proposto aos municípios com convênio ativo (carta de parceiro assinada com o Agita São Paulo), através da cooperação técnico-científica do CELAFISCS, indicadores de eficácia e efetividade.

## OBJETIVO

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi o de comparar e prever os fatores associados à saúde da população de acordo com a participação em programas de atividade física ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em cidades parceiras do Programa Agita São Paulo.

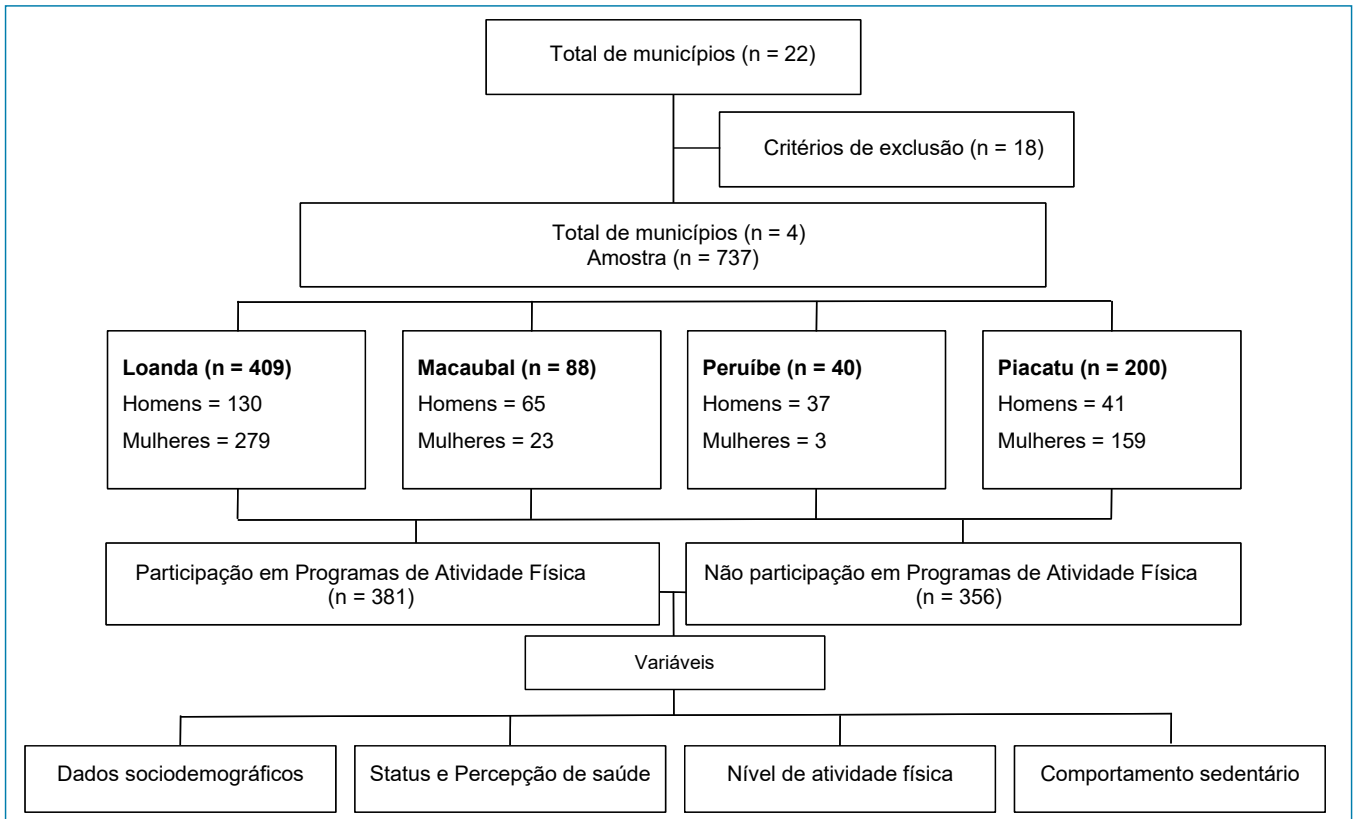
## MÉTODOS

### Amostra

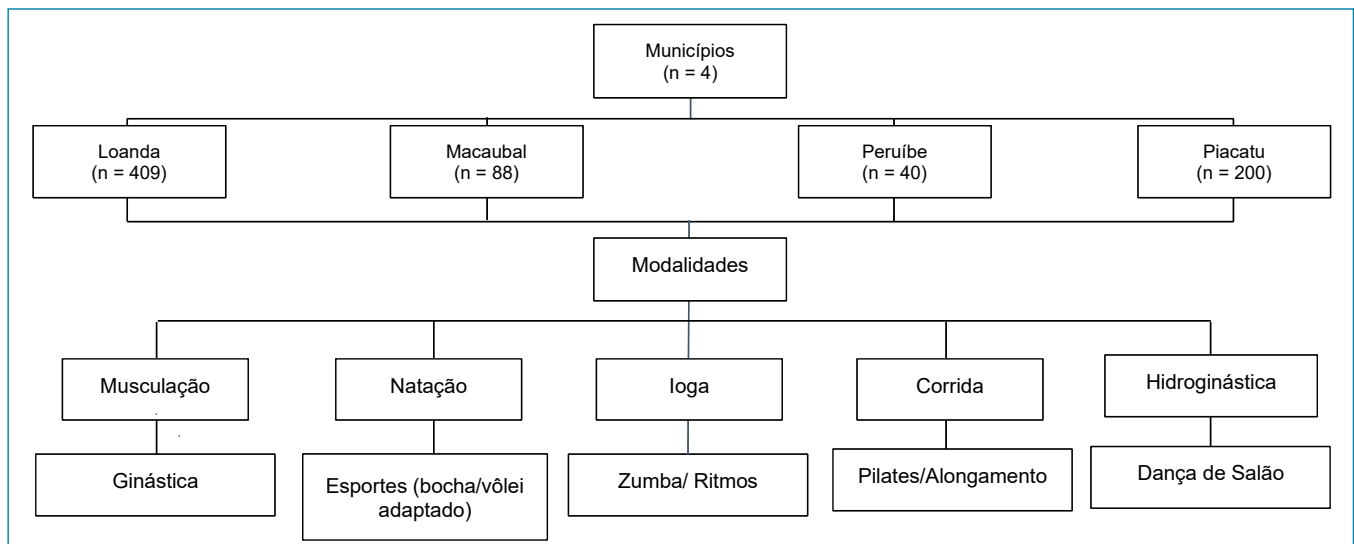
Estudo com desenho transversal, com amostra por conveniência composta por 737 usuários do SUS de 4 municípios parceiros do programa Agita São Paulo de acordo com a participação (n = 381) ou não participação (n = 356) em programas de AF comunitárias ofertadas no SUS de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) ter a carta assinada de adesão ao Programa Agita São Paulo; b) ter participado de 100% das capacitações/treinamentos oferecidas pelo programa no período de 2011-2019; c) atenderem ao calendário de ações pontuais do Programa Agita São Paulo: Dia Mundial e/ou Estadual da Atividade Física, Dia da Comunidade Ativa – Agita Galera e Agita Idoso; e d) envio de relatório trimestral das atividades permanentes dos programas aos interlocutores regionais do Programa Agita São Paulo. Ainda, foram adotados os seguintes critérios de exclusão: a) frequência inferior a 75% das aulas oferecidas verificadas pela lista de chamada;

b) participação do grupo não participante em qualquer outro programa estruturado de AF; e c) ter qualquer limitação cognitiva que inviabilizasse a coleta de dados. A seleção dos municípios e descrição da amostra estão nas **Figuras 1 e 2**.

Todos os participantes elegíveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Municipal de São Caetano do Sul sob o parecer número 2.531.002 na data de 7



**Figura 1.** Seleção dos municípios e amostra para caracterização do número de participantes que compuseram as análises quanto a região e ao sexo da amostra.



**Figura 2.** Característica da amostra quanto aos municípios e modalidades oferecidas pelos programas de atividade física do SUS.

de março de 2018. As modalidades oferecidas pelos programas de atividade física estão na **Figura 2**.

### Instrumentos

Os dados sociodemográficos analisados foram obtidos por uma anamnese. A Avaliação da Funcionalidade Global foi feita pela Medida de Independência Funcional (MIF).<sup>17</sup> Para a avaliação do nível de AF foi utilizado o IPAQ versão curta número 8.<sup>18</sup> E para o comportamento sedentário (CS) foi utilizado o Questionário Comportamento Sedentário para idoso.<sup>19</sup>

### Análise estatística

Para verificar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de Kolmogorov Smirnov. A descrição das variáveis contínuas e numéricas foram a média e desvio padrão e para as categóricas, a frequência relativa e absoluta. Para as comparações dos dados de acordo com os municípios foi realizado o teste de Kruskal-Wallis seguido do teste Post Hoc de Bonferroni para localizar as possíveis diferenças. Para comparação dos participantes ou não de programas de AF foi utilizado teste de *Qui Quadrado*, teste *t de Student* para amostras independentes e teste de U de Mann Whitney, para amostras dependentes. Além disso, foi calculada a razão de chance (OR). O nível de significância adotado foi de  $P < 0,05$ .

## RESULTADOS

Os valores descritivos e as comparações da amostra total, divididos por município, estão descritos na **Tabela 1**. Foram encontradas diferenças na idade, predominância no sexo feminino, estado conjugal e escolaridade. O grupo que participava de programas de AF apresentou uma maior prevalência de percepção de saúde, classificando-a como muito melhor, e manteve a funcionalidade das avaliações de funcionalidade global (AVDs). Já em relação ao histórico de saúde atual e pregressa, para este mesmo grupo, verificamos a ausência de quedas no último ano, o não hábito de fumar, um menor consumo de medicamentos regulares (variou de 1,8 a 3,0 comprimidos/dia) e um menor número de consulta (variando de 1,2 a 4,3 consultas/ano). De acordo com os dados das intensidades de AF e comportamento sedentário foram encontradas diferenças favoráveis para o grupo que participava em programas de atividade física em todas as intensidades da AF e no tempo da caminhada, bem como o tempo sentado durante a semana e final de semana (**Tabela 1**).

De acordo com a prática ou não de AF em programas comunitários (**Tabela 2**), o grupo praticante de AF foi significativamente mais velho, apresentou uma ótima percepção de saúde, classificou sua percepção de saúde como muito melhor e não apresentou dificuldades nas mudanças de plano

em relação ao grupo que não participava. Assim como não apresentavam dificuldades nas categorias analisadas para a funcionalidade (**Tabela 2**). Apresentou ainda uma expressiva diminuição de quedas no último ano e no hábito de fumar, uma menor proporção da necessidade de remédios regulares/dia, e uma menor necessidade de consultas/ano. Já na análise de AF e comportamento sedentário, o grupo participante realizou um maior tempo de caminhadas: 19,2 minutos/dia a mais que o grupo não participante. Não foram encontradas diferenças significativas no tempo sedentário e nos diversos níveis de atividade física analisadas (**Tabela 2**).

As variáveis sociodemográficas quanto a sexo, estado conjugal e escolaridade não apresentaram associações significativas no que se refere à participação em programas de AF. As demais variáveis que foram significativas podem ser observadas no **Gráfico 1**.

Foi possível observar que as variáveis sociodemográficas não apresentaram nenhuma relação com a participação ou não em programas de AF. Entretanto, para as demais variáveis, foram observados fenômenos distintos, sendo todas estatisticamente significativas. Tendo como referência a classificação ótima da percepção de saúde, o grupo que não participa de programas de AF possui maiores chances de perceber sua saúde como má (OR = 4,16) ou péssima (OR = 4,79) do que aqueles que praticam AF, embora houvesse também aqueles que percebessem como boa (OR = 1,76) (**Gráfico 1-A**). Já para a história pessoal de saúde atual e pregressa foi observado que aqueles que não participam de programas de AF possuem 1,9 mais chances de fumar do que aqueles que praticam AF (**Gráfico 1-A**).

Na medida de independência funcional, encontramos de maneira significativa que aqueles que participam de programas de AF apresentam maiores chances de autonomia para atividades de autocuidado, locomoção, transferência e controle esfinteriano, em relação aos que não participam de programas de AF (**Tabela 3; Gráfico 1-B**).

## DISCUSSÃO

Esse estudo objetivou analisar o impacto dos programas de AF ofertados pelo SUS, seguindo as orientações e o modelo do Programa Agita São Paulo.<sup>20,21</sup> Os dados do presente estudo permitem verificar maiores chances de percepção de saúde positiva no grupo participante de programas de AF. Corroborando com estes achados,<sup>22</sup> foram encontrados em programas comunitários de AF, numa capital do nordeste brasileiro, em polos de Academia da Cidade, no período de 2004 e 2009, que 62 meses de prática de AF elevou a qualidade da saúde de seus participantes, e em outro estudo<sup>23</sup> que envolveu 142 idosos, praticantes de AF

**Tabela 1.** Descrição e comparação das variáveis sociodemográficas, percepção de saúde, capacidade funcional, nível de atividade física e comportamento sedentário de acordo com município

Características	Total (n = 737)	Loanda (n = 409)	Macaubal (n = 88)	Peruíbe (n = 40)	Piçatu (n = 200)	P
<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>						
<b>Idade (anos)</b>	47,6 ± 16,3	42,3 ± 15,7 <sup>b,c,d</sup>	63,5 ± 11,0	58,0 ± 9,2	49,2 ± 14,7 <sup>b,c</sup>	< 0,001
<b>Sexo</b>						
Masculino	273 (37,0)	130 (31,8)	65 (73,9)	37 (92,5)	41 (20,5)	< 0,001
Feminino	464 (63,0)	279 (68,2)	23 (26,1)	3 (7,5)	159 (79,5)	
<b>Estado conjugal</b>						
Nunca casou ou morou	137 (18,7)	96 (23,5)	8 (9,1)	0 (0)	33 (17,0)	< 0,001
Mora com companheiro	455 (62,2)	247 (60,4)	60 (68,2)	27 (67,5)	121 (62,4)	
Viúva	50 (6,8)	22 (5,4)	9 (10,2)	2 (5,0)	17 (8,8)	
Separado/Desquitado	89 (12,2)	44 (10,8)	11 (12,5)	11 (27,5)	23 (11,9)	
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	17 (2,3)	12 (2,9)	3 (3,4)	1 (2,5)	1 (0,5)	< 0,001
Sabe ler, escrever, primário (incomp.)	118 (16,0)	57 (13,9)	23 (26,1)	1 (2,5)	37 (18,6)	
Primário completo, ginásio (incomp.)	190 (25,8)	114 (27,9)	29 (33,0)	16 (40,0)	31 (15,6)	
Ginásio completo ou mais	411 (55,8)	226 (55,3)	33 (37,5)	22 (55,0)	130 (65,3)	
<b>PERCEPÇÃO DE SAÚDE</b>						
<b>Percepção de saúde</b>						
Percepção positiva	644 (87,4)	348 (85,1)	82 (93,2)	38 (95,0)	176 (92,6)	0,009
Percepção negativa	83 (11,3)	61 (14,9)	6 (6,8)	2 (5,0)	14 (7,4)	
<b>Autopercepção de saúde</b>						
Ótima	146 (20,1)	65 (15,9)	16 (18,2)	12 (30,0)	53 (27,9)	< 0,001
Boa	498 (68,5)	283 (69,2)	66 (75,0)	26 (65,0)	123 (64,7)	
Má	65 (8,9)	48 (11,7)	3 (3,4)	2 (5,0)	12 (6,3)	
Péssima	18 (2,5)	13 (3,2)	3 (3,4)	0 (0)	2 (1,1)	
<b>Comparação da percepção de saúde</b>						
Muito melhor	256 (41,8)	119 (31,0)	27 (77,1)	26 (76,5)	83 (60,1)	< 0,001
Melhor	282 (46,0)	205 (53,4)	6 (17,1)	6 (17,6)	44 (31,9)	
Igual	71 (11,6)	56 (14,6)	2 (5,7)	2 (5,9)	11 (8,0)	
Pior	4 (0,7)	4 (1,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Deitar e levantar</b>						
Sem dificuldade	648 (88,0)	340 (83,1)	76 (86,4)	40 (100)	192 (96,5)	< 0,001
Com pouca dificuldade	60 (8,2)	44 (10,8)	9 (10,2)	0 (0)	7 (3,5)	
Com muita dificuldade	28 (3,8)	25 (6,1)	3 (3,4)	0 (0)	0 (0)	
<b>Comer</b>						
Sem dificuldade	702 (95,4)	380 (92,9)	85 (96,6)	40 (100)	197 (99,0)	< 0,001
Com pouca dificuldade	26 (3,5)	21 (5,1)	3 (3,4)	0	2 (1,0)	
Com muita dificuldade	8 (1,1)	8 (2,0)	0 (0)	0	0 (0)	
<b>Cuidar da aparência</b>						
Sem dificuldade	710 (96,5)	392 (95,8)	84 (95,5)	40 (100,0)	194 (97,5)	< 0,001
Com pouca dificuldade	18 (2,4)	10 (2,4)	3 (3,4)	0 (0)	5 (2,5)	
Com muita dificuldade	8 (1,1)	7 (1,7)	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	

Continua...

Tabela 1. Continuação

Características	Total (n = 737)	Loanda (n = 409)	Macaubal (n = 88)	Peruíbe (n = 40)	Piacatu (n = 200)	P
<b>Andar no plano</b>						
Sem dificuldade	688 (93,5)	379 (92,7)	76 (86,4)	40 (100)	193 (97,0)	
Com pouca dificuldade	34 (4,6)	17 (4,2)	11 (12,5)	0 (0)	6 (3,0)	< 0,001
Com muita dificuldade	13 (1,8)	13 (3,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Não realizou sozinho	1 (0,1)	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	
<b>Tomar banho</b>						
Sem dificuldade	717 (97,4)	397 (97,1)	84 (95,5)	40 (100)	196 (98,5)	
Com pouca dificuldade	14 (1,9)	9 (2,2)	2 (2,3)	0 (0)	3 (1,5)	< 0,001
Com muita dificuldade	4 (0,5)	3 (0,7)	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	
Não realizou sozinho	1 (0,1)	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	
<b>Vestir-se</b>						
Sem dificuldade	706 (95,9)	390 (95,4)	84 (95,5)	40 (100)	192 (96,5)	
Com pouca dificuldade	25 (3,4)	15 (3,7)	3 (3,4)	0 (0)	7 (3,5)	< 0,001
Com muita dificuldade	4 (0,5)	4 (1,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Não realizou sozinho	1 (0,1)	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	
<b>Chegar a tempo ao banheiro</b>						
Sem dificuldade	721 (98,0)	399 (97,6)	85 (96,6)	40 (100)	197 (99,0)	
Com pouca dificuldade	7 (1,0)	4 (1,0)	1 (1,1)	0 (0)	2 (1,0)	< 0,001
Com muita dificuldade	7 (1,0)	6 (1,5)	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	
Não realizou sozinho	1 (0,1)	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	
<b>Subir escada</b>						
Sem dificuldade	637 (86,5)	349 (85,3)	66 (75,0)	39 (97,5)	183 (92,0)	
Com pouca dificuldade	69 (9,4)	40 (9,8)	16 (18,2)	1 (2,5)	12 (6,0)	< 0,001
Com muita dificuldade	26 (3,5)	18 (4,4)	5 (5,7)	0 (0)	3 (1,5)	
Não realizou sozinho	4 (0,5)	2 (0,5)	1 (1,1)	0 (0)	1 (0,5)	
<b>Medicar-se na hora</b>						
Sem dificuldade	699 (95,0)	378 (92,4)	85 (96,6)	40 (100)	196 (98,5)	
Com pouca dificuldade	28 (3,8)	24 (5,9)	2 (2,3)	0 (0)	2 (1,0)	< 0,001
Com muita dificuldade	8 (1,1)	7 (1,7)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	
Não realizou sozinho	1 (0,1)	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	
<b>Andar perto de casa</b>						
Sem dificuldade	428 (93,4)	388 (94,9)	91 (92,0)	40 (100)	197 (99,0)	
Com pouca dificuldade	17 (3,7)	12 (2,9)	4 (4,5)	0 (0)	1 (0,5)	< 0,001
Com muita dificuldade	9 (2,0)	7 (1,7)	1 (1,1)	0 (0)	1 (0,5)	
Não realizou sozinho	4 (0,9)	2 (0,5)	2 (2,3)	0 (0)	0 (0)	
<b>Fazer compras</b>						
Sem dificuldade	710 (96,5)	395 (96,6)	83 (94,3)	40 (100)	192 (96,5)	
Com pouca dificuldade	15 (2,0)	9 (2,2)	1 (1,1)	0 (0)	5 (2,5)	< 0,001
Com muita dificuldade	3 (0,4)	3 (0,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Não realizou sozinho	8 (1,1)	2 (0,5)	4 (4,5)	0 (0)	2 (1,0)	
<b>Cortar as unhas dos pés</b>						
Sem dificuldade	658 (89,4)	371 (90,7)	68 (77,3)	40 (100)	179 (89,9)	
Com pouca dificuldade	36 (4,9)	19 (4,6)	10 (11,4)	0 (0)	7 (3,5)	< 0,001
Com muita dificuldade	8 (1,1)	5 (1,2)	1 (1,1)	0 (0)	2 (1,0)	
Não realizou sozinho	34 (4,6)	14 (3,4)	9 (10,2)	0 (0)	11 (5,5)	

Continua...

Tabela 1. Continuação

Características	Total (n = 737)	Loanda (n = 409)	Macaubal (n = 88)	Peruíbe (n = 40)	Piacatu (n = 200)	P
<b>Preparar refeição</b>						
Sem dificuldade	715 (97,1)	396 (96,8)	84 (95,5)	40 (100)	195 (98,0)	
Com pouca dificuldade	15 (2,0)	10 (2,4)	2 (2,3)	0 (0)	3 (1,5)	< 0,001
Com muita dificuldade	2 (0,3)	1 (0,2)	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	
Não realizou sozinho	4 (0,5)	2 (0,5)	1 (1,1)	0 (0)	1 (0,5)	
<b>Sair de condução</b>						
Sem dificuldade	689 (93,7)	392 (95,8)	68 (77,3)	39 (97,5)	190 (96,0)	
Com pouca dificuldade	26 (3,5)	13 (3,2)	7 (8,0)	1 (2,5)	5 (2,5)	< 0,001
Com muita dificuldade	7 (1,0)	3 (0,7)	2 (2,3)	0 (0)	2 (1,0)	
Não realizou sozinho	13 (1,8)	1 (0,2)	11 (12,5)	0 (0)	1 (0,5)	
<b>Limpeza da casa</b>						
Sem dificuldade	684 (93,1)	393 (96,1)	74 (85,1)	38 (95,0)	179 (89,9)	
Com pouca dificuldade	26 (3,5)	5 (1,2)	6 (6,9)	1 (2,5)	14 (7,0)	< 0,001
Com muita dificuldade	11 (1,5)	6 (1,5)	2 (2,3)	1 (2,5)	2 (1,0)	
Não realizou sozinho	14 (1,9)	5 (1,2)	5 (5,7)	0 (0)	4 (2,0)	
<b>Queda no último ano</b>						
Não	603 (81,8)	335 (81,9)	72 (81,8)	34 (85,0)	162 (81,0)	
Uma	92 (12,5)	49 (12,0)	11 (12,5)	5 (12,5)	27 (13,5)	< 0,001
2 a 4	38 (5,2)	22 (5,4)	5 (5,7)	0 (0)	11 (5,5)	
5 ou mais	4 (0,5)	3 (0,7)	0 (0)	1 (2,5)	0 (0)	
<b>Hábito de fumar</b>						
Nunca	534 (74,0)	280 (68,5)	75 (86,2)	22 (84,6)	157 (78,5)	
Sim	188 (26,0)	129 (31,5)	12 (13,8)	4 (15,4)	43 (21,5)	< 0,001
<b>Toma remédios regularmente</b>						
Não	308 (41,8)	211 (51,7)	8 (9,1)	12 (30,0)	77 (38,5)	
Sim	428 (58,2)	197 (48,3)	80 (90,9)	28 (70,0)	123 (61,5)	< 0,001
<b>Quantidade de remédio/ dia</b>	2,2 ± 1,8	1,8 ± 1,2	3,0 ± 2,1 <sup>a,c</sup>	1,2 ± 1,0	2,7 ± 2,1 <sup>a,c</sup>	< 0,001
<b>Consulta no último ano</b>						
Não	144 (20,4)	91 (22,4)	8 (13,3)	9 (22,5)	36 (18,1)	
Sim	561 (79,6)	315 (77,6)	52 (86,7)	31 (77,5)	163 (81,9)	< 0,001
<b>Quantidade de consultas/ ano</b>	3,2 ± 3,2	3,4 ± 3,2	4,3 ± 4,1	1,2 ± 0,8 <sup>a,b,d</sup>	2,8 ± 3,1 <sup>a,b</sup>	< 0,001
<b>ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO</b>						
<b>Pratica atividade física (min/sem)</b>						
Tempo de caminhada	49,5 ± 81,4	53,0 ± 74,4	70,1 ± 152,5	57,1 ± 47,5	33,5 ± 39,0 <sup>a,c</sup>	< 0,001
Tempo de atividade moderada	90,2 ± 105,2	95,4 ± 75,2 <sup>b,c,d</sup>	98,2 ± 185,5	53,5 ± 65,4	85,7 ± 103,5	< 0,001
Tempo de atividade vigorosa	73,0 ± 106,3	87,6 ± 57,8 <sup>b,d</sup>	69,5 ± 120,9	17,5 ± 44,7 <sup>a,b,d</sup>	81,7 ± 114,7	< 0,001
Tempo sentado	326,5 ± 285,0	259,8 ± 188,4 <sup>b,c,d</sup>	423,1 ± 320,8	918,8 ± 580,6 <sup>b,d</sup>	303,2 ± 117,5	< 0,001
Tempo sentado (final de semana)	339,0 ± 215,1	315,4 ± 189,4	368,3 ± 202,5	447,0 ± 207,5	354,2 ± 258,7 <sup>a,d</sup>	< 0,001

Dados descritos em frequência absoluta (frequência relativa), média ± desvio-padrão. <sup>a</sup> diferença significativa com Loanda; <sup>b</sup> diferença significativa com Macaubal; <sup>c</sup> diferença significativa com Perúibe; <sup>d</sup> diferença significativa com Piacatu. Significância adotada de P < 0,05.

**Tabela 2.** Comparação das variáveis sociodemográficas, estado e percepção de saúde, capacidade funcional, nível de atividade física e comportamento sedentário de acordo com a participação ou não em programas de atividade física ofertadas pelo SUS

Características	Participação em Programas de Atividade Física (n = 381)	Não participação em Programas de Atividade Física (n = 356)	P
<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>			
<b>Idade (anos)</b>	49,9 ± 15,6	45,1 ± 16,7	< 0,001
<b>Sexo</b>			
Masculino	150 (39,4)	123 (34,6)	0,176
Feminino	231 (60,6)	233 (65,4)	
<b>Estado conjugal</b>			
Nunca casou ou morou	62 (16,5)	75 (21,1)	0,219
Mora com companheiro	237 (63,2)	218 (61,2)	
Viúva	31 (8,3)	19 (5,3)	
Separado/Desquitado	45 (12,0)	44 (12,4)	
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	6 (1,6)	11 (3,1)	0,142
Sabe ler, escrever, primário (incomp.)	60 (15,7)	58 (16,3)	
Primário completo, ginásio (incomp.)	89 (23,4)	101 (28,5)	
Ginásio completo ou mais	226 (59,3)	185 (52,1)	
<b>PERCEPÇÃO DE SAÚDE</b>			
<b>Percepção de saúde</b>			
Ótima	95 (25,3)	51 (14,5)	< 0,001
Boa	256 (68,1)	242 (68,9)	
Má	20 (5,3)	45 (12,8)	
Péssima	5 (1,3)	13 (3,7)	
<b>Comparação da percepção de saúde</b>			
Pior	1 (0,3)	3 (1,0)	< 0,001
Igual	21 (7,0)	50 (16,0)	
Melhor	119 (39,7)	163 (52,1)	
Muito melhor	159 (53,0)	97 (31,0)	
<b>AVLIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE GLOBAL (AVDs)</b>			
<b>Deitar e levantar</b>			
Sem dificuldade	362 (95,3)	286 (80,3)	< 0,001
Com pouca dificuldade	16 (4,2)	44 (12,4)	
Com muita dificuldade	2 (0,5)	26 (7,3)	
<b>Comer</b>			
Sem dificuldade	371 (97,6)	331 (93,0)	< 0,001
Com pouca dificuldade	8 (2,1)	18 (5,1)	
Com muita dificuldade	1 (0,3)	7 (2,0)	
<b>Cuidar da aparência</b>			
Sem dificuldade	372 (97,9)	338 (94,9)	< 0,001
Com pouca dificuldade	8 (2,1)	10 (2,8)	
Com muita dificuldade	0 (0)	8 (2,2)	
<b>Andar no plano</b>			
Sem dificuldade	369 (97,1)	319 (89,6)	< 0,001
Com pouca dificuldade	11 (2,9)	23 (6,5)	
Com muita dificuldade	0 (0)	13 (3,7)	
Não realizou sozinho	0 (0)	1 (0,3)	

Continua...



Tabela 2. Continuação

Características	Participação em Programas de Atividade Física (n = 381)	Não participação em Programas de Atividade Física (n = 356)	P
<b>Tomar banho</b>			
Sem dificuldade	374 (98,4)	343 (96,3)	
Com pouca dificuldade	6 (1,6)	8 (2,2)	< 0,001
Com muita dificuldade	0 (0)	4 (1,1)	
Não realizou sozinho	0 (0)	1 (0,3)	
<b>Vestir-se</b>			
Sem dificuldade	369 (97,1)	337 (94,7)	
Com pouca dificuldade	11 (2,9)	14 (3,9)	< 0,001
Com muita dificuldade	0 (0)	4 (1,1)	
Não realizou sozinho	0 (0)	1 (0,3)	
<b>Chegar a tempo ao banheiro</b>			
Sem dificuldade	378 (99,5)	343 (96,3)	
Com pouca dificuldade	1 (0,3)	6 (1,7)	< 0,001
Com muita dificuldade	1 (0,3)	6 (1,7)	
Não realizou sozinho	0 (0)	1 (0,3)	
<b>Subir escada</b>			
Sem dificuldade	349 (91,8)	288 (80,9)	
Com pouca dificuldade	27 (7,1)	42 (11,8)	< 0,001
Com muita dificuldade	3 (0,8)	23 (6,5)	
Não realizou sozinho	1 (0,3)	3 (0,8)	
<b>Medicar-se na hora</b>			
Sem dificuldade	370 (97,4)	329 (92,4)	
Com pouca dificuldade	7 (1,8)	21 (5,9)	< 0,001
Com muita dificuldade	3 (0,8)	5 (1,4)	
Não realizou sozinho	0 (0)	1 (0,3)	
<b>Andar perto de casa</b>			
Sem dificuldade	374 (98,4)	332 (93,3)	
Com pouca dificuldade	3 (0,8)	14 (3,9)	< 0,001
Com muita dificuldade	2 (0,5)	7 (2,0)	
Não realizou sozinho	1 (0,3)	3 (0,8)	
<b>Fazer compras</b>			
Sem dificuldade	369 (97,1)	341 (95,8)	
Com pouca dificuldade	9 (2,4)	6 (1,7)	< 0,001
Com muita dificuldade	0 (0)	3 (0,8)	
Não realizou sozinho	2 (0,5)	6 (1,7)	
<b>Cortar as unhas dos pés</b>			
Sem dificuldade	373 (98,2)	342 (96,1)	
Com pouca dificuldade	6 (1,6)	9 (2,5)	< 0,001
Com muita dificuldade	0 (0)	2 (0,6)	
Não realizou sozinho	1 (0,3)	3 (0,8)	
<b>Preparar refeição</b>			
Sem dificuldade	350 (92,1)	308 (86,5)	
Com pouca dificuldade	14 (3,7)	22 (6,2)	< 0,001
Com muita dificuldade	2 (0,5)	6 (1,7)	
Não realizou sozinho	14 (3,7)	20 (5,6)	

Continua...

Tabela 2. Continuação

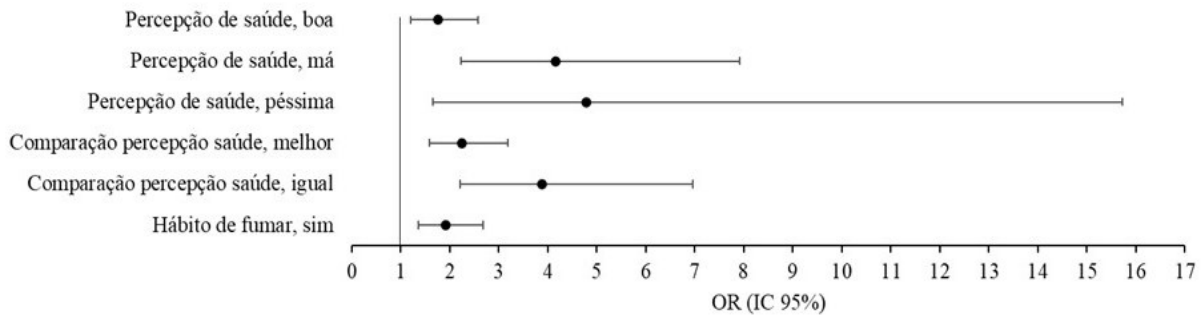
Características	Participação em Programas de Atividade Física (n = 381)	Não participação em Programas de Atividade Física (n = 356)	P
<b>Sair de condução</b>			
Sem dificuldade	355 (93,7)	334 (93,8)	
Com pouca dificuldade	11 (2,9)	15 (4,2)	< 0,001
Com muita dificuldade	4 (1,1)	3 (0,8)	
Não realizou sozinho	9 (2,4)	4 (1,1)	
<b>Limpeza da casa</b>			
Sem dificuldade	354 (93,2)	330 (93,0)	
Com pouca dificuldade	18 (4,7)	8 (2,3)	< 0,001
Com muita dificuldade	2 (0,5)	9 (2,5)	
Não realizou sozinho	6 (1,6)	8 (2,3)	
<b>HISTÓRIA PESSOAL PREGRESSA E ATUAL</b>			
<b>Queda no último ano</b>			
Não	312 (81,9)	291 (81,7)	
Uma	50 (13,1)	42 (11,8)	< 0,001
2 a 4	16 (4,2)	22 (6,2)	
5 ou mais	3 (0,8)	1 (0,3)	
<b>Hábito de Fumar</b>			
Nunca	293 (80,1)	241 (67,7)	< 0,001
Sim	73 (19,9)	115 (32,3)	
<b>Remédios regulares/dia</b>			
Não	158 (41,5)	150 (42,3)	< 0,001
Sim	223 (58,5)	205 (57,7)	
<b>Quantidade de remédio</b>	2,1 ± 1,8	2,2 ± 1,7	0,43
<b>Consultas no último ano</b>			
Não	82 (23,2)	62 (17,6)	0,181
Sim	271 (76,8)	290 (82,4)	
<b>Quantidade de consultas/ano</b>	2,7 ± 2,8	3,6 ± 3,6	< 0,001
<b>ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO</b>			
<b>Prática atividade física (min/sem)</b>			
Tempo de caminhada	57,9 ± 87,8	38,7 ± 71,1	< 0,001
Tempo de atividade moderada	91,8 ± 115,4	88,2 ± 91,0	0,724
Tempo de atividade vigorosa	68,1 ± 96,1	82,9 ± 124,6	0,608
Tempo sentado	344,9 ± 281,5	306,5 ± 287,8	0,091
Tempo sentado (final de semana)	335,1 ± 211,6	343,8 ± 219,0	0,436

Dados descritos em frequência absoluta (frequência relativa), média ± desvio-padrão. Significância adotada de P < 0,05.

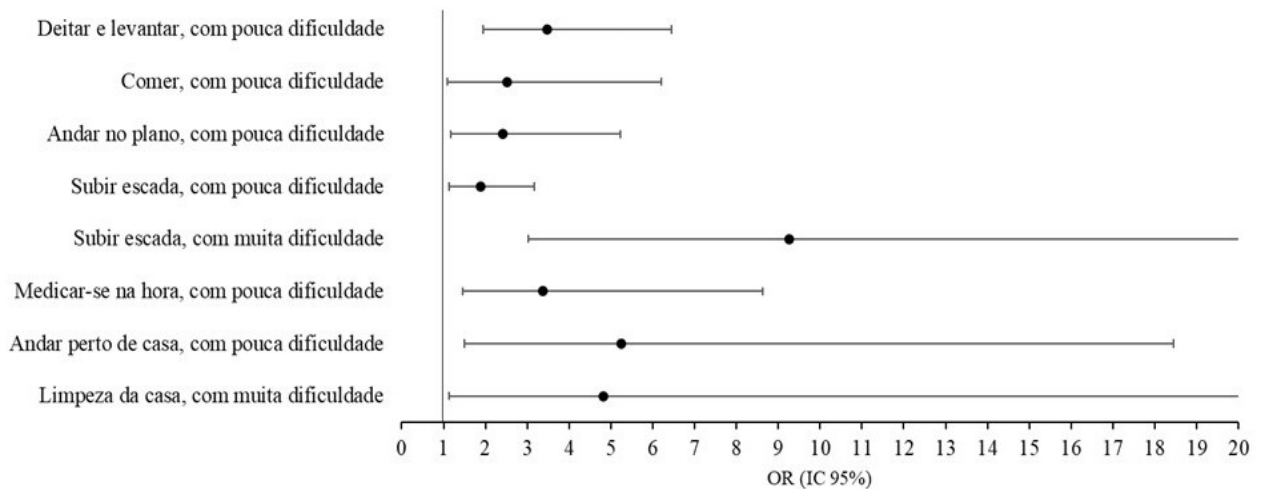
em programas comunitários na região centro-oeste brasileira, que verificou uma associação significativa entre maiores níveis de AF com a autopercepção da saúde boa ou muito boa. Também foi observada a associação entre prática de AF e a independência nas AVDs e a autopercepção de saúde como boa ou muito boa. Ainda verificando a

funcionalidade, participantes de programas comunitários de AF do Sul brasileiro,<sup>24</sup> envolvendo 258 idosos, 81,5% dos participantes não relataram a necessidade de nenhum auxílio para realização das AVDs, bem como 49,6% possuíam uma autopercepção de saúde positiva. Estudo da região central brasileira,<sup>25</sup> com 152 mulheres adultas e idosas

### A) Percepção e histórico de saúde



### B) Funcionalidade



OR = razão de chance; IC = intervalo de confiança.

**Gráfico 1.** Gráfico Forest Plot das variáveis de percepção e histórico de saúde (A), e funcionalidade (B) adotando intervalo de confiança 95%.

encontrou associação entre capacidade física e funcional com os testes indiretos de força.

A manutenção de um estilo de vida fisicamente ativo leva a melhorias significativas de saúde.<sup>23</sup> Dados originários do VIGITEL<sup>26</sup> realizado com 10.789 idosos, que utilizou a prática de AF como tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial, constatou que a probabilidade de praticar AF e conseguir níveis suficientes são aumentadas com hábitos alimentares adequados (consumo de alimentos minimamente processados) e probabilidades reduzidas com estado nutricional inadequado, comportamento sedentário, comportamentos de risco à saúde (consumo de álcool e tabaco) e hábitos alimentares inadequados (consumo de alimentos ultraprocessados). Estudo de base populacional<sup>27</sup> com uma amostra de 3.182 indivíduos mostrou que o nível de AF foi inversamente associado à prevalência e ao número de medicamentos usados. Assim, é possível que estratégias voltadas

para aumentar os níveis populacionais de AF possam ajudar a diminuir as altas taxas de uso de medicamentos observadas em países de baixa, média e alta renda. Todos esses achados corroboram com os dados do presente estudo.

A relevância do presente estudo corrobora com dados secundários de 2013,<sup>28</sup> que trazem a preocupação de alavancar esforços, especialmente nos contextos regionais, para reconfigurar os conceitos existentes e realmente colocar a AF e o combate ao sedentarismo em uma posição de destaque dentro do cenário de promoção da saúde populacional, pois o estudo mostrou que apenas 20% da amostra tem conhecimento sobre os programas públicos de AF e a prevalência de conhecimento e prática de AF em programas públicos são pouco expressivas, sendo que quase 30% dos indivíduos não se interessam pelos programas vigentes. Esforços loco-regionais são necessários para que a AF possa se estabelecer como ferramenta de promoção de saúde. O programa público de AF

**Tabela 3.** Razão de chance dos dados sociodemográficos, percepção de saúde, funcionalidade global, histórico de saúde atual e progressa, atividade física e comportamento sedentário de acordo com a participação ou não em programas de atividade física ofertadas pelo SUS

Características	Participação em Programas de Atividade Física (n = 381)	Não participação em Programas de Atividade Física (n = 356)	P	OR	95%IC
<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>					
<b>Sexo</b>					
Masculino	150 (39,4)	123 (34,6)	0,176	1,00	
Feminino	231 (60,6)	233 (65,4)		1,23	0,91 - 1,66
<b>Estado conjugal</b>					
Mora com companheiro	237 (63,2)	218 (61,2)	0,219	1,00	
Nunca casou ou morou	62 (16,5)	75 (21,1)		1,31	0,90 - 1,93
Separado/Desquitado	45 (12,0)	44 (12,4)		1,06	0,67 - 1,68
Viúva	31 (8,3)	19 (5,3)		0,67	0,36 - 1,21
<b>Escolaridade</b>					
Ginásio completo ou mais	226 (59,3)	185 (52,1)	0,142	1,00	
Primário completo, ginásio (incomp.)	89 (23,4)	101 (28,5)		1,39	0,98 - 1,96
Sabe ler, escrever, primário (incomp.)	60 (15,7)	58 (16,3)		1,18	0,78 - 1,78
Analfabeto	6 (1,6)	11 (3,1)		2,24	0,81 - 6,65
<b>PERCEPÇÃO DE SAÚDE</b>					
<b>Percepção de saúde</b>					
Ótima	95 (25,3)	51 (14,5)	<0,001	1,00	
Boa	256 (68,1)	242 (68,9)		1,76	1,20 - 2,58
Má	20 (5,3)	45 (12,8)		4,16	2,23 - 7,92
Péssima	5 (1,3)	13 (3,7)		4,79	1,65 - 15,73
<b>Comparação da percepção de saúde</b>					
Muito melhor	159 (53,0)	97 (31,0)	<0,001	1,00	
Melhor	119 (39,7)	163 (52,1)		2,24	1,59 - 3,18
Igual	21 (7,0)	50 (16,0)		3,89	2,22 - 6,97
Pior	1 (0,3)	3 (1,0)		4,88	0,52 - 130,20
<b>AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE GLOBAL (AVDs)</b>					
<b>Deitar e levantar</b>					
Sem dificuldade	362 (95,3)	286 (80,3)	<0,001	1,00	
Com pouca dificuldade	16 (4,2)	44 (12,4)		3,48	1,94 - 6,45
Com muita dificuldade	2 (0,5)	26 (7,3)		16,41	4,51 - 103,30
<b>Comer</b>					
Sem dificuldade	371 (97,6)	331 (93,0)	<0,001	1,00	
Com pouca dificuldade	8 (2,1)	18 (5,1)		2,52	1,10 - 6,21
Com muita dificuldade	1 (0,3)	7 (2,0)		7,83	1,20 - 178,60
<b>Cuidar da aparência</b>					
Sem dificuldade	372 (97,9)	338 (94,9)	0,516	1,00	
Com pouca dificuldade	8 (2,1)	10 (2,8)		1,38	0,53 - 3,68
Com muita dificuldade	0 (0)	8 (2,2)		-	

Continua...

Tabela 3. Continuação

Características	Participação em Programas de Atividade Física (n = 381)	Não participação em Programas de Atividade Física (n = 356)	P	OR	95%IC
<b>Andar no plano</b>					
Sem dificuldade	369 (97,1)	319 (89,6)		1,00	
Com pouca dificuldade	11 (2,9)	23 (6,5)	<b>&lt;0,001</b>	<b>2,42</b>	<b>1,17 - 5,22</b>
Com muita dificuldade	0 (0)	13 (3,7)		-	
Não realizou sozinho	0 (0)	1 (0,3)		-	
<b>Tomar banho</b>					
Sem dificuldade	374 (98,4)	343 (96,3)		1,00	
Com pouca dificuldade	6 (1,6)	8 (2,2)	0,505	1,45	0,49 - 4,52
Com muita dificuldade	0 (0)	4 (1,1)		-	
Não realizou sozinho	0 (0)	1 (0,3)		-	
<b>Vestir-se</b>					
Sem dificuldade	369 (97,1)	337 (94,7)		1,00	
Com pouca dificuldade	11 (2,9)	14 (3,9)	0,426	1,39	0,62 - 3,20
Com muita dificuldade	0 (0)	4 (1,1)		-	
Não realizou sozinho	0 (0)	1 (0,3)		-	
<b>Chegar a tempo ao banheiro</b>					
Sem dificuldade	378 (99,5)	343 (96,3)		1,00	
Com pouca dificuldade	1 (0,3)	6 (1,7)	0,054	6,60	0,97 - 153,50
Com muita dificuldade	1 (0,3)	6 (1,7)		6,60	0,97 - 153,50
Não realizou sozinho	0 (0)	1 (0,3)		-	
<b>Subir escada</b>					
Sem dificuldade	349 (91,8)	288 (80,9)		1,00	
Com pouca dificuldade	27 (7,1)	42 (11,8)	<b>&lt;0,001</b>	<b>1,88</b>	<b>1,14 - 3,16</b>
Com muita dificuldade	3 (0,8)	23 (6,5)		<b>9,27</b>	<b>3,03 - 39,15</b>
Não realizou sozinho	1 (0,3)	3 (0,8)		3,63	0,38 - 95,97
<b>Medicar-se na hora</b>					
Sem dificuldade	370 (97,4)	329 (92,4)		1,00	
Com pouca dificuldade	7 (1,8)	21 (5,9)	<b>&lt;0,001</b>	<b>3,37</b>	<b>1,45 - 8,62</b>
Com muita dificuldade	3 (0,8)	5 (1,4)		1,87	0,43 - 9,58
Não realizou sozinho	0 (0)	1 (0,3)		-	
<b>Andar perto de casa</b>					
Sem dificuldade	374 (98,4)	332 (93,3)		1,00	
Com pouca dificuldade	3 (0,8)	14 (3,9)	<b>&lt;0,001</b>	<b>5,25</b>	<b>1,49 - 18,45</b>
Com muita dificuldade	2 (0,5)	7 (2,0)		3,94	0,87 - 27,81
Não realizou sozinho	1 (0,3)	3 (0,8)		3,37	0,36 - 89,20
<b>Fazer compras</b>					
Sem dificuldade	369 (97,1)	341 (95,8)		1,00	
Com pouca dificuldade	9 (2,4)	6 (1,7)	0,554	0,72	0,24 - 2,07
Com muita dificuldade	0 (0)	3 (0,8)		-	
Não realizou sozinho	2 (0,5)	6 (1,7)		3,24	0,68 - 23,47
<b>Cortar as unhas dos pés</b>					
Sem dificuldade	373 (98,2)	342 (96,1)		1,00	
Com pouca dificuldade	6 (1,6)	9 (2,5)	0,366	1,64	0,57 - 4,98
Com muita dificuldade	0 (0)	2 (0,6)		-	
Não realizou sozinho	1 (0,3)	3 (0,8)		3,27	0,35 - 86,36

Continua...

Tabela 3. Continuação

Características	Participação em Programas de Atividade Física (n = 381)	Não participação em Programas de Atividade Física (n = 356)	P	OR	95%IC
<b>Preparar refeição</b>					
Sem dificuldade	350 (92,1)	308 (86,5)		1,00	
Com pouca dificuldade	14 (3,7)	22 (6,2)	0,098	1,78	0,90 - 3,63
Com muita dificuldade	2 (0,5)	6 (1,7)		3,40	0,72 - 24,65
Não realizou sozinho	14 (3,7)	20 (5,6)		1,62	0,81 - 3,34
<b>Sair de condução</b>					
Sem dificuldade	355 (93,7)	334 (93,8)		1,00	
Com pouca dificuldade	11 (2,9)	15 (4,2)	0,365	1,45	0,65 - 3,30
Com muita dificuldade	4 (1,1)	3 (0,8)		0,80	0,15 - 3,89
Não realizou sozinho	9 (2,4)	4 (1,1)		0,47	0,13 - 1,53
<b>Limpeza da casa</b>					
Sem dificuldade	354 (93,2)	330 (93,0)		1,00	
Com pouca dificuldade	18 (4,7)	8 (2,3)	<0,001	0,48	0,19 - 1,10
Com muita dificuldade	2 (0,5)	9 (2,5)		<b>4,82</b>	<b>1,14 - 32,93</b>
Não realizou sozinho	6 (1,6)	8 (2,3)		1,43	0,48 - 4,45
<b>HISTÓRIA PESSOAL PREGRESSA E ATUAL</b>					
<b>Queda no último ano</b>					
Não teve queda	312 (81,9)	291 (81,7)		1,00	
Uma queda	50 (13,1)	42 (11,8)	0,413	0,90	0,58 - 1,40
2 a 4 quedas	16 (4,2)	22 (6,2)		1,47	0,76 - 2,91
5 ou mais quedas	3 (0,8)	1 (0,3)		0,36	0,01 - 3,38
<b>Hábito de Fumar</b>					
Nunca	293 (80,1)	241 (67,7)		1,00	
Sim	73 (19,9)	115 (32,3)	<0,001	<b>1,91</b>	<b>1,36 - 2,69</b>
<b>Remédios regulares</b>					
Não	158 (41,5)	150 (42,3)		1,00	
Sim	223 (58,5)	205 (57,7)	0,829	0,97	0,72 - 1,30
<b>Consulta no último ano</b>					
Não	82 (23,2)	62 (17,6)		1,00	
Sim	271 (76,8)	290 (82,4)	0,181	1,42	0,98 - 2,05

Significância adotada de  $P < 0,05$ ; OR = razão de chance; IC = intervalo de confiança.

é existente no território nacional, porém são os mais pobres que são mais acometidos pelo sedentarismo e apresentam maior dificuldade de acesso a locais privados de prática de AF, sendo esta uma importante política de equidade, necessária para diminuir as desigualdades.<sup>28</sup>

O Programa Agita São Paulo,<sup>2,14</sup> pioneiro no trabalho de intervenção de promoção da AF e combate ao sedentarismo no Brasil, foi analisado pelo Banco Mundial,<sup>29</sup> e esse órgão verificou que quando o Programa se aplica a um estado ou município é um excelente investimento em saúde pública, correspondendo a uma economia de 310 milhões

de dólares por ano. Citado como uma estratégia eficaz a ser coordenada pelos ministérios, visando a redução do sedentarismo<sup>30</sup> e é tido como um bom exemplo de programa de AF no Brasil, elogiado pela OMS e copiado em outros países da América Latina, da Europa e da África, incentivando instituições a promover a AF na comunidade.<sup>31</sup> Registra ainda benefícios para a saúde, sendo uma iniciativa para aumentar a quantidade de AF realizada no Brasil, melhorando a saúde dos cidadãos, fornecendo um modelo para outras nações. O programa conquistou diversos reconhecimentos nacionais e internacionais, valendo-se de

uma proposta possível de promoção da atividade física bem-sucedida.<sup>21</sup>

## CONCLUSÃO

A participação em programas de AF comunitários baseados no modelo do Programa Agita São Paulo promoveu

maior chance de uma melhor percepção de saúde, funcionalidade e o hábito de não fumar, além de resultar em maior tempo de caminhada, menor número de quedas no último ano e menor necessidade de consultas médicas ao ano, favorecendo a hipótese de efetividade dos programas comunitários de AF oferecidos pelo SUS e por parceiros do Programa Agita São Paulo.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atividade\\_fisica\\_populacao\\_brasileira.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf). Acessado em 2023 (4 dez).
2. Keihan Rodrigues Matsudo V, Carolina Gonzalez Beltran D, da Silva Guedes J. Todo passo conta! Novas recomendações para atividade física e saúde. *Diagn tratamento*. 2019;24(1):21-24. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005092/rdt-v24n1\\_21-24.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005092/rdt-v24n1_21-24.pdf). Acessado em 2023 (4 dez)
3. SOUZA BTO. Hipertensão, exercício físico e atividade física em crianças e jovens na idade escolar: uma revisão bibliográfica. [dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/6069>. Acessado em 2023 (4 dez).
4. Leon EB, Fernandes LS, Campos HLM, Almeida FA. Ações de prevenção e controle de diabetes na atenção primária no Amazonas. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2022;27:1-13. <https://doi.org/10.12820/rbafs.27e0271>.
5. Liu Z, Wang J. Associations of perceived role of exercise in cancer prevention with physical activity and sedentary behavior in older adults. *Geriatr Nurs*. 2022;44:199-205. PMID: 35219174; <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.02.012>.
6. Lobstein T, Brinsden H, Neveux M. World Obesity Atlas 2022. Londres: World Obesity Federation; 2022. Disponível em: <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2022>. Acessado em 2023 (4 dez).
7. Stamatakis E, Ahmadi MN, Gill JMR, et al. Association of wearable device-measured vigorous intermittent lifestyle physical activity with mortality. *Nat Med*. 2022;28(12):2521-9. PMID: 36482104; <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02100-x>.
8. Maiara Goulart da Silva P, Marchesan Krug M. Nível de atividade física, uso de medicamentos e comorbidades em pacientes diabéticos do tipo II. *Biomotriz*. 2021;14(4):4-9. <https://doi.org/10.33053/biomotriz.v14i4.328>.
9. Santos MCC, Pereira LF, Santos ALG, Pastore JCF, Sá GB. Estudo comparativo da qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos praticantes de treinamento resistido e idosos sedentários. *Pesq Educ Dist*. 2019;18:1-13. Disponível em: <http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=2013EAD1&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=9367>. Acessado em 2023 (4 dez).
10. Gomes FRH, Gasparotto GS, Oliveira V, Vagetti GC. Autopercepção de saúde associada à percepção de qualidade de vida em idosas praticantes de atividade física de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Rev Kairós Gerontol*. 2019;22(3):349-68. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i3p349-368>.
11. World Health Organization. Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>. Acessado em 2023 (5 dez).
12. Brasil. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf). Acessado em 2023 (5 dez).
13. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. Acessado em 2023 (12 nov).
14. Marinho Tenorio MC, Coelho-Ravagnani C, Umpierre D, et al. Physical Activity Guidelines for the Brazilian population: development and methods. *J Phys Act Health*. 2022;19(5):367-73. PMID: 35418517; <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0756>.
15. Matsudo S, Matsudo V, Araujo T, et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2008;13(3):178-84. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/797>. Acessado em 2023 (5 dez).
16. Matsudo SM, Matsudo VR, Andrade DR, et al. Physical activity promotion: experiences and evaluation of the Agita São Paulo Program using the ecological mobile model. *J Phys Act Health*. 2004;1(2):81-97. <https://doi.org/10.1123/jpah.1.2.81>.
17. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, et al. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátr*. 2004;11(2):72-6. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>.
18. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, et al. Questionário internacional de atividade física (Ipaq): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2001;6(2):5-18. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931>. Acessado em 2023 (5 dez).
19. Mielke GI, Da Silva ICM, Owen N, Hallal PC. Brazilian adults' sedentary behaviors by life domain: population-based study. *PLoS One*. 2014;9(3):e91614. PMID: 24619086; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091614>.
20. Matsudo V, Guedes J, Matsudo S, et al. Políticas de intervenção: a experiência do agita São Paulo na utilização da gestão móvel do modelo ecológico na promoção da atividade física. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2005;13(3):99-108. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbcm/article/view/652>. Acessado em 2023 (5 dez).

21. Andrade DR. Processo de Municipalização do Programa Agita São Paulo. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010. <https://doi.org/10.11606/T.6.2010.tde-09112010-165234>.
22. Santos CKA, Monteiro GR, Couto JO, Silva RJS. Length of stay of elderly in a Community Physical Activity Program and associated factors. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2017;19(2):139-49. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2017v19n2p139>.
23. Barbosa RC, Sousa ALL. Associação da autopercepção da qualidade de vida e saúde, prática de atividade física e desempenho funcional entre idosos no interior do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2022;24(4):e210141. <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210141>.
24. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Cien Saude Colet* 2012;17(8):2087-93. PMID: 22899149; <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000800019>.
25. Gervásio FM, Tomé B, Bueno GAS, Vieira MEB, Menezes RL. Relationship between anthropometry, physical activity, and functionality of female adults and elderly women. *O Mundo da Saúde.* 2022;46:e11432021. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202246109116>.
26. Silva LSL, Batalhão DF, Carvalho AS, et al. Fatores comportamentais associam-se com a prática de atividade física/exercício de idosos hipertensos. *Arq Bras Edu Fis.* 2022;5(1):84-96. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/abeducacaofisica/article/view/14666>. Acessado em 2023 (5 dez).
27. Bertoldi AD, Hallal PC, Barros AJD. Physical activity and medicine use: evidence from a population-based study. *BMC Public Health.* 2006;6:224. PMID: 16956396; <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-224>.
28. Ferreira RW, Caputo EL, Häfele CA, et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saude Publica.* 2019;35(2):e00008618. PMID: 30785483; <https://doi.org/10.1590/0102-311x00008618>.
29. World Bank Group. Brazil - Addressing the Challenge of Non-Communicable Diseases in Brazil : Brasil - Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil (Portuguese). Washington: World Bank Group; 2005. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/570001468226736819/Brazil-Enfrentando-o-desafio-das-doencas-nao-transmissiveis-no-Brasil>. Acessado em 2023 (20 nov).
30. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet.* 2012;380(9838):219-29. PMID: 22818936; [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61031-9).
31. Fioravanti CH. Brazilian fitness programme registers health benefits. *Lancet* 2012;380(9838):206. PMID: 22826835; [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61201-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61201-x).