

FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ENTRE ADULTOS NO BRASIL E NA AMAZÔNIA LEGAL: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

FREQUENCY AND FACTORS ASSOCIATED WITH LEISURE PHYSICAL ACTIVITY AMONG ADULTS IN BRAZIL AND IN THE AMAZON: POPULATION-BASED STUDY

Adriana S. Rêgo¹, Bruno Luciano Carneiro A. de Oliveira², Alécia Maria da Silva³, Deysianne C. das Chagas⁴, Marcelo Augusto F. R. do A. Rodrigues⁵, Maria Teresa S. S. de Brito e Alves⁶, Erika Bárbara A. F. Thomaz²

Resumo

Introdução: A prática regular de atividade física tem sido recomendada como importante estratégia de promoção em saúde, mas a inatividade física ainda permanece alta em várias regiões. **Objetivo:** Investigar a frequência e fatores associados à atividade física de lazer nas regiões brasileiras e nos estados que compõem a sua Amazônia legal. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal baseado num inquerido domiciliar de residentes de todas as regiões do Brasil, realizada em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Utilizou-se uma amostra de 186.424 indivíduos com idade entre 20 e 59 anos. A variável dependente foi atividade física de lazer. **Resultados:** A frequência da AFL no Brasil foi de 13,8% e entre os estados da Amazônia legal foi de 10,8%. A AFL no Brasil foi maior entre as mulheres na idade entre 20 a 29 anos e na Amazônia legal foi entre os homens. Independente da região, quanto maior a renda, escolaridade e autoavaliação de saúde maior a frequência de atividade física de lazer. **Conclusão:** Atividade física de lazer é menos praticada por pessoas com maior vulnerabilidade socioeconômica e pelos moradores da Amazônia Legal, mesmo que eles tenham os mesmos níveis socioeconômicos dos moradores do Brasil.

Palavras-chave: Atividade motora. Fatores Socioeconômicos. Estudos Transversais. Desigualdades em Saúde.

Abstract

Introduction: Regular physical activity (RPA) has been recommended as an important health promotion strategy, but physical inactivity remains high in several regions. **Objective:** To investigate the frequency and factors associated with leisure RPA in Brazilian regions and states that make up its legal Amazon. **Methods:** This is a cross-sectional study based on a population-based survey in residents of all regions of Brazil, conducted in 2008 by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, in Portuguese). We used a sample of 186,424 individuals aged between 20 and 59 years. The dependent variable was leisure RPA. **Results:** The frequency of leisure RPA in Brazil was 13.8% and among the states of the Amazon region was 10.8%. The leisure RPA in Brazil was higher among women aged between 20 to 29 years and in the Legal Amazon was among men. Regardless of the region, the higher the income, schooling and health self-assessment the frequency of leisure RPA. **Conclusion:** Leisure RPA is less practiced by people with higher socioeconomic vulnerability and by the inhabitants of the Amazon, even if they have the same socioeconomic status of the residents of Brazil.

Keywords: Motor Activity. Cross-Sectional Studies. Socioeconomic Factors. Health Inequalities

Introdução

A atividade física representa todo movimento produzido pelos músculos esqueléticos com gasto energético acima dos típicos níveis de repouso. Todo movimento que realizamos a qualquer momento do dia a dia, desde atividades mais elementares, como passear com o cachorro, varrer a calçada ou brincar até as mais complexas como atividades de alta intensidade são atividades físicas. Essas atividades diferenciam-se dos exercícios físicos, pois estes representam uma sequência sistematizada de movimentos de diferentes segmentos corporais, executados de forma mais rigorosa e planejada, com intensidade, duração e objetivos definidos¹.

Diversas instituições internacionais e/ou governamentais recomendam a realização de atividade física regular (AFR), pois representa importante estratégia de promoção em saúde². Estilos de vida saudáveis estão associados à prática de AFR. Essas atividades

podem ser ocupacionais, de lazer, domésticas e de deslocamento ao trabalho³. A prática de AFR está relacionada ao aumento da expectativa de vida e à redução do risco as doenças cardíacas, acidente vascular encefálico, diabetes, dentre outros. No entanto, apesar dos inúmeros benefícios, a inatividade física permanece alta em várias regiões⁴⁻⁷.

Estudos sobre a frequência de inatividade física no Brasil registram variações de 14,0% a 20,2% e quando se estuda a inatividade física no lazer (IFL) o percentual é ainda maior^{8,9}. Um estudo em Salvador (BA), no ano de 2000, observou que a frequência de IFL em homens e mulheres entre 20 e 94 anos era de 60,4% e 82,7%, respectivamente¹⁰. Em pesquisas de base populacional, essas frequências são ainda maiores, chegando a 89,5% na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008⁸ e a 69,7% na Vigitel⁹ de 2011. Diferenças importantes na frequência de AFL entre adultos têm sido amplamente observadas entre os

¹ Pós-Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Doutoranda em Saúde Coletiva. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.

³ Mestranda profissional em Saúde da Família. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

⁴ Doutoranda em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

⁵ Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

⁶ Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Contato: Adriana S. Rêgo. E-mail: adricefs@yahoo.com.br

grupos de pior estado socioeconômicos e moradia⁸.

Nos Estados Unidos, nos últimos dez anos, diversos inquéritos indicam que 23,0% a 40,0% da população adulta não praticam AFL¹¹. No inquérito domiciliar realizado por Gomes *et al.*,¹² no Município do Rio de Janeiro (RJ), observou-se que 58,9% dos homens e 77,8% das mulheres não realizavam AFL. Em São Paulo (SP) essa frequência foi 74,9% entre adultos de 20 a 39 anos e de 72,8% na faixa etária de 40 a 59 anos. Dentre os estados da Amazônia Legal, Roraima é a unidade onde se encontram mais pessoas ativas durante o lazer e os estados do Maranhão e Rondônia, as menores frequências⁸. Os estados que compõem a Amazônia Legal apresentam também os mais baixos índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do país.

No Brasil, estudos de base populacional de amplitude nacional sobre a AFL entre adultos são escassos e alguns dos resultados são discrepantes. Parte dessas variações decorre de diferentes conceitos ou critérios utilizados para mensurar esse hábito de saúde. Os diferentes perfis de adultos inativos no lazer não têm sido interpretados facialmente em virtude dessa complexidade na mensuração¹³. Estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ), com 2.674 participantes adultos concluiu que AFL foi mais frequente entre residentes de bairros com maiores índices de desenvolvimento social e não foram observadas associações com acesso a espaços de lazer e desigualdade de renda¹⁴.

Portando, considerando-se a relevância do tema e as dificuldades metodológicas envolvidas na avaliação da AFL, este trabalho tem por objetivo estimar a frequência e fatores associados à AFL entre adultos brasileiros e da Amazônia Legal, em 2008.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal que investigou a frequência e fatores associados à atividade física de lazer, entre adultos brasileiros incluídos na PNAD, realizada em 2008 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PNAD é um inquérito populacional de base domiciliar realizado anualmente. A cada ano a PNAD levanta informações representativas da população brasileira sobre suas características demográficas, socioeconômicas e habitacionais. Além desses indicadores, em 2008, foi acrescentado um suplemento saúde que gerou informações sobre condições de saúde dos brasileiros¹⁵. O inquérito de 2008 foi realizado entre 21 e 27 de setembro.

A PNAD utiliza uma amostragem probabilística complexa de domicílios de todas as regiões do Brasil, obtidos em até três estágios de seleção. No primeiro estágio, foi feita a seleção dos municípios. No segundo estágio foram selecionados os setores censitários e no último estágio, os domicílios de cada setor censitário¹⁵. Todos os adultos residentes no domicílio selecionado foram incluídos na amostra.

No Brasil foram pesquisadas 391.868 pessoas em 150.591 unidades domiciliares. Para essa análise, utilizamos apenas a população adulta entre 20 e 59 anos de idade (n=186.424). Na Amazônia Legal foram pesquisadas 66.840 pessoas em 17.918 unidades domiciliares, sendo 30.059 adultos.

Nesta pesquisa, a variável dependente foi a AFL, definida *pela realização, nos últimos três meses, de prática de qualquer tipo de exercício físico ou esporte, em três ou mais dias da semana, com 30 ou mais minutos por sessão*. Nesta pesquisa, AFL foi categorizada em sim ou não.

As covariáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde incluídas nesta pesquisa foram: sexo (masculino ou feminino), idade (em anos completos agrupadas em quatro faixas etárias: 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 e 50 a 59); escolaridade (em anos, agrupados em três estratos: 0 anos, 1 a 8 anos e ≥ 9 anos de estudo); cor/raça (em branca e outras, que agrega as categorias: parda, preta, amarela e indígena); condição de atividade econômica na semana de referência (ativa ou não); pessoa de referência da família (sim ou não); localização do domicílio (urbana ou rural); macrorregião de residência em cinco categorias (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul); e quintil de renda domiciliar *per capita* (em cinco estratos: 1º (menor), 2º, 3º, 4º e 5º (maior)), sendo que a renda mediana no 1º quintil foi de R\$: 110,00 e no 5º quintil foi de R\$: 1352,00; fumo atual (sim ou não) e auto avaliação estado de saúde (em três categorias: muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim).

Foram estimadas as frequências de AFL nas categorias das variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde da população em estudo. Para estimarmos as associações entre as variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde e a variável dependente utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta, calculando-se as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%).

As variáveis que se apresentaram associadas à variável resposta com valor de $p < 0,20$ foram selecionadas como potenciais confundidoras. Somente permaneceram no modelo multivariado final as variáveis com valor de $p < 0,01$.

Para corrigir as desiguais probabilidades de seleção de cada indivíduo foram utilizados pesos na estimativa das prevalências. Além disso, os erros-padrão foram corrigidos para o efeito da estratificação e da conglomeração, calculando-se o efeito do desenho amostral complexo (deff)¹⁶. As análises foram feitas no *software* Stata® versão 12.0, incorporando-se os procedimentos *svy*.

Resultados

A frequência de AFL no Brasil foi de 13,8% (13,7-14,0) e entre os estados da Amazônia Legal, foi de 10,8%. A maioria dos adultos pesquisados era do sexo feminino (51,6%), com idade entre 20 e 29 anos (32,1%), com nove anos ou mais de estudo (49,5%). O percentual de pessoas no Brasil com renda mensal no 1º quintil (menor renda) foi de 18,9% e na Amazônia legal o foi de 28,8%. A maioria não era chefe de família (59,3%), morava na região Sudeste (30,1%) e na zona urbana. O número de não fumantes e dos que consideravam sua saúde muito boa/boa foi semelhante na comparação do Brasil e Amazônia Legal (Tabela 1).

Nos adultos brasileiros, a AFL foi maior entre as mulheres (14,0%), na faixa etária de 20 a 29 anos de idade (15,5%), brancos (16,0%), com nove ou mais anos

Tabela 1 - Características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos adultos no Brasil e Amazônia Legal brasileira segundo a PNAD, 2008.

Variáveis	Brasil (N=186.424)		Amazônia Legal (N=30.059)	
	%	IC95%	%	IC95%
Atividade física no lazer				
Não	86,7	86,5 – 86,9	89,2	88,8 – 89,6
Sim	13,3	13,1 – 13,5	10,8	10,4 – 11,2
Sexo				
Feminino	51,5	51,3 – 51,8	50,3	49,6 – 50,9
Masculino	48,5	48,2 – 48,7	49,7	49,1 – 50,4
Faixa etária				
20 a 29 anos	31,6	31,3 – 31,8	35,7	35,0 – 36,3
30 a 39 anos	26,4	26,2 – 26,6	28,0	27,5 – 28,6
40 a 49 anos	24,3	24,1 – 24,5	22,1	21,6 – 22,6
50 a 59 anos	17,8	17,6 – 17,9	14,2	13,8 – 14,7
Cor/Raça				
Brancos	49,0	48,7 – 49,3	25,5	25,0 – 26,1
Não brancos	51,0	50,7 – 51,3	74,5	73,9 – 75,0
Anos de estudo¹				
9 anos ou mais	49,2	48,9 – 49,4	44,1	43,5 – 44,8
1 a 8 anos	42,5	42,2 – 42,7	44,3	43,5 – 44,8
Nenhum ano	08,3	08,2 – 08,5	12,0	11,1 – 12,1
Renda (quartil)¹				
1º quintil (menor)	18,9	18,7 – 19,1	28,8	28,1 – 29,4
2º quintil	20,2	20,0 – 20,4	25,7	25,1 – 26,2
3º quintil	19,1	18,9 – 19,3	18,3	17,8 – 18,8
4º quintil	21,1	20,9 – 21,3	15,0	14,5 – 15,5
5º quintil (maior)	20,7	20,5 – 20,9	12,3	11,9 – 12,7
Chefe da família				
Não	59,5	59,2 – 59,7	59,5	58,8 – 60,1
Sim	40,5	40,3 – 40,8	40,5	39,9 – 41,2
Região				
Amazônia Legal ²	-	-	12,1	12,0 – 12,3
Norte	07,5	07,4 – 07,6	-	-
Nordeste ³	26,8	26,6 – 27,0	23,83	23,6 – 24,0
Centro-oeste ⁴	07,4	07,3 – 07,5	05,64	05,7 – 05,8
Sudeste	43,6	43,3 – 43,8	43,6	43,3 – 43,8
Sul	14,8	14,6 – 15,0	14,8	14,6 – 15,0
Local de moradia				
Urbana	85,3	85,1 – 85,5	77,9	77,3 – 78,5
Rural	14,7	14,5 – 14,9	22,1	21,6 – 22,7
Fumo				
Não	80,4	80,2 – 80,6	81,4	80,9 – 81,9
Sim	19,6	19,4 – 19,8	18,6	18,1 – 19,1
Autopercepção da saúde				
Muito bom/bom	75,0	75,3 – 75,7	70,6	67,0 – 71,2
Regular	21,3	20,6 – 21,0	24,7	24,2 – 25,3
Muito ruim/ruim	03,7	03,6 – 03,7	04,7	04,4 – 05,0
Número de condições crônicas				
0	72,9	72,6 – 73,1	78,3	77,8 – 78,9
1	18,3	18,1 – 18,5	15,4	14,9 – 15,9
2	05,8	05,7 – 05,9	04,3	04,0 – 04,5
≥3	03,0	02,9 – 03,1	02,0	01,8 – 02,2

¹Excluídos ignorados na tabela. ²Agregado os estados da região Norte mais os estados do Maranhão e Mato Grosso. ³Excluindo Maranhão. ⁴Excluindo Mato Grosso.

Tabela 2 - Frequência e Razões de Prevalência (RP) bruta e ajustada das características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos adultos brasileiros associadas com atividade física no lazer, Brasil, PNAD, 2008.

Variáveis	%	RP-b ^b	IC 95%	RP-a ^a	IC 95%
Sexo					
Feminino	13,6	R**		R**	
Masculino	13,0	0,96	0,93 – 0,98*	1,02	0,99 – 1,05
Faixa etária					
20 a 29 anos	15,1	R**		R**	
30 a 39 anos	12,2	0,81	0,79 – 0,84*	0,92	0,88 – 0,95*
40 a 49 anos	12,3	0,82	0,79 – 0,85*	0,96	0,93 – 1,00
50 a 59 anos	13,2	0,88	0,85 – 0,91*	1,07	1,03 – 1,11*
Cor/Raça					
Não brancos	11,4	R**		R**	
Brancos	15,3	1,35	1,31 – 1,38*	1,01	0,98 – 1,04
Anos de estudo¹					
9 anos ou mais	19,3	R**		R**	
1 a 8 anos	8,1	0,42	0,41 – 0,43*	0,62	0,60 – 0,64*
Nenhum ano	3,8	0,20	0,18 – 0,22*	0,35	0,32 – 0,39*
Renda (quartil)¹					
1º quintil	6,1	R**		R**	
2º quintil	8,5	1,39	1,31 – 1,47*	1,18	1,12 – 1,25*
3º quintil	10,8	1,76	1,67 – 1,86*	1,38	1,31 – 1,46*
4º quintil	14,4	2,35	2,23 – 2,47*	1,68	1,59 – 1,77*
5º quintil	25,1	4,10	3,91 – 4,30*	2,55	2,40 – 2,68*
Chefe da família					
Não	14,1	R**		R**	
Sim	12,2	0,87	0,85 – 0,89*	0,94	0,91 – 0,97*
Região					
Amazônia Legal ²	10,8	R**		R**	
Norte	-	-	-	-	-
Nordeste ³	12,5	1,16	1,11 – 1,21*	1,24	1,19 – 1,29*
Centro-oeste ⁴	17,4	1,58	1,51 – 1,66*	1,19	1,13 – 1,25*
Sudeste	13,5	1,25	1,20 – 1,30*	0,90	0,86 – 0,94*
Sul	14,7	1,36	1,30 – 1,43*	1,02	0,97 – 1,07
Local de moradia					
Urbana	14,6	R**		R**	
Rural	5,6	0,39	0,37 – 0,42*	0,63	0,60 – 0,67*
Fumo					
Não	14,5	R**		R**	
Sim	8,3	0,57	0,55 – 0,59*	0,71	0,68 – 0,74*
Auto percepção da saúde					
Muito bom/bom	14,9	R**		R**	
Regular	8,8	0,59	0,57 – 0,61*	0,75	0,72 – 0,79*
Muito ruim/ruim	4,4	0,30	0,26 – 0,33*	0,45	0,39 – 0,51*
Número de condições crônicas					
0	13,5	R**		R**	
1	13,4	1,00	0,96 – 1,03	1,12	1,08 – 1,16*
2	12,2	0,91	0,85 – 0,96*	1,16	1,09 – 1,23*
≥3	10,6	0,79	0,72 – 0,86*	1,21	1,10 – 1,32*

*p-valor ≤ 0.001. **Referência. ^aRP-ajustada. ^bRP-bruta.

¹Excluídos ignorados na tabela. ²Agregado todos os estados da região Norte mais os estados do Maranhão. ³Excluindo o Maranhão. ⁴Excluindo o Mato Grosso.

Tabela 3 - Frequência e Razões de Prevalência (RP) bruta e ajustada das características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos adultos da amazônica legal brasileira associadas com atividade física no lazer. Brasil, PNAD, 2008.

Variáveis	%	RP-b ^b IC 95%	RP-a ^a IC 95%
Sexo			
Feminino	09,7	R***	R***
Masculino	11,9	1,23 1,14 – 1,32 ^c	1,35 1,25 – 1,47*
Faixa etária			
20 a 29 anos	13,9	R***	R***
30 a 39 anos	10,0	0,72 0,66 – 0,79*	0,80 0,73 – 0,88*
40 a 49 anos	08,5	0,61 0,55 – 0,67*	0,71 0,64 – 0,79*
50 a 59 anos	07,8	0,56 0,49 – 0,63*	0,70 0,61 – 0,80*
Cor/Raça			
Não brancos	10,2	R***	R***
Branco	12,4	1,22 1,13 – 1,32*	1,00 0,93 – 1,09
Anos de estudo^d			
9 anos ou mais	16,5	R***	R***
1 a 8 anos	07,1	0,43 0,40 – 0,47*	0,63 0,57 – 0,69*
Nenhum ano	02,8	0,17 0,14 – 0,22*	0,32 0,25 – 0,41*
Renda (quintil)^e			
1º quintil (menor)	06,0	R***	R***
2º quintil	08,5	1,40 1,23 – 1,60*	1,15 1,01 – 1,39**
3º quintil	10,7	1,78 1,56 – 2,03*	1,30 1,13 – 1,48*
4º quintil	13,9	2,30 2,02 – 2,61*	1,55 1,36 – 1,77*
5º quintil (maior)	22,6	3,74 3,32 – 4,21*	2,33 2,05 – 2,64*
Chefe da família			
Não	11,5	R***	R***
Sim	09,7	0,84 0,78 – 0,91*	0,91 0,83 – 0,99**
Estado			
Acre	11,2	R***	R***
Amapá	10,6	0,94 0,74 – 1,20	0,88 0,69 – 1,12
Amazonas	12,4	1,11 0,94 – 1,30	1,07 0,90 – 1,26
Pará	11,9	1,06 0,91 – 1,24	1,21 1,04 – 1,41**
Rondônia	09,1	0,81 0,68 – 0,98	0,88 0,73 – 1,05
Roraima	13,0	1,16 0,94 – 1,44	1,07 0,87 – 1,32
Tocantins	13,5	1,21 1,02 – 1,44**	1,24 1,05 – 1,47**
Maranhão	08,3	0,74 0,62 – 0,89*	0,96 0,80 – 1,15
Mato Grosso	10,7	0,95 0,80 – 1,13	0,90 0,76 – 1,07
Local de moradia			
Urbana	12,2	R***	R***
Rural	05,7		0,68 0,60 – 0,77*
Fumo		0,47 0,41 -0,53*	
Não	11,5	R***	R***
Sim	07,4	0,64 0,60 – 0,72*	0,83 0,74 – 0,93*
Autopercepção da saúde			
Muito bom/bom	12,5	R***	R***
Regular	07,3	0,58 0,53 – 0,64	0,79 0,71 – 0,88*
Muito ruim/ruim	03,0	0,24 0,17 – 0,33	0,42 0,30 – 0,59*
Número de condições crônicas			
0	11,2	R***	R***
1	09,5	0,85 0,77 – 0,94	1,09 0,98 – 1,22
2	09,2	0,82 0,67 – 1,00	1,30 1,05 – 1,60**
≥3	05,7	0,51 0,36 – 0,72	1,12 0,78 – 1,59

*p-valor ≤0,001 **p-valor ≤0,05. ***Referência. ^aAjustada. ^bBruta
^cExcluídos ignorados na tabela.

de estudo (20,1%), no maior quintil de renda (26,5%), não chefes de família (14,5%), residentes na região centro-oeste (16,7%) e na zona urbana (15,1%), não fumante (15,1%) e com muito boa/boa auto percepção em saúde (15,6%). No Brasil, na análise ajustada mostrou que a RP de AFL foi maior entre adultos com idade entre 50 e 59 anos (RP=1,07; IC 95%: 1,03-1,11), entre os que moravam nas regiões Nordeste (RP=1,2; IC 95,0%: 1,19-1,29) e Centro-Oeste (RP=1,19; IC 95,0%: 1,13-1,25). Quanto maior a renda e os anos de estudo, mais ativos eram os adultos de 30 a 39 anos nos momentos de lazer. Por outro lado, a RP de AFL foi menor entre os adultos que referiram ser os chefes de família (RP=0,94; IC 95,0%: 0,91-0,97), que moravam na região Sudeste (RP=0,90; IC 95%: 0,86-0,94), entre os que residiam na zona rural (RP=0,63; IC 95,0%: 0,60-0,67) e que fumavam (RP=0,71; IC 95,0%: 0,68-0,74). Verificou-se ainda que quanto pior a autopercepção de saúde, menor eram a prevalência de AFL (Tabela 2).

Na Amazônia Legal a análise ajustada demonstrou que RP para realizar AFL foi maior entre homens com maiores níveis de renda. Em todas as faixas etárias houve menor chance de realizar AFL. A chance diminuiu com o aumento da idade e com a redução da escolaridade (tabela 3). Nos adultos da Amazônia legal, a AFL foi maior entre os homens (11,9%), na faixa etária de 20 a 29 anos de idade (13,9%), brancos (12,4%), com nove ou mais anos de estudo (16,5%), no maior quintil de renda (22,6%), não chefes de família (11,5%) e com muito boa/boa auto percepção em saúde (12,5%) (Tabela 3).

Discussão

Há diferenças importantes na magnitude da frequência e dos fatores associados à atividade física de lazer (AFL), entre os brasileiros adultos e aqueles residentes nos estados que compõem a Amazônia Legal do Brasil. Os adultos dessa região praticam menos AFL e as características socioeconômicas e demográficas desses adultos impactam de modo tênue na ocorrência dessa prática do que observada para o Brasil. Esses resultados sugerem que AFL é menos praticada pelos moradores da Amazônia Legal, mesmo que eles tenham os mesmos níveis socioeconômicos dos moradores do Brasil.

O sexo masculino só esteve associado a maior AFL na Amazônia Legal. O aumento da faixa de idade reduziu a chance de realizar AFL, porém os adultos mais ativos no Brasil foram 7,0% mais ativos no lazer do que a população do restante do país e essa associação só ocorreu nos adultos do Brasil. Com a diminuição da escolaridade e da autoavaliação de saúde houve redução da chance de praticar AFL. Já o aumento do quintil de renda aumentou a AFL. Fumar e ter papel de chefe de família reduziu a chance de realizar AFL. Morar nas regiões mais ricas do país esteve associado à menor chance de realizar AFL. Observou-se que realizar AFL pareceu uma condição decorrente da presença de comorbidades nos dois contextos avaliados – Brasil e Amazônia Legal Brasileira.

A atividade física tem sido crescentemente reconhecida por produzir benefícios físicos, psicológicos e sociais advindos da sua prática regular, associando-se aos determinantes de ordem biológica e sociocultural.

Rocha *et al.*,¹⁷ observaram que indivíduos ativos no lazer apresentam menores prevalências de transtornos mentais crônicos, realçando a importância da AFL na redução de comorbidades.

Deve-se estimular a prática de exercícios físicos, pois favorece a qualidade de vida individual e coletiva e de estilo de vida mais saudável, reduzindo o risco de ocorrência de doenças crônico-degenerativas, obesidade e isolamento social entre adultos^{18,19}.

Apesar dos benefícios citados, o presente estudo evidenciou uma baixa frequência de adultos que realizam AFL na Amazônia Legal, principalmente ao se comparar esses resultados com outras pesquisas desenvolvidas em diferentes regiões do país^{20,21}. Sousa *et al.*²⁰, por exemplo, mostraram uma frequência de AFL de 16,4% em São Paulo e 26,6% em Duque de Caxias-RJ, respectivamente.

Na região Sul, o estudo de Dumith *et al.*,²² desenvolvido em Pelotas, Rio Grande do Sul, evidenciou uma frequência de 30% de AFL entre os 3.136 indivíduos entrevistados. Já, na região Nordeste, a análise de Rocha *et al.*¹⁷ apontou que dos 3.597 indivíduos entrevistados em Feira de Santana, Bahia, 27,7% foram considerados ativos no lazer.

Nota-se que os adultos residentes na região Sudeste, quando comparados aos das regiões Nordeste e Sul, praticam menos AFL. A crescente industrialização, a alta competitividade de mercados, os aspectos culturais e econômicos, o alto custo de vida e a necessidade de produção crescente, traduzem o estilo de vida sedentário dos indivíduos residentes desta região.

Embora os resultados supracitados tenham sido superiores aos do presente estudo, admite-se que a frequência de AFL ainda é baixa em todo o território nacional, ficando aquém às recomendações dos níveis adequados de atividade física.

Cabe salientar que parte das divergências percebidas nos estudos decorre dos métodos e conceitos utilizados na classificação da prática de AFL. Enquanto alguns autores conceituam ativo no lazer todo indivíduo que pratica atividades físicas leves ou moderadas em cinco dias ou mais na semana por pelo menos 30 minutos e/ou indivíduos que praticam atividades físicas vigorosas em três dias ou mais na semana por pelo menos 20 minutos⁸; outros avaliam a prática de atividade física global e acumulada, somando atividade física no domicílio, trabalho, deslocamento e lazer^{23,24}.

Entretanto, a despeito das diferenças metodológicas, este estudo revela que uma pequena parte da população adulta brasileira realizou regularmente, nos últimos três meses, as modalidades de atividade física ou de prática de esporte no lazer, como por exemplo, a caminhada, futebol, basquete, ginástica aeróbica, tênis ou lutas, danças, dentre outras. De modo geral, tais atividades exigem a otimização de tempo e a oferta de espaços públicos para sua prática, nem sempre disponíveis no contexto social atual do Brasil^{8,13,15}. A importância destes espaços foi citada por Salvador *et al.*,²⁴ em pesquisa realizada no distrito de Ermelino Matarazzo, município de São Paulo. Os autores demonstraram que a presença de quadras, igrejas ou templos religiosos, academias e praças tiveram associação positiva com a prática de AFL nos indivíduos avaliados.

Além dos aspectos apresentados, a adesão à

realização de AFL é fortemente influenciada por variáveis intangíveis. Os resultados deste estudo mostraram significativas desigualdades socioeconômicas, demográficas e de saúde na prática de AFL em 2008, sendo marcadas as diferenças na distribuição desse importante fator de proteção à saúde na população estudada.

Entre as variáveis investigadas, observou-se que os adultos que estiveram mais aderidos à AFL foram adultos de 50 a 59 anos, com melhores situações socioeconômicas, não fumantes e com muito boa/boa percepção em saúde.

Em parte, esses diferenciais verificados podem decorrer de um desigual acesso, oferta e uso de recursos, equipamentos e serviços sociais para a saúde^{8,13}, ou seja, características contextuais que diminuem a adesão à prática de atividade física entre os adultos brasileiros.

Tal fenômeno também indicaria que os grupos mais pobres, de baixa escolaridade estariam duplamente impactados pelos fatores de riscos socioeconômicos e pela inatividade física sobre a saúde^{8,13}.

A associação entre AFL e aspectos socioeconômicos como renda e escolaridade foram analisados por Salles-Costa *et al.*,²⁵ que verificaram relação diretamente proporcional entre estas variáveis. Camões e Lopes⁴, em um estudo de base populacional com adultos portugueses, mostraram que indivíduos com maior escolaridade tinham duas vezes mais chance de serem ativos no lazer que os menos escolarizados. Os achados do presente estudo seguem a mesma tendência, sendo observado que os adultos brasileiros sem escolaridade apresentaram frequência de AFL 65% menor que os adultos com nove anos ou mais de estudo (RP=0,35; IC 95%: 0,32-0,39).

Esses resultados são plausíveis. Droomers *et al.*,²⁶ referem que indivíduos com baixa escolaridade possuem pouca percepção acerca dos fatores relacionados aos cuidados com a saúde e ao controle sobre a vida. Características como precárias condições de moradia, presença de barreiras de acesso a serviços, além de limitações financeiras, podem explicar a redução da AFL, principalmente entre os indivíduos de maior faixa etária.

Azevedo *et al.*,²⁷ complementam a explicação supracitada ao alegar que os indivíduos com menor renda tendem a ser sedentários no lazer por não conseguirem arcar com os custos provenientes de serviços específicos, como academias. Além disso, Pitanga e Lessa¹⁰ explicam que pessoas com baixa qualificação tendem a ocupar cargos constituídos por atividades pesadas e não sedentárias, o que os leva a não realizarem AFL. Já, as pessoas com mais anos de estudo, por ocuparem cargos constituídos por atividades sedentárias, procuram atividades fora do ambiente laboral.

Com relação à faixa etária, esta pesquisa permitiu notar um decréscimo na frequência de AFL de acordo com a progressão da idade. Cabe salientar que indivíduos de 50 a 59 anos apresentaram uma frequência maior em comparação aos indivíduos de 30 a 49 anos. Os resultados mostraram que ter idade ente 50 a 59 anos aumenta a chance de ser ativo no lazer.

O resultado demonstrado assemelha-se ao alcançado por Sousa *et al.*,²⁰ que realizaram um estudo transversal, de base populacional, realizado em São

Paulo nos anos de 2008 e 2009. No referido estudo, a frequência de AFL entre indivíduos de 50 a 59 anos foi de 17%, enquanto que para indivíduos de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos foi de 14,6% e 12,1% respectivamente. A explicação para esse fenômeno poderia ser o fato de que, nessa faixa etária, os indivíduos já teriam criado seus filhos, muitas vezes, já estão aposentados e, conseqüentemente, teriam mais oportunidades para participar de atividades físicas nos seus momentos de lazer¹⁰. Outra explicação plausível é que tenham que efetuar AFL devido à necessidade de se realizar atividades de promoção da saúde, que garantam maior qualidade de vida e autonomia, objetivando minimizar o desenvolvimento de agravos crônicos¹⁹. Deve-se ressaltar ainda que, quanto mais precocemente a AFL é inserida no cotidiano do indivíduo na vida adulta, maiores são as chances de estes serem ativos em idade posterior²⁸.

Outro ponto a ser considerado, refere-se à maior frequência de mulheres que realizam AFL, encontrada neste estudo, diferindo das análises de Rocha *et al.*,¹⁷ Sousa *et al.*,²⁰ e Salvador *et al.*²⁴ O achado pode ser justificado com base na explicação de Salles-Costa *et al.*,²⁵ em que, na atual conjuntura, apesar da existência de múltiplas jornadas de trabalho, caracterizadas por atividades laborais, trabalhos domésticos e cuidados com os filhos, as mulheres têm valorizado a imagem corporal, dispensando mais tempo para avaliação e tratamento de seus corpos.

Em relação ao tabagismo, foi visto que dos brasileiros pesquisados apresentaram o hábito de fumar e destes, apenas 8,6% praticavam alguma AFL. Ferrucci *et al.*,³ mostraram associação entre falta de atividade física, tabagismo e outros aspectos que constituem um estilo de vida não saudável, observando que estes fatores em alguns indivíduos tendem a se agrupar. A atuação con-

junta destes fatores de risco resulta num aumento da morbimortalidade e redução qualidade vida.

Deve-se lembrar da presença de algumas limitações nesse estudo. Uma delas refere-se ao delineamento transversal, que dificulta a observação da temporalidade das estimativas para alguns das variáveis avaliadas. Também convém lembrar que a forma como a atividade física dos indivíduos é medida representa uma importante limitação. Na análise dos dados da PNAD é possível a ocorrência de viés de aferição no registro da AFL, bem como para algumas outras variáveis de estudo, principalmente em decorrência de viés de memória, pois se adota a informação referida por meio de questionário e não pelo uso de medidas mais objetivas de mensuração¹³. Contudo, na maioria dos estudos epidemiológicos que investigam a atividade física utilizam-se questionários e a informação autorreferida tem apresentado boa validade e confiabilidade²⁹. Outro problema é que não há consenso em torno do instrumento mais adequado e a utilização de diversos instrumentos reforça a dificuldade de comparação entre os estudos³⁰.

Conclui-se que a prática de AFL é baixa na população brasileira e que é ainda menor entre os residentes dos estados da Amazônia Legal. A baixa realização de AFL pelos indivíduos da Amazônia Legal pode ser explicada pela menor renda e a escolaridade dos indivíduos. Políticas intersetoriais, além de incentivo à realização desta prática são necessárias. Devem-se instituir ações que favoreçam os segmentos mais sedentários e vulneráveis à prática de atividade física, o que poderia gerar maior qualidade de vida e saúde e redução dos gastos com tratamentos médicos, além de garantir controle de fatores de risco individuais e contextuais a saúde das populações.

Referências

1. Caspersen CJ, Powell KE, Cristensen GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 1985; 100(2): 172-179.
2. Haskell W, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for adults from Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*, 2007; 39(8): 1423-1434.
3. Ferrucci L, Izmirlian G, Leveille S, Phillips CL, Corti MC, Brock DB, *et al.* Smoking, physical activity, and active life expectancy. *Am J Epidemiol*, 1999; 149(7): 645-653.
4. Camões M, Lopes C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(2): 208-216.
5. Li J, Siegrist J. Physical activity and risk of cardiovascular disease - a meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Environ Res Public Health*, 2012; 9(2): 391-407.
6. Armstrong ME, Green J, Reeves GK, Beral V, Cairns BJ, Million Women Study Collaborators. Frequent physical activity may not reduce vascular disease risk as much as moderate activity: large prospective study of women in the United Kingdom. *Circulation*, 2015; 131(8): 721-729.
7. Umpierre D, Ribeiro PA, Kramer CK, Leitão CB, Zucatti AT, Azevedo MJ, *et al.* Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2011; 305(17): 1790-1799.
8. Knuth AG, Malta DC, Dumith SC, Pereira CA, Moraes Neto OL, Temporão J. O, *et al.* Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2011; 16(9): 3697-705.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21(3): 870-877.
11. Troiano RP, Macera CA, Ballard-Barbash R. Be physically active each day. How can we know? *J Nutrition*, 2001; 131(2S-1): 451S-60S.
12. Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. Atividade física em uma amostra probabilística do Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*, 2001; 17(4): 969-976.
13. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo: ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.

14. Boclin KLS, Faerstein E, Ponce de Leon ACM. Características contextuais de vizinhança e atividade física de lazer: estudo pró-saúde. *Rev Saúde Pública*, 2014; 48(2): 249-257.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção a saúde 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
16. Silva PLN, Pessoa DGC, Lila MF. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2002; 7(4): 659-670.
17. Rocha SV, Araujo TM, Almeida MMG, Virtuoso JS Jr. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiologia*, 2012; 15(4): 871-883.
18. Pitanga FJG, Lessa IB. *Associação entre sedentarismo no lazer e diabetes em adultos de ambos os sexos na cidade de Salvador-BA*. XXVI Simpósio Internacional de Ciências do Esporte. São Paulo: Fontoura Editora; 2003.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
20. Sousa CA, César CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M, Marchioni DML, et al. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. *Cad Saúde Pública*, 2013; 29(2): 270-282.
21. Silva SPS, Sandre-Pereira G, Salles-Costa R. Fatores sociodemográficos e atividade física de lazer entre homens e mulheres de Duque de Caxias/RJ. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2011; 16(11): 4493-4501.
22. Dumith SC, Domingues MR, Gigante DP. Epidemiologia das atividades físicas praticadas no tempo de lazer por adultos do Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, 2009; 12(4): 646-656.
23. Giuseppe D, Bottai M, Askling J, Wolk A. Physical activity and risk of rheumatoid arthritis in women: a population-based prospective study. *Arthritis Res Ther*, 2015; 17:40.
24. Salvador EP, Florindo AA, Reis RS, Costa EF. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43(6): 972-980.
25. Salles-Costa R, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(supl 2): S325-333.
26. Droomers M, Schrijvers CTM, Mackenbach JP. Educational level and decreases in leisure time physical activity: predictors from the longitudinal GLOBE study. *J Epidemiol Community Health*, 2001; 55(8): 562-568.
27. Azevedo MR, Horta BL, Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Fatores associados ao sedentarismo no lazer de adultos na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(supl2): 70-77.
28. Nogueira D, Faerstein E, Rugani I, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Does leisure-time physical activity in early adulthood predict later physical activity? Pro-Saude Study. *Rev Bras Epidemiol*, 2009; 12(1): 3-9.
29. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2010; 26(8): 1606-1618.
30. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolution of the epidemiological research on physical activity in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública*, 2007; 41(3): 453-460.