

**ATIVIDADE FÍSICA, PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E
CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Alexandre PALMA*

RESUMO

Apesar da clareza, encontrada em diversos estudos, a respeito dos benefícios que a atividade física regular proporciona à saúde, pode ser questionável a interpretação que se faz destes achados. De um modo geral, a visão hegemônica aponta para um viés biológico e individualizado da doença. Por outro lado, já existem, em várias pesquisas, fortes evidências das relações entre condições sócio-econômicas e estado de saúde. Dentro destas evidências, encontram-se, também, as associações com a prática de atividade física regular. O objetivo deste estudo, então, foi organizar uma revisão da literatura sobre as condições sócio-econômicas, o processo saúde-doença e a prática da atividade física. O trabalho, assim, chega a conclusão de que a atividade física está bastante associada ao estado sócio-econômico e que os programas de intervenção em educação física, no campo da saúde pública, devem ser revistos.

UNITERMOS: condições sócio-econômicas, atividade física regular, saúde pública.

INTRODUÇÃO

A atividade física regular tem sido reconhecida por seus efeitos saudáveis nos praticantes (ACSM, 1998; Pate, Pratt, Blair, Haskell et alii, 1995; Shephard, 1995; Blair, 1993; Berlin & Colditz, 1990). É possível relacioná-la a alterações positivas para combater ou prevenir o aparecimento de diversas doenças, tais como: doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, osteoporose, entre outras. Por esta razão, o sedentarismo aparece como fator de risco para estas doenças.

Contudo, este modo de olhar a relação entre a atividade física e a saúde aponta para duas grandes inquietações. Por um lado, a visão estreita de saúde e, por outro, talvez em decorrência da primeira, a não identificação de grupos desprivilegiados.

A noção de saúde tem sido traduzida, principalmente, como ausência de doenças (Bentham, citado por Lewis, 1986, p.1100) e como

"um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Organização Mundial da Saúde, citado por Lewis, 1986, p.1100).

Estas perspectivas, embora pareçam diferir, conduzem para análises reducionistas, uma vez que, para elas: a) as doenças decorrem de determinismos biológicos; b) o foco é centrado no indivíduo; e, c) a ausência de doenças é o "marcador" da saúde. Neste sentido, o primeiro problema que daí decorre, refere-se ao processo de "culpabilização" do indivíduo frente ao aparecimento de doenças que, em última instância, poderiam ter sido evitadas.

Ora, se o processo saúde-doença fosse uma determinação biológica, caberia ao indivíduo alterar seus hábitos de saúde e estilos de vida para encerrar a causa e, assim, cessar o efeito. Logo, exercitar-se ou submeter-se a um regime dietético, seriam atitudes que conduziriam o sujeito

Universidade Gama Filho e FIOCRUZ.

à saúde ou à ausência de doenças e, óbvio, seriam responsabilidades do próprio indivíduo.

Burnley (1998) lembra que, entre as teorias que buscam explicar as causas das doenças, a teoria do “estilo de vida” congruente com a ideologia dominante de saúde, sugere que a prevenção é uma responsabilidade pessoal, cujo foco de intervenção se dará sobre o controle dos fatores de risco individuais.

Contudo, este processo não se dá de forma tão simples. De fato, a complexidade que abarca tal questão obriga a repensar tanto o conceito de saúde, como as intervenções que se dão neste campo. Um movimento de ruptura aparece na concepção de saúde apresentada no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde: *“saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”* (Minayo, 1992, p.10).

Para Canguilhem (1995) a saúde consistiria em limites de tolerância às infidelidades do meio social. Como este é dinâmico, comporta acontecimentos, esta infidelidade é sua história. Assim, a saúde seria a possibilidade de agir e reagir, de adoecer e se recuperar. Canguilhem ensina, muito bem, que a doença é uma nova dimensão de vida.

Porém, conceituar “saúde” é sem dúvida uma tarefa árdua, pois os conceitos aparecem frágeis, não tão bem delimitados. Hans-Georg Gadamer (1997) compreende este processo como um mistério. A doença está relacionada à história do indivíduo e deste com a sociedade, ela é uma perturbação experimentada pelo indivíduo, uma exceção que o afasta das suas relações vitais em que ele estava habitualmente vivendo. Esta experiência, da doença, relaciona-se ao estado anterior da saúde, que estando “esquecida” ou não chamando a atenção impõe o estabelecimento de valores padronizados. Ora, a doença, então, não pode existir sem a saúde.

É possível, assim, construir um novo entendimento do que seja saúde em consonância com a compreensão da sociedade, na medida em que, os fatores de risco não são suficientes para explicar as variações de mortalidade e morbidade desta sociedade. O foco de análise, deste modo, ultrapassa o indivíduo e recai sobre o coletivo. O modo de “olhar” concentra-se, não apenas nas

causas biológicas, mas antes, nas relações entre os indivíduos, grupos sociais, instituições, economia, política, cultura, entre outros (Burnley, 1998; Lawson, 1992; Navarro, 1998).

O objetivo deste estudo, então, foi rever a literatura sobre atividade física, saúde e doenças, em suas relações com as condições sócio-econômicas. Como fruto deste viés, passa-se a enxergar a vulnerabilidade de certos grupos sociais, os quais, muitas vezes, não conseguem exercer seus direitos à saúde.

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

Vários estudos têm incorporado causas não-biológicas para interpretação do processo saúde-doença. O reconhecimento de que os fatores de risco individuais não conseguem ser suficientes à explicação da morbidade e mortalidade nas sociedades, fazem avançar o conhecimento da saúde coletiva.

Num destes estudos, Burnley (1998) procurou examinar as desigualdades na incidência de doenças isquêmicas do coração, na Austrália entre 1969 e 1994. O autor verificou que, embora se observasse uma queda nas taxas de mortalidade, as diferenças entre as “ocupações profissionais” aumentava. Os operários ou trabalhadores de processos químicos passaram de uma “odds ratio” (razão de chances) de 1.00 no período entre 1969-1973, para 1.41 entre 1990-1994, enquanto empregados de escritório, em períodos semelhantes, passaram de 1,07 para 0,76.

No detalhamento por região, entre 1969 e 1994, Burnley (1998) mostra, também, que as taxas de mortalidade, na faixa etária entre 40 a 64 anos, diminuíram significativamente na região metropolitana de Sydney ($p < 0,05$) e aumentaram na região industrializada de Illawarra-Hunter ($p < 0,05$), nas pequenas cidades do interior ($p < 0,01$) e nas zonas rurais ($p < 0,01$). O autor conclui que, além das relações entre as classes sociais com a manutenção de estilos de vida, as diferenças sócio-econômicas denotam a distribuição desigual de recursos e riquezas.

Dressler, Balieiro & DosSantos (1998) utilizaram-se do conceito de “estilo de vida” de modo diferente. Como um componente das diferenças sócio-econômicas-culturais, um “modelo padrão” de estilo de vida foi determinado pela tendência central da amostra para cada grupo estudado, na cidade de Ribeirão Preto (São Paulo,

Brasil). Os grupos sociais característicos foram denominados de “favela” (classe social mais baixa), “conjunto habitacional” (classe baixa), “tradicional” (classe média baixa) e “alta classe média”. Estes “modelos padrões” apresentaram-se inversamente associados à pressão arterial, sintomas depressivos e percepção global de estresse. Quando confrontado com os indicadores “categoria ocupacional”, “educação” e “salário” verificou-se que a pressão arterial relaciona-se inversamente com a ocupação ($p < 0,05$), com a educação ($p < 0,05$) e com o salário ($p < 0,01$). Os sintomas depressivos e a percepção de estresse associam-se inversamente, muito significativamente ($p < 0,01$), com estes três indicadores.

Mheen, Smith, Hart & Gunning-Schepers (1998) analisaram as diferenças sócio-econômicas na mortalidade de homens entre 15 a 64 anos de idade, na Grã-Bretanha. Os autores concluíram que há uma crescente desigualdade, entre as classes sociais, nas taxas de mortalidade para doenças cardiovasculares, respiratórias, infecciosas e causas externas ou acidentes. Estas desigualdades se pronunciaram com mais força na Escócia, do que na Inglaterra e País de Gales.

Para Kaplan (1996) existe um substancial corpo de evidências que demonstram a forte associação inversa entre as classes sociais e os efeitos sobre a saúde. Contudo, o autor chama a atenção de que o foco de análise deve considerar as características da comunidade em que as pessoas vivem, ao invés dos atributos individuais que indicam as condições sócio-econômicas. Os fatores de risco sócio-ambientais e pessoais aglomeram-se nos espaços sociais, de tal modo que são importantemente relacionadas a todas as mortalidades. Kaplan demonstra, então, uma série de fatores associados com as taxas padronizadas de mortalidade, a partir de dados de residentes na Califórnia (EUA). As “odds ratios” (razões de chances) entre os fatores e as altas e baixas mortalidades foram: baixa educação (4,25); incapacidade de realizar R_x (4,0); obesidade (3,1); insegurança na vizinhança (2,75); baixo suporte emocional (2,6); sedentarismo (2,3); baixo salário (2,3); alimentação inadequada (1,6); e, hábito de fumar (1,5).

Num estudo com dados de 2.610 homens franceses, entre 50 a 60 anos, Michaux, Ferrières, Ruidavets, Cambou & Pous (1996) encontraram diferenças significativas entre as condições sócio-econômicas e os fatores de risco coronariano. Considerando as categorias

profissionais (CSP2- comerciantes e chefes de empresas; CSP3- professores e intelectuais; CSP4- profissões intermediárias; CSP5- empregados; e, CSP6- operários), foi possível encontrar que o tabagismo, o colesterol total, a pressão arterial diastólica e o diabetes não apresentaram diferenças entre as categorias profissionais. Contudo, a pressão arterial sistólica mostrou-se muito significativamente ($p < 0,001$) diferente entre as categorias e crescendo inversamente ao “status” da ocupação, independente da obesidade e do sedentarismo. O percentual de pessoas também cresce, conforme diminui o “status” das categorias, quando agrupa-se aqueles com medidas de pressão arterial iguais ou superiores a 160/95 mmHg ($p < 0,05$). Os valores percentuais, também, são muito significativamente ($p < 0,001$) diferentes para o índice de massa corpórea ($IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$), que traduz as proporções de gordura, a partir das medidas de peso corporal e estatura, e para a relação cintura-quadril ($RCQ \geq 0,98$), mas, nestes casos, não há uma associação inversa com as categorias. Para o IMC, constata-se o crescimento da CSP3 para CSP6 (30%; 35,3%; 37,9% e 43,5%, respectivamente), embora a CSP2 apresente 38,5% de seu total com o IMC acima do índice sugerido. A RCQ apresenta os seguintes valores percentuais da CSP2 à CSP6: 35,9%; 25,4%; 29,6%; 29% e 41,1%.

Rosengren, Orth-Gomér & Wilhelmsen (1998) a partir dos dados de saúde dos trabalhadores suecos, identificaram que a mortalidade é três vezes maior nos trabalhadores não qualificados do que nos gerentes e altos funcionários. Os autores verificaram, ainda, que as baixas classes ocupacionais associaram-se com a alta prevalência do fumo, baixa integração social, baixo nível de atividades em casa e fora de casa, baixo suporte emocional, bem como, uma baixa capacidade de percepção da própria saúde. Todavia, não foi encontrada associação das classes ocupacionais mais baixas com a elevação da pressão arterial, do triglicerídeos e do colesterol.

O perfil lipídico em mulheres saudáveis e sua associação com a condição sócio-econômica foi estudado na Suécia por Wamala, Wolk, Schenck-Gustafsson & Orth-Gomér (1997). As autoras constataram a existência de diferenças entre os níveis educacionais e o HDL ($p < 0,01$); razão colesterol/HDL ($p < 0,003$); razão LDL/HDL ($p < 0,003$); mas, não para os níveis de colesterol total e triglicerídeos. O baixo nível educacional, ainda, foi associado à obesidade ($p < 0,01$) e à gordura abdominal ($P < 0,004$). O poder de decisão

no trabalho foi categorizado em quatro grupos e, também, relacionado ao perfil lipídico. A diferença entre os grupos de menor e maior poder de decisão associaram-se ao colesterol total ($p < 0,03$); HDL ($p < 0,0004$); razão colesterol/HDL ($p < 0,02$); e, razão LDL/HDL ($p < 0,02$), mas não para os triglicerídeos. Considerando o total de remuneração no ano, pôde-se constatar a associação com o HDL ($p < 0,01$), porém, não com o colesterol total, triglicerídeos, razão colesterol/HDL e razão LDL/HDL.

Ao pesquisar a prevalência dos fatores de risco cardiovasculares na comunidade do Harlem, na Cidade de Nova Iorque, Diez-Roux, Northridge, Morabia, Bassett & Shea (1999) encontraram importantes diferenças quanto aos indicadores sociais. O nível educacional associou-se inversamente com o hábito de fumar em homens ($p < 0,05$); com a hipertensão em mulheres ($p < 0,05$); e, hábitos de fumar em mulheres ($p < 0,01$). Os rendimentos de salários relacionaram-se inversamente com o hábito de fumar em homens e mulheres ($p < 0,01$).

Atenção diferenciada pelo aspecto geográfico foi determinada por Kunst, Groenhof, Andersen, Borgan, Costa et alii (1999). Ao estudar a mortalidade por doenças isquêmicas do coração nos Estados Unidos da América e em 11 países da Europa, os autores verificaram que a proporção atribuída à doença ficou em 34 a 39% na maioria dos países do norte da Europa, entre 10 a 21% nos países do sul e na Dinamarca e nos Estados Unidos em torno de 27%. Nas análises considerando os tipos de ocupação (não-manual, manual e agricultura) detectaram que, com exceção da Itália na faixa etária entre 60-64 anos e em Portugal para idades entre 30-44 e 45-59, os trabalhadores manuais apresentaram "*odds ratio*" (razão de chances) acima de 1.00, em todos os países e faixas etárias. Para a faixa etária de 45-59 anos, a "*odds ratio*" ficou entre 1,03 e 1,18 no sul da Europa; entre 1,25 e 1,52 no norte da Europa; e, em 1,21 nos Estados Unidos.

Embora se possa encontrar na literatura vários estudos que associam as desigualdades sociais aos valores de morbi-mortalidade, perduram as questões relativas às interpretações destes achados. Lynch, Smith, Kaplan & House (2000), ao enfrentarem estas questões, tratam-na como resultante das políticas e condições sociais que se exercem sobre o coletivo de pessoas. Para os autores, não basta reconhecer as diferenças entre as médias salariais de determinados grupos. É preciso, antes, perceber

que os efeitos das desigualdades sociais sobre a saúde são produto do processo histórico-político-econômico, o qual reflete a combinação de exposições negativas, perda de recursos, dificuldade de acesso aos serviços, deficiências de informação, entre outros.

Em estudo recente, Ross, Wolfson, Dunn, Berthelot, Kaplan & Lynch (2000) ao analisaram os dados estatísticos de 10 províncias e 53 áreas metropolitanas canadenses e de 50 estados e 282 áreas metropolitanas dos Estados Unidos, observaram que as províncias e áreas canadenses têm menores desigualdades de rendimentos e menores taxas de mortalidade do que os estados e áreas metropolitanas dos Estados Unidos. Estes achados foram mais proeminentes na população trabalhadora ($p < 0,01$) ($r = -0,81$) e pouco significativa para a população idosa masculina ($r = -0,44$) e idosa feminina ($r = -0,42$).

Contudo, esta associação inversa entre desigualdade de rendimentos e mortalidade não se verificou dentro das províncias e áreas canadenses. Isto sugere, segundo Ross et alii (2000), que esta relação, entre desigualdade e mortalidade, não é linear ou universal, mas, antes, depende das características político-sociais específicas do lugar. Este fato corrobora as afirmações anteriores de Lynch et alii (2000).

ATIVIDADE FÍSICA E CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

Se a realização da atividade física regular é importante para a saúde, talvez fosse importante torná-la um hábito entre os indivíduos. Esta não é uma idéia nova. Nos Estados Unidos, a despeito dos esforços das agências locais de Saúde Pública, os níveis de atividade física encontraram um platô, enquanto as taxas de obesidade ainda aumentam (Pate, Pratt, Blair, Haskell et alii, 1995). No Canadá, em 1994, 56% da população era inativa, 27% moderadamente ativa e 17% fisicamente ativa (Chandrakant, 1998).

Por outro lado, se as condições sócio-econômicas têm uma forte associação com a morbi-mortalidade e com a prevalência de fatores de riscos para algumas doenças, pode-se acreditar que isto é, também, representativo para o caso da prática de atividades físicas. Kaplan & Lynch (1999) indagam por que os grupos com menor "status" sócio-econômico parecem associar-se mais com o hábito de fumar, do que com o sedentarismo.

De fato, uma série de aspectos poderão contribuir para que a atividade física esteja sendo praticada indistintamente por diversas classes sociais. O papel da mídia, a influência do esporte de alto rendimento, a cultura local, entre outros, podem significar importantes pontos a considerar. Contudo, é preciso reconhecer, e Kaplan & Lynch (1999) não afirmam o contrário, que as condições sócio-econômicas, também, relacionam-se inversamente com a prática de exercícios físicos.

Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, a proporção de adultos que reportaram estar sedentários no último mês, em 1991, foi de 40,14%; 32,00%; 25,43%; e, 18,64% para os indivíduos que apresentavam, respectivamente, rendimentos anuais de ≤ 14.999 ; 15.000-24.999; 25.000-50.000; e, > 50.000 . A proporção dos sedentários para os níveis de educação foram: 48,06%; 33,57%; e, 20,16% para aqueles que têm, respectivamente, o “segundo grau incompleto”; o “segundo grau” e o “alguma formação técnica superior, pós segundo grau” (Pate et alii, 1995).

Um interessante trabalho sobre as representações sociais da relação trabalho/lazer, das trabalhadoras domésticas-diaristas residentes no município de Queimados que trabalham na cidade do Rio de Janeiro, foi realizado por Ludmila Mourão (1999). A autora constatou que estas mulheres têm baixa escolaridade; têm que realizar suas próprias tarefas domésticas (segunda jornada de trabalho); levam três horas para chegar ao trabalho e quatro para retornar à residência; saem de casa por volta de quatro e meia da manhã e chegam entre nove e dez da noite; trabalham seis dias na semana; e, cujo discurso sobre o que fazem no lazer ou tempo livre é: “*o cansaço não deixa fazer outra coisa*” além de dormir ou assistir TV. A autora revela, então, como estas mulheres trabalhadores têm uma enorme dificuldade de acesso ao lazer.

A pergunta é: como estas trabalhadoras conseguirão tempo para realizar atividade física e, mais do que isto, quais suas prioridades no “andamento” da vida? Talvez, estas mulheres estejam buscando apenas sobreviver e, aí, a atividade física pode não ter o menor sentido.

O relatório de pesquisa sobre padrões de vida dos brasileiros, elaborado pelo IBGE (1999), mostra que os homens praticam mais atividade física do que as mulheres. Do total de homens, 26% realizam atividade física semanalmente. Para as mulheres os valores

correspondem a 12,7%. Quando se verifica a quantidade de pessoas que se exercitam durante pelo menos trinta minutos ou mais, por pelo menos três dias na semana, encontra-se 10,8% e 5,2% do total de homens e mulheres, respectivamente. Na distribuição das pessoas por quintos de renda *per capita* mensal foi verificado que, dentre as pessoas que praticam atividade física semanalmente, 13,8% pertencem ao 1° quinto (mais baixa renda), 16,4% ao 2° quinto, 16% ao 3°, 18,4% ao 4° e 31,5% ao 5° quinto (mais alta renda). Para aqueles que praticam por trinta minutos ou mais, por pelo menos três dias na semana, os valores foram: 4,8% (1° quinto), 7,4% (2° quinto), 5,9% (3° quinto), 7,6% (4° quinto) e 14,6% (5° quinto). De um modo geral, então, percebe-se que a prática de atividade física aumenta conforme a elevação dos rendimentos.

Luc Boltanski (1989), numa clássica investigação, na França, sobre as classes sociais e o corpo, mostra que a prática de atividade física declina conforme decresce a classe social. Considerando as categorias profissionais “agricultores” “operários”, “comerciantes”, “assalariados” “dirigentes de nível médio”, e “dirigentes assalariados”, o autor percebeu que, respectivamente, 70%, 53%, 44%, 42%, 42% e 32% nunca haviam praticado esportes. Entre aqueles que praticaram e pararam antes dos 25 anos, a proporção era: 87%, 79%, 61%, 71%, 71% e 57%. Os valores percentuais para os que praticavam esportes no momento da pesquisa, com exceção dos comerciantes, foi: 7%, 11,5%, 23%, 31% e 44%.

No extenso estudo de Michaux et alii (1996), já citado, foi verificado que não havia uma relação inversa entre as categorias profissionais de maior “status” econômico e o sedentarismo. Os autores encontraram diferenças muito significativas ($p < 0,001$) entre a prática esportiva por categoria profissional, mas não totalmente em obediência à ordem econômica. A CSP2 apresentou 22,1% de indivíduos praticantes, contra 13% da CSP3, 11,6% da CSP4, 23,5% da CSP5 e 21,8% da CSP6.

As associações entre a prevalência de fatores de risco cardiovasculares e variáveis sócio-demográficas foram examinadas numa amostra de 695 indivíduos residentes na comunidade do Harlen, na cidade de Nova Iorque. Dentre os demais fatores de risco, Diez-Roux et alii (1999) observaram que os rendimentos e o nível educacional associavam-se inversamente à inatividade física nas mulheres, com significância estatística de $p < 0,05$ e $p < 0,01$, respectivamente. Nos homens, embora, também, houvesse

encontrado uma relação inversa, os autores não encontraram significância estatística.

Num estudo sobre a atividade física em mulheres americanas negras, Adams-Campbell, Rosenberg, Washburn, Rao, Kim & Palmer (2000), a partir dos dados de 64.101 informantes, observaram que a atividade física vigorosa aumentava de acordo com o nível educacional, mas não a atividade física moderada e a caminhada. Contudo, as três formas relacionavam-se à participação de atividade física intensa durante o “segundo grau”. Os autores sugerem, então, que o hábito de praticar exercício físico é reflexo da prática de educação física na escola.

Em outra investigação, Ford, Merritt, Heath, Powell, Washburn, Kriska & Haile (1991) constataram, a partir de dados de residentes na Pensilvânia (EUA), que os homens com menor *status* sócio-econômico gastavam mais tempo e energia durante as caminhadas para o trabalho e serviços domésticos, enquanto aqueles de maior *status* sócio-econômico despendiam mais tempo e energia nas atividades físicas realizadas durante o lazer. Para as mulheres estas diferenças foram ainda mais proeminentes. O tempo médio gasto por semana com atividades de lazer diferiu ($p < 0,0001$) de 72,1 minutos para 120,3 minutos entre aquelas de menor e maior *status* sócio-econômico, respectivamente. As taxas percentuais de participação em caminhadas durante o lazer, entre mulheres, também variaram significativamente ($p < 0,005$).

Mensink, Loose & Oomen (1997) procuraram estudar a associação da atividade física com outros fatores de estilo de vida saudável, com 5.311 informantes, na Alemanha. Os autores definiram, a partir do nível educacional, ocupação e rendimentos da vizinhança, um índice que refletia o *status* sócio-econômico dos indivíduos. Três grupos foram determinados: “baixo”, “médio” e “alto” *status* sócio-econômico. Mensink, Loose e Oomen perceberam que o nível “baixo” apresentava uma taxa de prevalência de 21,7% de sedentários e 7,5% ativos (+ de 18 METS gastos por semana) ($p < 0,001$), enquanto o grupo “alto” verificava 20,8% de sedentários e 38,9% de ativos ($p < 0,001$). Os valores para as mulheres foram: grupo “baixo” 33,1% sedentárias e 13,8% ativas (+ de 12 METS gastos na semana) ($p < 0,001$); grupo “alto” 14,7% de sedentárias e 29,5% de ativas. Eles verificaram, também, que os homens e as mulheres empregados são mais ativos do que os sujeitos desempregados ($p < 0,001$).

Em estudo recente, Salmon, Hons, Owen, Bauman, Kathryn, Schmitz & Booth (2000) observaram o nível de atividade física realizado no tempo de lazer, na ocupação profissional e nos serviços domésticos em quatro grupos profissionais diferenciados, na Austrália. O grupo 1, dos gerentes, administradores ou profissionais liberais; o grupo 2, dos comerciários e escriturários; o 3 do operários; e, o grupo 4 dos que trabalham em casa. Dentre outras características, o grau de escolaridade entre os grupos variava muito significativamente ($p < 0,001$), tanto em homens, quanto em mulheres.

Salmon et alii (2000), identificaram, então, que nos homens a distribuição percentual de indivíduos que “caminhavam” diferia muito significativamente ($p < 0,01$) e diminuía com o *status* profissional, embora nos trabalhadores domésticos aumentasse. O mesmo ocorria com o quesito “alguma atividade física no lazer”. As atividades físicas “moderada” e “vigorosa” realizadas no lazer, também, apresentaram diferenças muito significativas ($p < 0,001$), porém com a diminuição ocorrendo do grupo 1 para o grupo 4. Confirmando a maior exposição do trabalhador de menor *status* ao esforço físico intenso e continuado, os autores verificaram que a quantidade de horas por semana realizando atividade física vigorosa no trabalho e em casa aumentava em quase três vezes do grupo 1 para o grupo 3. O grupo 1 e 4 apresentavam valores semelhantes ($p < 0,001$).

Nas mulheres, nos quesitos “caminhada” atividade física “moderada” e “vigorosa” e “alguma atividade física no lazer” pôde-se observar que a distribuição percentual caía do grupo 1 para o grupo 3, porém aumentava no grupo 4 ($p < 0,001$). Para a quantidade de horas por semana em atividades vigorosas no trabalho e em casa, a distribuição aumentou em aproximadamente duas vezes do grupo 1 para o 3 ($p < 0,001$).

Em 1995, Bennett observou, como resultados de seu estudo na Austrália, que todas as formas de exercício no lazer estavam fortemente associadas com o nível de educacional, de tal modo que, os indivíduos com elevada escolaridade tinham maior participação nestas atividades do que os de menor escolaridade. Por outro lado, o grupo formado por homens idosos de baixo nível educacional apresentou maiores taxas de sedentarismo. Este achado é, em parte, corroborado por Boutelle, Murray, Jeffery, Hennrikus & Lando (2000). Estes autores encontraram, na área

metropolitana de Minneapolis (EUA), uma relação positiva entre os níveis de educação e os níveis de exercício no tempo de lazer, em homens ($p < 0,05$), mas não em mulheres, embora houvesse diferenças significativas entre os valores encontrados.

O levantamento sobre a prática de atividade física entre obesos americanos, coordenado pelo National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000), indicou que a distribuição percentual de indivíduos que usaram a atividade física para perda de peso relacionou-se inversamente com o nível educacional. Considerando os níveis “abaixo do segundo grau”, “segundo grau”, “alguma formação técnica superior incompleta” e “formação técnica superior completa” os valores percentuais foram, respectivamente, 47,4%, 65,7%, 68,5% e 72,7%. Quando os coordenadores da pesquisa relacionaram os níveis educacionais com o percentual de indivíduos que realizavam a atividade física para perda de peso seguindo os padrões recomendados pelo Dietary Guidelines Advisory Committee, os valores foram, respectivamente, 17,7%, 19,9%, 22,5% e 25,5%.

Num estudo sobre a prevalência de atividade física no lazer, Crespo, Keteyian, Heath & Sempos (1996) utilizaram-se dos dados do terceiro survey nacional sobre saúde e nutrição, nos Estados Unidos e chegaram a conclusão de que 22% dos americanos continuam inativos e 34% fazem atividade física de forma irregular durante o tempo de lazer. Estas taxas variaram, no entanto, em dependência aos grupos étnicos ou sexuais. Assim, os maiores valores de sedentarismo foram encontrados em mulheres, idosos, negros e latinos, ou seja, naqueles que, historicamente, parecem ter maior vulnerabilidade social.

O estudo epidemiológico (Siegel, Brackbill & Heath, 1995) sobre o exercício de caminhada, a partir de 81.557 informantes de 45 estados americanos, aponta na mesma direção. Para aqueles que ganhavam menos de US\$ 10.000 anuais, o percentual de participação em atividades de caminhada foi de 32,6%, enquanto para aqueles que ganhavam mais de US\$ 50.000 foi de 36,9%. Para a participação em alguma atividade física, os valores percentuais foram, respectivamente, de 56,7% e 82,7%. Considerando a situação de emprego em ocupação profissional, os autores verificaram que 33,4% dos empregados praticavam caminhadas, contra 34,4% dos desempregados com menos de um ano e 32,5% dos desempregados com mais de um ano. Na participação em alguma atividade, os valores, foram: 73% (empregados);

66% (desempregados com menos de 1 ano); e, 51,1% (desempregados com mais de 1 ano).

Por fim, a prevalência da tentativa de perder e controlar a massa corporal, foi estudada por Serdula, Mokdad, Williamson, Galuska, Mendlein & Heath (1999) a partir de dados de 107.804 americanos. Os autores encontraram, para os níveis educacionais “abaixo do segundo grau”; “segundo grau”; “alguma formação técnica superior incompleta”; e, “formação técnica superior completa”, os valores percentuais de 23,3%; 26,7%; 30,2%; e, 32,3%, respectivamente, para a tentativa de perda de massa corporal, em homens. Para as mulheres, os valores foram: 37,7%; 43,1%; 46,5%; e, 44,2%.

Serdula et alii (1999) investigaram, ainda, em função destes níveis educacionais em homens, que, respectivamente, 82,3%; 84,6%; 88,0% e 88,4% utilizavam a dieta como estratégia. A atividade física era utilizada deste modo por 50,5%; 62,1%; 69,7%; e, 74,0%. Nas mulheres, os valores encontrados para prevalência da dieta foram, respectivamente, 88,2%; 92,5%; 93,3%; e, 92,5% e para o uso de atividade física, 46,2%; 63,0%; 69,3%; e, 74,4%.

COMENTÁRIOS

Um certo rompimento com o enfoque hegemônico pode ser reconstruído a partir de uma outra concepção de saúde, a qual pode ser enunciada considerando-a, de imediato, como um direito à cidadania.

Até onde se pôde verificar, há uma variedade de estudos que indicam o estado sócio-econômico como um fator influenciador à prevalência de vários problemas relacionados à saúde, incluindo as doenças cardiovasculares, a obesidade e o sedentarismo. A quantidade de rendimentos, o nível educacional, a ocupação profissional, as desigualdades sociais, entre outros, são todos elementos que podem facilitar esta prevalência ou, ainda, dificultar o acesso aos serviços de saúde e similares, à informação ou aos exames necessários, os quais poderiam ajudar no combate destes problemas.

De outro modo, é relevante apontar para algumas dificuldades em se mensurar adequadamente o estado sócio-econômico. O nível educacional medido através do grau de escolaridade, por exemplo, pode não representar verdadeiramente as diferenças ou semelhanças entre os indivíduos. Tanto a época, quanto o lugar

onde se estudou favorecem a uma não homogeneização dentro de um grupo determinado. Os rendimentos, também, apresentam problemas nas análises. Embora, o rendimento influencie diretamente na qualidade da educação e no acesso aos cuidados médicos, o menor rendimento pode, por si só, já ser reflexo de uma má saúde. A utilização da variável ocupação profissional, também, pode ser problemática, pois cada uma envolve diferenças de *status*, poder, prestígio, estilo de vida, rendimentos, tradição, valores, características de esforço, etc (Kaplan & Keil, 1993).

Kaplan & Lynch (1999) comentam, ainda, que pode ser preciso considerar as características da comunidade estudada, e não só as variáveis estabelecidas. Mesmo com condições econômicas semelhantes, dois grupos podem ter hábitos de saúde e participação em programas de atividade física diferenciados. Nas comparações entre comunidades rurais e urbanas isto parece estar bastante evidente. Porém, mesmo em grupos urbanos localizados em regiões bem distintas, como por exemplo uma favela de Copacabana e uma comunidade do bairro de Santa Cruz, ambos no Rio de Janeiro, têm, decerto, possibilidades distintas para prática de atividade física e higiene.

Embora possam conter algumas dificuldades, estes indicadores são amplamente utilizados e aceitos pela comunidade científica. Por outro lado, esta variedade de elementos levantados com intuito de indicar as condições sócio-econômicas refletem, em última instância, as diferentes orientações teóricas e suas exigências na condução da pesquisa. A visão weberiana percebe a estratificação organizada ao redor de três aspectos (vantagem econômica, *status* e poder). O viés marxista baseia-se nas interpretações dos conflitos e oposições dos interesses das classes sociais, em função da propriedade dos meios de produção (Kaplan & Keil, 1993). Deste modo, os

indicadores podem ser aceitos ou rejeitados, de acordo com a orientação teórica compartilhada.

Outro ponto de grande importância é que a maioria destes estudos revistos foram produzidos em países industrializados. Se nestes países, onde a diferença de rendimentos em dólares entre os 20% mais ricos e os 20% mais pobres é da ordem de 6,70 vezes, já se percebe a repercussão das desigualdades sócio-econômicas sobre a saúde; no Brasil, em que as diferenças de rendimentos entre os 20% mais ricos e pobres estão em torno de 32,11 vezes, as conseqüências à saúde serão ainda maiores (PNUD, 1998).

O impacto dos fatores macroeconômicos na saúde pública é alvo de discussão para Kaplan & Lynch (1999). Estes autores comentam a respeito de como os aspectos sociais e econômicos podem ter alguma influência sobre o estado de saúde da sociedade, bem como, sobre a prevenção primária das doenças. O enredo de globalização da economia, que provoca alta competitividade, desemprego, insegurança no trabalho, desigualdades sociais, baixa coesão social, etc, poderia estar provocando uma elevada pressão sobre os trabalhadores e, por isso, favorecendo o aumento do estresse, da pressão arterial e das doenças cardiovasculares. Por outro lado, o trabalhador estaria com seu tempo diminuído para cuidar de si próprio, além do maciço programa de marketing desenvolvido para vender cigarros, alimentos do tipo "fast food" e/ou refrigerantes, os quais, notadamente, favorecem uma pior condição de saúde.

Finalmente, cabe ressaltar que esta revisão permitiu ilustrar como os eventos sócio-econômicos podem ter algum impacto sobre as condições de saúde da sociedade. É preciso, pois, repensar os "modos de olhar" a saúde e permitir àquele que mais precisa, realizar seu direito à prática de atividade física e saúde.

ABSTRACT

PHYSICAL ACTIVITY, HEALTH-DISEASE PROCESS, AND SOCIOECONOMIC STATUS: A REVIEW OF THE LITERATURE

In spite of the explicitness found in many studies concerning the benefits of physical activity to health, some facts deserve a deeper interpretation. In general, the hegemonic approach puts emphasis on the biological and individualized aspect of the disease. On the other hand, many researches already show strong evidences of the relationship between socioeconomic status and health. Among those evidences associations with the practice of regular physical activity are found. The aim of this study, then, is to organize a literature

review about socioeconomic status, health-disease process and physical activity practice. The study comes to the conclusion that physical activity is strongly associated to socioeconomic status and, furthermore, the physical education programs of intervention, in the field of public health, must be reviewed.

UNITERMS: Socioeconomic status; Physical activity practice; Public health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSM. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v.30, n.6, p.975-91, 1998.
- ADAMS-CAMPBELL, L.; ROSENBERG, L.; WASHBURN, R.; RAO, R.; KIM, K.; PALMER, J. Descriptive epidemiology of physical activity in African-American women. **Preventive Medicine**, v.30, p.43-50, 2000.
- BENNETT, S. Cardiovascular risk factors in Australia: trends in socioeconomic inequalities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.49, p.363-72, 1995.
- BERLIN, J.; COLDITZ, G. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. **American Journal of Epidemiology**, v.132, p.639-46, 1990.
- BLAIR, S. 1993 C.H. McCloy research lecture: physical activity, physical fitness, and health. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v.64, n.4, p.365-76, 1993.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro, Graal, 1989.
- BOUTELLE, K.; MURRAY, D.; JEFFERY, R.; HENRIKUS, D.; LANDO, H. Associations between exercise and health behaviors in a community sample of working adults. **Preventive Medicine**, v.30, p.217-24, 2000.
- BURNLEY, I.H. Inequalities in the transition of ischaemic heart disease mortality in new south wales, Australia, 1969-1994. **Social Science and Medicine**, v.47, n.9, p.1209-22, 1998.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.
- CHANDRAKANT, S. **Public health and preventive medicine in Canada**. Toronto. University of Toronto Press, 1998.
- CRESPO, C.; KETEYIAN, S.; HEATH, G.; SEMPOS, C. Leisure-time physical activity among US adults: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Archives of Internal Medicine**, v.156, p.93-8, 1996.
- DIEZ-ROUX, A.; NORTHRIDGE, M.; MORABIA, A.; BASSETT, M.; SHEA, S. Prevalence and social correlates of cardiovascular disease risk factors in Harlem. **American Journal of Public Health**, v.89, n.3, p.302-7, 1999.
- DRESSLER, W.W.; BALIEIRO, M.C.; DosSANTOS, J.S. Culture, socioeconomic status, and physical and mental health in Brazil. **Medical Anthropology Quarterly**, v.12, n.4, p.424-46, 1998.
- FORD, E.; MERRITT, R.; HEATH, G.; POWELL, K.; WASHBURN, R.; KRISKA, A.; HAILE, G. Physical activity behaviors in lower and higher socioeconomic status populations. **American Journal of Epidemiology**, v.133, n.12, p.1246-56, 1991.
- GADAMER, H-G. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa, Edições 70, 1997.
- IBGE. **Pesquisa sobre padrões de vida 1996-1997**. Rio de Janeiro, IBGE, 1999.
- KAPLAN, G.A.; KEIL, J.E. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. **Circulation**, v.88, n.4, p.1973-98, 1993.
- KAPLAN, G.A. People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health. **International Journal of Health Services**, v.26, n.3, p.507-19, 1996.
- KAPLAN, G.A.; LYNCH, J.W. Socioeconomic considerations in the primordial prevention of cardiovascular disease. **Preventive Medicine**, v.29, p.S30-5, 1999.
- KUNST, A.; GROENHOF, F.; ANDERSEN, O.; BORGAN, J-K.; COSTA, G. et alii. Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European Countries. **American Journal of Public Health**, v.89, p.47-53, 1999.
- LAWSON, H. Toward a socioecological conception of health. **Quest**, v.44, p.105-21, 1992.
- LEWIS, A. Saúde. In: SILVA, B., org. **Dicionário de ciências sociais**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1986. p.1099-101.
- LYNCH, J.W.; SMITH, G.D.; KAPLAN, G.A.; HOUSE, J.S. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environmental, or material conditions. **British Medical Journal**, v.320, p.1200-4, 2000.
- MENSINK, G.; LOOSE, N.; OOMEN, C. Physical activity and its association with other lifestyle factors. **European Journal of Epidemiology**, v.13, p.771-8, 1997.

- MINAYO, M.C.S. **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1992.
- MOURÃO, L. Representação social da relação do trabalho feminino da diarista com as opções de lazer na comunidade de Queimados. **Motus Corporis**, v.6, n.2, p.52-72, 1999.
- NAVARRO, V. A historical review (1965-1997) of studies on class, health, and quality of life: a personal account. **International Journal of Health Services**, v.28, n.3, p.389-406, 1998.
- MHEEN, P.J.M.; SMITH, G.D.; HART, C.L.; GUNNING-SCHepERS, L.J. Socioeconomic differentials in mortality among men within Great Britain: time trends and contributory causes. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.52, p.214-8, 1998.
- MICHAUX, R.; FERRIÈRES, J.; RUIDAVETS, J.B. CAMBOU, J.P.; POUS, J. Statut socio-économique et facteurs de risque coronarien: Etude chez 2.610 hommes âgés de 50 à 60 ans. **Santé Publique**, v.8, n.4, p.315-27, 1996.
- NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. Prevalence of leisure-time physical activity among overweight adults: United States, 1998. **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.49, n.15, p.326-30, 2000.
- PATE, R.; PRATT, M.; BLAIR, S.; HASKELL, W. et alii. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v.273, n.5, p.402-7, 1995.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Relatório do desenvolvimento humano 1998**. Lisboa, Trinova Editora, 1998.
- ROSENGREN, A.; ORTH-GOMER, K.; WILHELMSEN, L. Socioeconomic differences in health indices, social networks and mortality among Swedish men: a study of men born in 1933. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, v.26, n.4, p.272-80, 1998.
- ROSS, N.; WOLFSON, M.; DUNN, J.; BERTHLOT, J.-M.; KAPLAN, G.; LYNCH, J. Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics. **British Medical Journal**, v.320, p.898-902, 2000.
- SALMON, J.; OWEN, N.; BAUMAN, A.; KATHRYN, M.; SCHMITZ, H.; BOOTH, M. Leisure-time, occupational, and household physical activity among professional, skilled, and less-skilled workers and homemakers. **Preventive Medicine**, v.30, p.191-9, 2000.
- SERDUŁA, M.; MOKDAD, A.; WILLIAMSON, D.; GALUSKA, D.; MENDLEIN, J.; HEATH, G. Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight. **JAMA**, v.282, n.14, p.1353-8, 1999.
- SHEPHARD, R.J. Physical activity, fitness and health: the current consensus. **Quest**, v.47, n.3, p.288-303, 1995.
- SIEGEL, P.; BRACKBILL, R.; HEATH, G. The epidemiology of walking for exercise: implications for promoting activity among sedentary groups. **American Journal of Public Health**, v.85, p.706-10, 1995.
- WAMALA, S.P.; WOLK, A.; SCHENCK-GUSTAFSSON, K.; ORTH-GOMÉR, K. Lipid profile and socioeconomic status in healthy middle aged women in Sweden. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.51, p.400-7, 1997.

Recebido para publicação em: 06 jun. 2000
 Revisado em: 13 set. 2000
 Aceito em: 28 nov. 2000

ENDEREÇO: Alexandre Palma
 Rua Cachambi, 137, apto. 405 – Cachambi
 20.775-180 Rio de Janeiro – RJ - BRASIL
 e-mail: alexandrepalma@domain.com.br