

**PREVALÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA DE LAZER E  
FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS DE 18 A 65 ANOS**

*Robéria Mota da Silva<sup>a</sup>*

*Wagner Pinto<sup>a</sup>*

*Rosalina Jorge Koifman<sup>b</sup>*

*Pascoal Torres Muniz<sup>a</sup>*

**Introdução:** O sedentarismo é visto como um importante problema de saúde pública, estando relacionado às doenças e aos agravos não transmissíveis. A prática de atividade física de lazer tem sido associada à redução desses riscos para a saúde. **Objetivo:** Identificar a prevalência da prática de atividade física de lazer e fatores associados na população adulta. **Método:** Trata-se de um inquérito populacional em saúde, realizado em adultos entre 18 e 65 anos de idade, residentes no município de Rio Branco, Acre, por meio de amostragem probabilística. Os dados foram analisados no programa STATA v.10 e foi adotado o nível de significância de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Foram entrevistadas 1.407 pessoas, 44% do sexo masculino e 56% do sexo feminino. Dos entrevistados, apenas 13,8% referiram praticar exercícios físicos nas horas de lazer. Entre as mulheres, 10% foram consideradas ativas e entre os homens 18%. Os fatores que estiveram associados à atividade física na hora de lazer foram sexo, escolaridade, acesso a locais adequados à prática de exercícios físicos e idade. **Conclusões:** Observou-se um baixo percentual de indivíduos que praticava exercícios físicos nas horas de lazer, sendo que as mulheres, o grupo de maior faixa etária, os de baixa escolaridade, os fumantes diários e aqueles que não possuem acesso a locais destinados à prática de exercícios apresentaram maior estimativa de risco para a inatividade física na hora do lazer.

**Palavras-chave:** Atividade motora. Atividades de lazer. Epidemiologia.

---

<sup>a</sup>Departamento de Saúde e Desporto da Universidade Federal do Acre – UFAC – Rio Branco (AC), Brasil.

<sup>b</sup>Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Robéria Mota da Silva – Rua Rio Grande do Sul, 1314 – São José – CEP: 69980-000 – Cruzeiro do Sul (AC), Brasil – E-mail: roberiamota@hotmail.com

### Abstract

**Introduction:** Physical inactivity is seen as an important public health problem, being related to diseases and noncommunicable diseases. The practice of leisure time physical activity has been linked to reducing these health risks. **Objective:** To identify the prevalence of physical activity for leisure and associated factors in the adult population. **Method:** This is a population health survey conducted in adults between 18 and 65 years of age, living in Rio Branco, Acre, by means of probability sampling. Data were analyzed using the STATA software v.10, and was adopted the significance level of  $p < 0.05$ . **Results:** We interviewed 1407 people, 44% male and 56% female. Of the respondents, only 13.8% of the population reported physical exercise during leisure time. Among women, 10% were considered active and 18% among men. The factors that were associated with physical activity in leisure time were sex, education, access to suitable sites to physical exercise and age. **Conclusions:** A low percentage of the population of Rio Branco engage in exercise during leisure time; women, the older age group, those with low education, daily smokers and those who do not have access to places for the exercise have a higher risk estimate for physical inactivity in leisure time

**Keywords:** Motor activity. Leisure activity. Epidemiology.

### PREVALENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA DE OCIO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS DE 18 A 65 AÑOS

### Resumen

**Introducción:** El sedentarismo es visto como un importante problema de salud pública, estando relacionado a las enfermedades no transmisibles. La práctica de actividad física de ocio ha sido asociada a la reducción de esos riesgos para la salud. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de la práctica de actividad física de ocio y factores asociados en la población adulta. **Método:** Se trata de una encuesta poblacional en salud, realizada en adultos entre 18 y 65 años de edad, residentes en el municipio de Rio Branco, Acre, por medio de muestreo probabilístico. Los datos fueron analizados en el programa STATA v.10 y fue adoptado el nivel de significancia de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Fueron entrevistadas 1.407 personas, 44% del sexo masculino y 56% del sexo femenino. De los

entrevistados, apenas 13,8% refirieron practicar ejercicios físicos en las horas de ocio. Entre las mujeres, 10% fueron consideradas activas y entre los hombres 18%. Los factores que estuvieron asociados a la actividad física en la hora de ocio fueron sexo, escolaridad, acceso a locales adecuados a la práctica de ejercicios físicos y edad. **Conclusiones:** Se observó un bajo porcentaje de individuos que practicaba ejercicios físicos en las horas de ocio, siendo que las mujeres, el grupo de mayor franja etárea, los de baja escolaridad, los fumadores diarios y aquellos que no poseen acceso a locales destinados a la práctica de ejercicios presentaron mayor estimativa de riesgo para la inactividad física en la hora del ocio..

**Palabras-clave:** Actividad motora. Actividades de ocio. Epidemiología.

## INTRODUÇÃO

A prática regular de exercícios físicos nas horas de lazer traz muitos benefícios para a saúde que, de acordo com Macedo et al.,<sup>1</sup> refletem diretamente na melhoria da qualidade de vida do indivíduo. São inúmeros os benefícios apontados por diversos autores, tais como: mudança na composição corporal de pacientes portadores de câncer de mama sob tratamento médico;<sup>2</sup> melhora da função cognitiva;<sup>3</sup> redução dos riscos de diabetes gestacional, manutenção do condicionamento físico no período gestacional;<sup>4</sup> adequação dos níveis de lipoproteína de alta densidade, importante fator de proteção para o desenvolvimento da síndrome metabólica;<sup>5</sup> auxílio como coadjuvante no tratamento da aterosclerose, osteoporose, ansiedade, e no aumento da eficiência da resposta imunológica;<sup>6</sup> redução dos riscos de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, diabetes tipo II, câncer de cólon e de mama; prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica.<sup>7</sup>

Tais benefícios têm uma ligação direta com a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, coronariopatias e osteoporose.<sup>8-10</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a prática de atividades físicas de intensidade leve ou moderada diariamente ou na maior parte dos dias da semana, sendo que, para a prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e determinados tipos de neoplasias, a recomendação é de pelo menos 30 minutos. Para o controle do peso, é preconizada a realização de pelo menos 60 minutos diários de atividade física. Essas atividades podem ser praticadas de forma contínua (30 ou 60 minutos seguidos) ou acumuladas ao longo do dia. Sendo que, para a promoção e manutenção da saúde, a recomendação é de no mínimo 30 minutos de atividade física de intensidade moderada

5 dias por semana, ou 20 minutos de atividade física de intensidade vigorosa 3 dias por semana, ou uma combinação de atividade física de intensidade moderada/vigorosa e 8–10 exercícios de fortalecimento muscular pelo menos 2 dias por semana.<sup>11</sup>

É importante destacar a diferença entre a atividade física e o exercício físico. A atividade física é definida como qualquer movimento que resulte num gasto energético, enquanto que o exercício físico exige planejamento e estruturação da atividade com o intuito de promover aptidão física.<sup>12</sup> As duas modalidades podem ser aplicadas na prevenção das DCNT.<sup>13</sup>

A prevalência de exercício físico nas horas de lazer ou de atividade física de lazer tem se mostrado associada ao gênero, à renda familiar, à escolaridade e à faixa etária, observando-se uma menor prevalência entre os indivíduos do sexo feminino, de baixa renda e com baixos níveis de escolaridade.<sup>14,15</sup>

O inquérito de base populacional por telefone realizado em 2008 em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, VIGITEL, mostrou que a proporção de adultos que praticavam atividade física suficiente no lazer variou entre 12,1% em São Paulo e 21,5% em Palmas, sendo que as prevalências mais elevadas foram observadas no sexo masculino. No município de Rio Branco, Acre, a estimativa da prevalência global na população foi de 15,3%, variando de 20,8% no sexo masculino a 10,2% no feminino.<sup>16</sup>

Em um contexto de escassez de dados de base populacional em Rio Branco, Acre, foi delineado o inquérito denominado “Saúde e nutrição de crianças e adultos de Rio Branco – Acre”,<sup>17</sup> realizado entre os anos de 2007 e 2008, sendo a atividade física um dos aspectos investigados. A partir dos dados provenientes e gerados nessa pesquisa, foi desenvolvido o presente estudo que tem por objetivos estimar a prevalência de atividade física de lazer na população adulta do município de Rio Branco, Acre, e avaliar os fatores a ela associados.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **FONTE DE DADOS**

O inquérito referente limitou-se à população de indivíduos maiores de 18 anos, selecionados a partir de uma amostra complexa em duas etapas de sorteio, desenhada de forma a ser representativa da população adulta de Rio Branco, Acre. A unidade amostral primária foi o setor censitário definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no último censo demográfico realizado no ano 2000, as unidades secundárias de seleção foram os domicílios. Foram sorteados 35 setores, sendo 31 urbanos e 4 rurais e, posteriormente, foi feita a seleção dos domicílios com base no mapa dos setores censitários

elaborado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2006. Em cada setor censitário foram sorteados 25 domicílios. Em cada domicílio sorteado foi conduzida a entrevista com todos os moradores adultos, o que a tornou representativa da população quanto ao sexo e à idade. O critério de inclusão no estudo foi a anuência à participação na pesquisa de todos adultos que se encontravam no domicílio no momento da entrevista. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre e todos os entrevistados assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido.

O critério de exclusão adotado nesta pesquisa foi o de indivíduos com idade superior a 65 anos, caracterizando apenas a população adulta, alvo deste estudo. A população maior de 18 anos entrevistada no inquérito foi de 1.516 indivíduos. Em nosso estudo, 1.407 pessoas na faixa etária de 18 a 65 anos foram incluídas por estarem dentro da faixa etária elegível nesta pesquisa.

#### INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Para avaliar o nível de atividade física de lazer, os entrevistados responderam a um questionário que foi estruturado com base no Inquérito Nacional – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Foram levantadas questões sobre a prática de atividade física de lazer nos últimos três meses, a frequência semanal praticada, a duração diária e os tipos de exercícios físicos praticados.

#### ANÁLISE DE DADOS

Na análise dos dados, avaliou-se a prática de exercícios físicos nos últimos 3 meses, dentro da recomendação da OMS que define como indivíduo ativo aquele que realiza 30 minutos de atividade física de intensidade moderada 5 dias por semana, ou 20 minutos de atividade física de intensidade vigorosa 3 dias por semana, ou a combinação de atividade física de intensidade moderada/vigorosa e 8–10 exercícios de fortalecimento muscular pelo menos 2 dias por semana. Esta variável foi definida como dependente.

As variáveis consideradas independentes neste estudo foram: sexo, idade, escolaridade, renda, consumo de álcool e tabaco, tempo assistindo à televisão, percepção de saúde, estado civil, se estava trabalhando no momento da pesquisa, se possuía alguma limitação nas atividades de vida diária e se havia, próximo à residência, acesso a locais adequados para a prática de exercícios. Também foram obtidas medidas de peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

**Tabela 1** – Descrição da amostra, segundo aspectos demográficos e prática de atividade física de lazer. Rio Branco, Acre, 2008

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	609	44,1
Feminino	798	55,9
Faixa etária (anos)		
18–24 anos	368	26,2
25–35 anos	403	28,2
36–45 anos	297	20,0
46–55 anos	203	13,4
56–65 anos	136	12,1
Escolaridade (anos)		
12 ou mais	243	15,8
9 a 11	550	34,9
0 a 8	609	49,2
Renda		
Mais de 3 salários mínimos	245	16,0
Menos de 3 salários mínimos	707	53,1
Não possui renda	429	30,8
Estado civil		
Solteiro	501	34,0
Casado/vive com companheiro	777	56,7
Viúvo/separado/divorciado	129	9,2
Atividade Física de lazer		
Sim	201	13,8
Não	1.205	86,2
Total	1407	100

Para verificar as variáveis associadas à atividade física de lazer controlando potenciais confundidores, foi utilizada a regressão multivariada de Poisson. Foram adotados o nível de significância de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%.

## RESULTADOS

Dos 1.407 entrevistados, 609 (43,1%) eram do sexo masculino e 798 (55,9%), do sexo feminino, sendo a faixa etária de maior percentual a de 25 a 35 anos. Entre os participantes, o nível de escolaridade mais prevalente foi de 0 a 8 anos de estudo (49,2%), com renda salarial de menos de 3 salários mínimos (53,1%) e que apresentava estado civil

**Tabela 2** – Prevalência de atividade física de lazer por fatores associados e estratificados por sexo. Rio Branco, Acre, 2008

Variáveis	Total	Masculino			Feminino		
	n (%)	n (%)	RP	IC95%	n (%)	RP	IC95%
Idade							
18–24 anos	74 (19,4)	54 (29,6)	1,00	–	20 (9,6)	1,02	0,95–1,11
25–35 anos	59 (15,7)	39 (24,3)	1,07	0,85–1,35	20 (9,2)	1,03	0,93–1,13
36–45 anos	29 (9,9)	11 (6,8)	1,32	1,08–1,61	18 (12)	1,00	0,91–1,09
46–55 anos	27 (12,0)	11 (11,9)	1,25	1,00–1,56	16 (12,2)	1,00	–
56–65 anos	12 (5,5)	5 (4,3)	1,36	1,12–1,64	7(6,6)	1,06	0,99–1,13
Escolaridade							
12 ou mais	61 (25,8)	32 (32,0)	1,00	–	29 (21,1)	1,00	–
9 a 11	93 (17,5)	63 (27,5)	1,06	0,83–1,35	30 (10,0)	1,14	1,01–1,28
0 a 8	47 (7,4)	25 (8,5)	1,34	1,12–1,61	22 (6,4)	1,18	1,05–1,33
Estado civil							
Solteiro	182 (34,3)	120 (46,8)	1,00	–	62 (22,7)	1,00	–
Casado/com companheiro	213 (24,3)	138 (34,2)	1,23	0,94–1,60	75 (16,0)	1,08	0,96–1,21
Viúvo/separado/divorciado	27 (18,7)	6 (22,0)	1,46	1,17–1,82	21 (17,6)	1,06	0,96–1,17
Percepção de saúde							
Excelente	87 (46,0)	62 (51,3)	1,00	–	25 (37,5)	1,00	–
Bom	217 (31,5)	142 (44,2)	1,14	0,88–1,48	75 (19,9)	1,28	1,04–1,57
Regular	103 (18,4)	54 (25,3)	1,53	1,11–2,12	49 (14,5)	1,36	1,10–1,69
Ruim	14 (11,3)	6 (14,1)	1,76	1,31–2,36	8 (9,9)	1,44	1,12–1,84

casado/vivendo com companheiro (56,7%). A prevalência global de prática de exercícios físicos no lazer foi de 13,8% (Tabela 1).

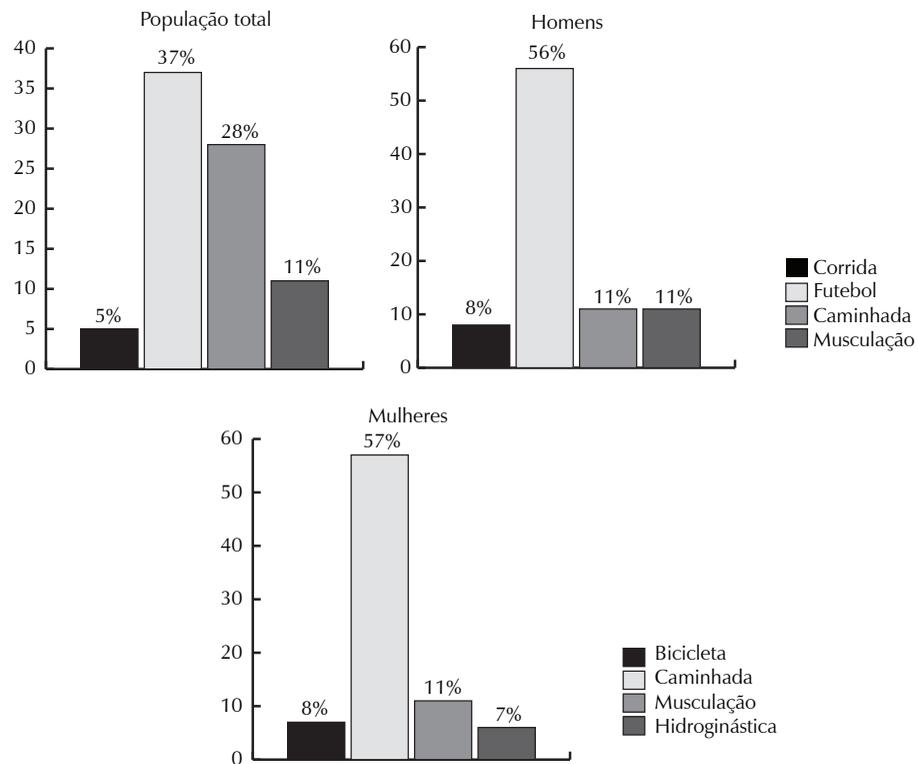
Quanto à distribuição etária, o sexo feminino não apresentou, entre os estratos, uma estimativa de risco estatisticamente significativa. Já o sexo masculino mostrou maior prevalência

**Tabela 3** – Distribuição da amostra entre os sexos e faixas etárias, segundo a intensidade do exercício praticado no lazer. Rio Branco, Acre, 2008

Faixa etária (anos)	Atividade de lazer					
	Homens			Mulheres		
	Ativo n (%)	Moderado n (%)	Vigoroso n (%)	Ativo n (%)	Moderado n (%)	Vigoroso n (%)
18–24	54 (29,6)	3 (4,0)	51 (95,0)	20 (9,6)	6 (30,0)	14 (69,0)
25–35	39 (24,3)	1 (2,0)	38 (98,0)	20 (9,1)	9 (42,0)	11 (57,0)
36–45	11 (6,8)	1 (9,0)	10 (90,0)	18 (12,0)	9 (58,0)	9 (41,0)
46–55	11 (11,8)	6 (59,0)	5 (40,0)	16 (12,0)	8 (48,0)	51 (8,0)
56–65	5 (4,2)	2 (30,0)	3 (69,0)	7 (6,7)	5 (67,0)	2 (32,0)
Total	120 (18,5)*	13 (8,8)	107 (91,0)**	81 (10,0)***	37 (46,0)	44 (53,0)***

\*p>0,000 de homens ativos no lazer de acordo com a faixa etária; \*\*p>0,000 prática de exercícios no sexo masculino de intensidade moderados e vigorosos; \*\*\*p=0,66 indivíduos ativos do sexo feminino de acordo com a idade; \*\*\*\*p=0,36 da prática de exercícios, entre o sexo feminino, de intensidade moderado e vigoroso.

de atividade física de lazer na faixa etária de 18 a 24 anos, já os indivíduos na faixa etária de 56 a 65 anos apresentaram uma estimativa de risco para inatividade física com uma razão de prevalência (RP) de 1,36 (IC95% 1,12–1,64), quando comparado com aqueles com idade de 18 a 24 anos. Quanto à variável escolaridade, indivíduos do sexo masculino pertencentes à faixa etária compreendida entre 0 e 8 anos de estudo apresentaram estimativa de risco para inatividade



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

de 1,34 (IC95% 1,12–1,61), quando comparado com indivíduos com 12 ou mais anos de estudo. No sexo feminino, esta estimativa de risco teve um aumento gradual de 1,14 (IC95% 1,01–1,28) para 1,18 (IC95% 1,05–1,33) à medida que diminuíam os anos de estudo (Tabela 2).

A prevalência de atividade de lazer no sexo masculino foi maior do que no sexo feminino, sendo que o sexo masculino praticou exercícios do tipo vigoroso, como futebol e musculação, enquanto o sexo feminino apresentou uma distribuição basicamente igual entre os tipos de intensidade de exercício (Tabela 3).

**Tabela 4** – Razão de prevalência bruta e intervalo de confiança das variáveis associadas a atividade física de lazer

Variáveis	Atividade de lazer				
	Ativo n (%)	RP (bruta)	IC95%	RP (ajustada)	IC95%
Sexo					
Masculino	120 (18,4)	1,00		1,00	
Feminino	81 (10,0)	1,10	1,04–1,16	1,10	1,04–1,16
Idade					
18–24 anos	74 (19,3)	1,00		1,00	
25–35 anos	59 (15,7)	1,04	0,95–1,14	1,03	0,94–1,14
36–45 anos	29(9,9)	1,11	0,99–1,25	1,10	0,99–1,23
46–55 anos	27 (12)	1,09	0,98–1,21	1,07	0,97–1,20
56–65 anos	12 (5,5)	1,17	1,09–1,25	1,17	1,08–1,26
Assistir à TV (todo dia)					
Não	46 (11,8)	1,00		1,00	
Sim	155 (14,4)	0,97	0,92–1,01	0,97	0,93–1,01
Bebida alcoólica					
Não	111 (10,9)	1,00		1,00	
Sim	90 (20,1)	0,89	0,84–0,95	0,92	0,87–0,99
Acesso a locais adequados					
Sim	154 (17,8)	1,00		1,00	
Não	47 (7,7)	1,12	1,07–1,17	1,11	1,06–1,15
Consumo tabaco					
Não fuma	182 (15,0)	1,00		1,00	
Fuma ocasionalmente	7 (22,0)	0,91	0,72–1,15	0,92	0,73–1,16
Fuma diariamente	12 (5,6)	1,11	1,04–1,18	1,10	1,03–1,16
IMC					
Não excesso de peso	104 (15,2)	1,00		1,00	
Excesso de peso	94 (12,8)	1,02	0,97–1,08	0,98	0,94–1,03
Renda					
Mais de 3 salários mínimos	46 (20,3)	1,00		1,00	
Menos de 3 salários mínimos	84 (11,5)	1,11	1,03–1,19	1,12	1,05–1,20
Não possui renda	66 (13,5)	1,08	1,00–1,17	1,11	1,02–1,20
Estado civil					
Solteiro	97 (20,2)	1,00		1,00	
Casado/vive com companheiro	93 (10,7)	1,11	1,03–1,20	1,08	1,02–1,15
Viúvo/separado/divorciado	11 (8,3)	1,14	1,06–1,23	1,07	0,97–1,18
Escolaridade					
12 ou mais	61 (25,8)	1,00		1,00	
9 a 11	93 (17,5)	1,11	0,99–1,23	1,11	1,01–1,23
0 a 8	47 (7,4)	1,24	1,11–1,39	1,23	1,09–1,38
Trabalho					
Sim	137 (15,2)	1,00		1,00	
Não	64 (11,1)	1,06	1,01–1,12	1,04	1,00–1,09
Percepção de saúde					
Excelente	50 (25,8)	1,00		1,00	
Bom	100 (15,7)	1,13	1,04–1,23	1,12	1,03–1,22
Regular	43 (8,9)	1,22	1,12–1,34	1,18	1,08–1,29
Ruim	7 ( 5,4)	1,27	1,14–1,42	1,21	1,08–1,35
Limitação nas AVDs					
Não	188 (14,8)	1,00		1,00	
Sim	13 (7,7)	1,08	1,02–1,14	1,05	1,00–1,10

\*As variáveis foram ajustadas por sexo e idade.

A Figura 1 apresenta os percentuais de ativos no lazer, por sexo, segundo a modalidade do exercício praticado. De acordo com os resultados, as mulheres optaram por modalidade de exercícios de intensidade moderada como as caminhadas, por exemplo; enquanto que os homens praticavam mais o futebol, que é uma modalidade de exercício de intensidade vigorosa.

A Tabela 4 apresenta a frequência de indivíduos ativos na hora de lazer e os fatores associados. Na variável percepção de saúde, tanto homens como mulheres apresentaram um aumento estatisticamente significativo na estimativa de risco para inatividade no lazer à medida que piorava a percepção de saúde. Para aqueles que consideravam o seu estado de saúde excelente, a prevalência de indivíduos ativos fisicamente foi de 25,8%, e a menor prevalência, de 5,4%, foi encontrada entre os que consideravam sua saúde ruim.

A frequência de ativos no lazer teve um aumento com o acréscimo nos anos de escolaridade, apresentando 7,4% entre os que possuem de 0 a 8 anos, chegando a 25,8% nos com 12 ou mais anos de estudo. Quanto à distribuição da renda familiar, a maior prevalência de ativos foi encontrada entre os indivíduos que possuíam mais de 3 salários mínimos (20,3%), comparados àqueles que não possuíam renda alguma (13,5%). Com uma RP ajustada de 1,12 (IC95% 1,05–1,20) para os com menos de 3 salários mínimos, e RP de 1,11 (IC95% 1,02–1,20) para aqueles que não possuíam renda.

Quanto ao estado civil, os solteiros foram os que mais relataram prática de exercícios físicos (20%), já os viúvos, separados e divorciados apresentaram uma menor prevalência de indivíduos ativos (8,3%).

Os indivíduos que possuíam acesso a locais adequados para a prática de exercícios físicos apresentaram uma maior prevalência de atividade física (17,8%), comparados com aqueles que não possuíam acesso a estes locais (7,7%), com uma estimativa de risco para inatividade física no lazer de 1,11 (IC95% 1,06–1,15) ajustado pela variável sexo e idade.

A prática de exercícios físicos nas horas de lazer apresentou uma associação estatisticamente significativa com as variáveis sexo, acesso a lugares adequados para a prática de exercícios, consumo de tabaco diariamente, idade, renda familiar, estado civil, nível de escolaridade, possuir alguma atividade ocupacional ou não, percepção de saúde e possuir alguma limitação para realizar atividades de vida diária.

Pela regressão multivariada de Poisson (Tabela 5), os entrevistados que referiram uma percepção de saúde ruim apresentaram uma estimativa de risco 14% maior em relação àqueles com uma percepção de saúde excelente, tirando o efeito da escolaridade,

**Tabela 5** – Modelo de Regressão Multivariada de Poisson

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%
Sexo						
Masculino			1,00	–	1,00	–
Feminino	1,10	1,04–1,16	1,09	1,03–1,15	1,08	1,01–1,16
Idade						
18–24 anos			1,00	–	1,00	–
25–35 anos			1,01	0,93–1,10	1,03	0,97–1,10
36–45 anos			1,06	0,96–1,17	1,08	1,00–1,18
46–55 anos			1,04	0,95–1,14	1,06	0,98–1,15
56–65 anos			1,08	1,00–1,18	1,12	1,04–1,20
Escolaridade						
12 ou mais			1,00	–		
9 a 11			1,10	0,99–1,22		
0 a 8			1,18	1,05–1,34		
Acesso a locais adequados						
Sim			1,00		1,00	–
Não			1,07	1,03–1,11	1,10	1,06–1,15
Percepção de saúde						
Excelente			1,00	–		
Bom			1,10	1,01–1,19		
Regular			1,14	1,03–1,25		
Ruim			1,14	1,02–1,26		
Estado civil						
Solteiro					1,00	–
Casado/juntado					1,07	1,00–1,14
Viúvo/separado/divorciado					1,04	0,94–1,14
Limitação AVDs						
Não					1,00	–
Sim					1,04	0,99–1,09
Renda						
Mais de 3 salários mínimos					1,00	
Menos de 3 salários mínimos					1,09	1,03–1,16
Não possui renda					1,07	0,98–1,17

do sexo, da idade e do acesso a locais adequados para a prática de exercícios. As mulheres apresentaram uma estimativa de risco 8% maior em relação aos homens, controlando os efeitos da idade, acesso a locais adequados, estado civil, presença de limitação física nas atividades de vida diária (AVDs) e renda familiar (Tabela 5).

## DISCUSSÃO

O inquérito populacional “Saúde e nutrição de crianças e adultos de Rio Branco – Acre”, apresentou um número pequeno de recusas, 35 (4,6%), enquanto o número de indivíduos que responderam ao questionário de forma incompleta foi um pouco

maior, 236 (13,5%). No entanto, é importante destacar que o número final de entrevistados reproduziu a estrutura populacional do município de Rio Branco, permitindo inferências dos resultados para o conjunto da população-alvo.

O instrumento de coleta de dados deste estudo é o mesmo que vem sendo utilizado pelo sistema VIGITEL desde 2006 em todo o Brasil e que tem tido uma boa aceitação como sistema de monitoramento das DCNTs.<sup>18</sup> A utilização desse questionário permitiu efetuar comparações de resultados obtidos por meio de métodos de amostragem e coleta de informações distintas. As questões aplicadas discriminavam quanto à frequência semanal, à duração dos exercícios realizados e ao tipo de exercício físico (ginástica, musculação, futebol, caminhada e outros), conferindo uma abrangência aceitável em estudos deste porte.

A prevalência de ativos nas horas de lazer na população (13,8%) foi menor do que as prevalências relatadas pelo sistema VIGITEL nos anos anteriores (2006, 2007 e 2008). Em 2006 o VIGITEL apresentou uma prevalência de atividade de lazer do município de Rio Branco de 14,7%, em 2007 ela alcançou 17,9% e em 2008 baixou para 15,9%. O presente estudo foi realizado no período de 2007 a 2008 e adotou os mesmos critérios que o VIGITEL para definir o indivíduo fisicamente ativo — recomendação da OMS. As diferenças entre as prevalências encontradas nos dois diferentes tipos de inquéritos não foram elevadas e podem ser atribuídas a diferenças metodológicas. Sendo o presente estudo de amostra com abrangência populacional sem a restrição de possuir linha telefônica.

O baixo percentual de indivíduos ativos no lazer pode ser atribuído ao próprio perfil da amostra que apresentou um alto número de entrevistados com baixo nível socioeconômico. Existem relatos<sup>17</sup> de associação entre a prática de exercícios físicos nas horas de lazer e maiores níveis socioeconômicos. Isso também explicaria a diferença de prevalências apresentada neste estudo e no VIGITEL, já que o estudo citado exclui indivíduos de baixa renda que não possuem cobertura telefônica.

A falta de acesso a locais destinados à prática de exercícios físicos fez subir para 12% a estimativa de risco de o indivíduo ser inativo, quando comparados àqueles que possuem moradia próxima a estes locais.

De acordo com relatos de Salles-Costa et al.<sup>19</sup> e com os achados do presente estudo, o sexo feminino apresenta maior prevalência de inatividade física no lazer que o sexo masculino. Esta diferença pode ser vista como reflexo de uma sociedade moderna em que as mulheres passaram a ocupar o mercado de trabalho e não deixaram as atividades culturalmente ligadas ao sexo feminino, como cuidar dos filhos e do lar, ocupando maior

parte do seu tempo. Assim, as mulheres que apresentaram alguma prática de exercícios no lazer se encontravam na faixa etária de maior idade e com maiores níveis socioeconômicos.

O sexo masculino é o que mais se preocupa em praticar exercícios, e a faixa etária que, neste estudo, apresentou maiores valores foi a de 18 a 24 anos, sendo as atividades coletivas e de intensidade vigorosa (como futebol, musculação, corrida e bicicleta) as mais praticadas. Já entre o sexo feminino, esta mesma distribuição não foi encontrada. Elas apresentaram uma distribuição mais homogênea entre os estratos e não houve uma diferença significativa entre a intensidade do exercício praticado.

A adoção de comportamento de risco à saúde está ligada a aspectos demográficos e psicossociais, e este pode ser ativo ou passivo. O risco ativo está relacionado ao fumo e ao uso de bebida alcoólica, já o passivo, à inatividade física no lazer e ao estresse. De acordo com relatos de Barros e Nahas,<sup>20</sup> confirmados no presente estudo, as mulheres apresentam o comportamento de risco passivo mais prevalente, enquanto que o homem apresenta o de risco ativo, reflexo de comportamento cultural.

Outro fator relevante foi que os entrevistados que descreveram seu estado de saúde como excelente apresentaram maior percentual de indivíduos ativos. Enquanto que os indivíduos com boa, regular e ruim percepção de saúde apresentaram uma estimativa de risco de 13, 22 e 27% maior de ser inativo, comparados àqueles com excelente percepção de saúde, respectivamente. Houve um aumento gradual na estimativa de risco para inatividade física de lazer à medida que piorou a percepção de saúde. Ou seja, a prática de exercícios físicos na hora de lazer pode estar ligada a uma melhor percepção de saúde.

Traçando um perfil da população fisicamente ativa podemos defini-la como formada em sua maioria por homens jovens de 18 a 24 anos, solteiros, que possuem acesso a locais destinados à prática de exercícios físicos, possuem renda familiar superior a 3 salários mínimos e com nível de escolaridade superior a 12 anos de estudo. Isto nos faz pensar que, nesta população estudada, o fator estético pode ser a principal motivação para a prática de exercícios físicos nas horas de lazer.

## **CONCLUSÃO**

De acordo com os resultados, podemos perceber uma baixa prevalência de indivíduos que praticam atividade física nas horas de lazer. Isto é um fator importante, já que a prática de exercícios físicos, na população estudada, esteve ligada a uma boa percepção de saúde, mesmo apresentando como maior motivação o interesse estético, e não prioritariamente o fator promoção de saúde.

Dessa forma, percebe-se uma necessidade de ações educativas no sentido de conscientizar a população local da necessidade de incorporar um estilo de vida ativo, com o objetivo de qualidade de vida, já que a maior parte da população estudada possui acesso a locais adequados à prática de lazer, no entanto, parece não entender a necessidade desta prática na prevenção, no controle e na promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Macedo CSG, Garavello JJ, Oku EC, Miyagusuku FH, Agnoll PD, Nocetti PM. Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2003;8(2):19-27.
2. Battaglini C, Bottaro M, Dennehy C, Rae L, Shields E, Kirk D, et al. The effects of an individualized exercise intervention on body composition in breast cancer patients undergoing treatment. *Sao Paulo Med J*. 2007;125(1):22-8.
3. Mello MT, Boscolo RA, Esteves AM, Tufik S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Rev Bras Med Esporte*. 2005;11(3):203-7.
4. Lima FR, Oliveira N. Gravidez e Exercício. *Rev Bras Reumatol*. 2005;45(3):188-90.
5. Li CL, Lin JD, Lee SJ, Tseng RF. Associations between the metabolic syndrome and its components, watching television and physical activity. *Public Health*. 2007;121(2):83-91.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": atividade física e sua contribuição para qualidade de vida. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(2):254-6.
7. World Health Organization (WHO). Physical activity: direct and indirect health benefits. Disponível em [[www.who.int/hpr/physact/health.benefits.shtml](http://www.who.int/hpr/physact/health.benefits.shtml)]. Acesso em [8 de setembro de 2008].
8. Glaner MF. Importância da aptidão física relacionada à saúde. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Humano*. 2003;5(2):75-85.
9. Ferreira MS, Najar AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(Suppl):207-19.
10. O'Hanlon LH. Studying the connection between exercise and cancer risk reduction. *J Natl Cancer Inst*. 2013;105(11):753-4.
11. World Health Organization (WHO). Physical activity. Disponível em [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_adults/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/index.html). Acesso em [9 de janeiro de 2013].

12. Caspersen CJ, Powell KE, Chistenson GM. Physical Activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985;100(2):126-31.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL 2006. Brasília; 2007.
14. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões sul e nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):39-54.
15. De Vitta A, Néri AL, Padovani CR. Saúde percebida em homens e mulheres sedentárias e ativos, adultos jovens e idosos. *Salusvita.* 2006;25(1):23-34.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL. Brasília; 2008.
17. Muniz PT. Inquérito populacional. “Saúde e nutrição de crianças e adultos de Rio Branco – Acre”. Dados não Publicados.
18. Moura EC, Moraes Neto OL, Malta DC, Moura A L, Silva NN, Berna R, et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(Suppl 1):20-37.
19. Salles-Costa R, Heilorn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(Suppl 2):s325-s333.
20. Barros MVG, Nahas MV. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(6):554-63.

Recebido em 11.04.2013 e aprovado em 22.11.2013.