

Atividade física

Resultados

De acordo com o nível de atividade física verificada no total da amostra, o percentual de indivíduos classificados como insuficientemente ativos foi maior em João Pessoa (55,1%) e menor em Belém (27,4%). Não foi observado padrão característico na frequência de insuficientemente ativos entre as regiões. Quanto ao gênero, as mulheres se apresentaram mais insuficientemente ativas do que os homens, com exceção de Belém. No entanto, para oito das dezesseis cidades estudadas – Belém, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Aracaju, Belo Horizonte e Vitória esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Tabela 8.1. Percentual de indivíduos insuficientemente ativos, na população de estudo de 15 a 69 anos, por sexo e total, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002 – 2003

Capital	Total				Sexo							
	Total	n	%	IC _{95%}	Masculino				Feminino			
					Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}
Manaus	1091	412	38,4	(33,8-43,0)	477	145	31,3	(26,2-36,3)	614	267	43,9	(37,9-50,0)
Belém	858	242	27,4	(23,6-31,2)	365	114	31,5	(26,1-36,9)	493	128	24,5	(19,5-29,4)
Fortaleza	1380	580	43,0	(38,9-47,0)	621	225	38,5	(34,0-43,0)	759	355	46,5	(41,3-51,8)
Natal	742	232	31,3	(26,4-36,1)	324	92	28,4	(22,8-34,0)	418	140	33,5	(27,5-39,5)
João Pessoa	737	402	55,1	(47,2-63,0)	308	152	51,7	(42,7-60,6)	429	250	57,5	(48,7-66,4)
Recife	931	380	40,8	(36,4-45,2)	404	147	36,4	(31,4-41,4)	527	233	44,2	(38,1-50,3)
Aracaju	804	270	33,6	(28,0-39,1)	343	93	27,1	(21,1-33,1)	461	177	38,4	(31,3-45,5)
Campo Grande	663	226	34,1	(28,7-39,5)	291	78	26,8	(21,4-32,2)	372	148	39,8	(32,9-46,6)
Distrito Federal	1256	443	36,0	(32,1-39,8)	540	155	30,3	(25,7-35,0)	716	288	40,3	(36,0-44,5)
Belo Horizonte	1325	521	40,7	(37,1-44,2)	603	210	37,5	(33,1-41,9)	722	311	43,3	(38,8-47,8)
Vitória	723	233	32,2	(28,4-36,1)	335	90	26,9	(21,6-32,1)	388	143	36,9	(31,8-41,9)
Rio de Janeiro	1499	655	44,6	(40,8-48,4)	625	217	36,9	(32,7-41,1)	874	438	50,0	(45,0-55,0)
São Paulo	1151	407	35,4	(31,9-38,9)	500	143	28,6	(24,4-32,8)	651	264	40,6	(36,3-44,8)
Curitiba	1366	548	41,5	(38,1-44,9)	619	205	35,7	(31,3-40,2)	747	343	46,3	(41,7-50,9)
Florianópolis	775	344	44,4	(38,2-50,5)	351	124	35,3	(28,5-42,2)	424	220	51,9	(45,0-58,7)
Porto Alegre	777	236	31,0	(26,6-35,3)	356	83	23,6	(19,1-28,1)	421	153	37,1	(31,0-43,3)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Na Tabela 8.2, apresenta-se a proporção de indivíduos insuficientemente ativos por faixa etária, nas cidades investigadas. Pôde-se observar que, em todas as capitais, entre os jovens de 15 a 24 anos encontravam-se percentuais mais baixos de indivíduos insuficientemente ativos, com exceção de Belém (30,6%), onde este grupo apresentou maior prevalência em relação aos demais grupos etários. Somente em Curitiba a diferença observada foi estatisticamente significativa entre os grupos de 15 a 24 anos e 25 a 49 anos e em Recife, o grupo de 50 a 69 anos em comparação com os demais grupos. João Pessoa se destaca por apresentar os maiores percentuais de indivíduos insuficientemente ativos em qualquer faixa etária (acima de 55%).

Tabela 8.2. Percentual de indivíduos insuficientemente ativos, na população de estudo de 15 a 69 anos, por faixa etária, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002 – 2003

Capital	Faixa etária											
	15 a 24 anos				25 a 49 anos				50 a 69 anos			
	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}
Manaus	531	190	35,8	(29,9-41,7)	458	175	38,2	(32,9-43,5)	102	47 ⁺	46,1	(33,9-58,3)
Belém	425	130	30,6	(25,1-36,1)	343	90	26,2	(20,8-31,7)	90	22 ⁺	24,4	(15,0-33,9)
Fortaleza	643	250	38,9	(33,9-43,8)	557	240	43,1	(38,0-48,1)	180	90	50,0	(42,0-58,0)
Natal	232	60	25,9	(19,9-31,8)	380	127	33,4	(26,9-39,9)	130	45 ⁺	34,6	(26,3-42,9)
João Pessoa	316	166	52,5	(43,8-61,3)	303	170	56,1	(46,9-65,3)	118	66	55,9	(42,3-69,6)
Recife	245	81	33,1	(25,3-40,8)	491	195	39,7	(34,7-44,7)	195	104	53,3	(47,1-59,6)
Aracaju	246	79	32,1	(24,7-39,5)	424	150	35,4	(28,8-41,9)	134	41 ⁺	30,6	(22,8-38,4)
Campo Grande	202	59	29,2	(22,4-36,0)	325	121	37,2	(30,1-44,4)	136	90	33,8	(24,8-42,8)
Distrito Federal	593	196	33,1	(28,5-37,6)	500	189	37,8	(32,3-43,3)	163	48 ⁺	35,6	(28,3-42,9)
Belo Horizonte	558	191	34,2	(29,2-39,2)	565	240	42,5	(38,0-46,9)	202	147	44,6	(37,2-51,9)
Vitória	199	57	28,6	(23,1-34,2)	374	128	34,2	(28,2-40,2)	150	82	32,0	(24,5-39,5)
Rio de Janeiro	534	211	39,5	(34,6-44,4)	638	297	46,6	(41,6-51,5)	327	88	45,0	(39,4-50,5)
São Paulo	321	103	32,1	(26,6-37,6)	610	222	36,4	(31,6-41,1)	220	90	37,3	(29,9-44,7)
Curitiba	555	192	34,6	(30,0-39,1)	605	268	44,3	(40,0-48,6)	206	53	42,7	(35,0-50,5)
Florianópolis	191	70	36,6	(28,6-44,7)	399	184	46,1	(39,3-52,9)	185	46 ⁺	48,6	(38,8-58,5)
Porto Alegre	318	89	28,0	(22,3-33,7)	314	94	29,9	(24,2-35,7)	145	58	36,6	(27,8-45,3)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: ⁺ O número de entrevistados classificados como insuficientemente ativos nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Numa primeira apreciação, parece que o grupo de entrevistados com menor escolaridade apresentou percentuais menores de insuficientemente ativos, embora estas diferenças não tenham sido estatisticamente significativas, com exceção do Distrito Federal. Manaus, Fortaleza, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre apresentaram um maior percentual de insuficientemente ativos entre indivíduos de menor escolaridade, sendo que estas diferenças não foram estatisticamente significativas (Tabela 8.3)

Tabela 8.3. Percentual de indivíduos insuficientemente ativos, na população de estudo de 15 a 69 anos, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002 – 2003

Capital	Escolaridade - Ensino fundamental							
	incompleto				completo e mais			
	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}
Manaus	441	166	39,1	(32,9-45,2)	641	241	37,7	(32,6-42,7)
Belém	331	78	22,2	(16,8-27,7)	524	162	30,4	(25,7-35,1)
Fortaleza	553	242	44,4	(38,5-50,2)	811	330	41,8	(37,2-46,4)
Natal	340	95	27,9	(21,9-34,0)	377	131	34,7	(28,6-40,9)
João Pessoa	329	173	52,3	(42,0-62,5)	405	228	57,6	(49,3-65,9)
Recife	374	146	39,0	(32,6-45,5)	518	219	42,3	(37,2-47,4)
Aracaju	330	93	28,2	(21,1-35,3)	460	172	37,4	(31,8-43,0)
Campo Grande	235	63	26,8	(20,1-33,5)	397	156	39,3	(33,3-45,3)
Distrito Federal	421	117	28,3	(23,6-33,0)	821	319	39,8	(35,1-44,5)
Belo Horizonte	476	188	40,6	(35,4-45,8)	823	321	40,6	(36,2-45,0)
Vitória	171	52	30,4	(24,2-36,6)	537	176	32,8	(28,5-37,0)
Rio de Janeiro	393	201	52,0	(45,9-58,1)	1078	444	42,0	(38,0-46,0)
São Paulo	409	145	35,5	(29,7-41,2)	707	245	34,7	(30,4-38,9)
Curitiba	360	138	39,4	(33,2-45,6)	953	390	42,5	(38,7-46,4)
Florianópolis	216	91	42,1	(32,3-52,0)	534	241	45,1	(38,8-51,4)
Porto Alegre	203	80	40,0	(31,0-49,0)	568	154	27,5	(23,4-31,5)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Discussão

A ausência de estudos em larga escala e dos que utilizam os padrões e instrumentos adotados nesta pesquisa para mensuração da inatividade física dificulta a comparação destes achados e uma apreciação sobre tendências.

O instrumento utilizado para calcular a prevalência de inatividade física leva em consideração as atividades físicas realizadas no momento de lazer, na ocupação, como meio de locomoção e no trabalho doméstico. A maioria dos estudos considera apenas a atividade física realizada em momentos de lazer^{11,12}. A opção por uma abordagem mais ampla se baseia no fato de que, particularmente em países em desenvolvimento, a ocupação e a locomoção representam uma proporção substancial do total da atividade física do indivíduo¹³. Numa revisão da literatura encontram-se dois estudos realizados no Brasil que fizeram uso do mesmo instrumento utilizado nesta pesquisa: o estudo conduzido por Hallal et al. (2002), em uma amostra representativa da população do município de Pelotas com 3.182 pessoas, em que 41,1% dos indivíduos eram insuficientemente ativos¹, e no estudo realizado por Matsudo et al. (2002) em uma amostra representativa do Estado de São Paulo com 2.001 pessoas, em que 46,5% dos indivíduos também foram classificados como insuficientemente ativos¹.

A prevalência de atividade física abaixo do recomendado, para todas as capitais, é consideravelmente mais baixa do que a encontrada em estudos cuja prevalência estimada considerava apenas a atividade física realizada nos momentos de lazer. Segundo inquérito domiciliar, realizado por Gomes et al. (2001), no município do Rio de Janeiro, 60% dos homens e 78% das mulheres não realizavam nenhum tipo de atividade física no tempo de lazer¹⁴.

A maior parte dos estudos mostra que a prevalência de inatividade física é maior no sexo feminino, sendo esse comportamento observado já a partir da infância e adolescência¹⁵. No Inquérito Nacional Canadense observou-se que 59% das mulheres e 52% dos homens eram inativos¹⁶. Vale ressaltar que, nesse último estudo, o critério utilizado para a classificação de ativo foi “caminhar diariamente por no mínimo 30 minutos nos últimos três meses”. No estudo realizado por Matsudo et al., os resultados apresentaram similaridade por gênero, sendo 45,6% dos homens e 47,3% das mulheres insuficientemente ativos¹. Em um estudo longitudinal realizado por Satariano et al.¹⁷ com indivíduos maiores de 55 anos, as mulheres reportaram mais obstáculos para a prática de atividade física no tempo livre do que os homens. Os principais motivos citados foram: falta de companhia, de interesse e fadiga.

A prática de atividade física diminui com a idade¹. Neste Inquérito, foi observado que exceto em Manaus, Fortaleza, Recife e Porto Alegre, não há diferenças marcantes na proporção de indivíduos insuficientemente ativos entre as faixas etárias de 25 a 49 anos e 50 anos ou mais. Estes resultados são semelhantes aos observados no estudo de Matsudo et al.¹ Já no estudo realizado por Hall et al.¹, a inatividade física esteve positivamente associada com a idade.

Como estratégia inicial de estímulo à prática de atividade física, o Ministério da Saúde criou em 2001 o programa Agita Brasil, para incrementar o conhecimento e o envolvimento da população em relação aos

benefícios da atividade física, chamando a atenção para sua importância como fator predominante de proteção à saúde, em especial no caso de portadores de doenças crônico-degenerativas.

A proposta é elevar o nível de atividade física de cada pessoa. Assim, a meta é estimular os indivíduos sedentários a serem um pouco ativos; indivíduos pouco ativos a se tornarem regularmente ativos; indivíduos regularmente ativos a passarem a ser muito ativos e indivíduos muito ativos a manterem este nível de atividade física. A principal orientação do Agita Brasil consiste em que todo cidadão deve realizar pelo menos 30 minutos de atividade física, na maioria dos dias da semana (se possível todos), de intensidade moderada (ou leve), de forma contínua ou acumulada. O princípio da inclusão tem sido exaustivamente procurado e as estratégias privilegiam a adoção de uma cidadania mais ativa, no sentido de “agitar” o cotidiano em três momentos básicos: nas atividades domésticas, no transporte (ao trabalho ou à escola) e no lazer.

Com base na experiência brasileira e seguindo o sucesso do Dia Mundial de Saúde 2002, a OMS passou a promover anualmente o “Agita Mundo”, uma forma de estimular a atividade física como um elemento essencial à saúde e ao bem-estar. Este fato indica a importância que a atividade física tem atingido no mundo como uma excelente estratégia de prevenção e controle de doenças crônicas e promoção da saúde. Cabe ressaltar que a abordagem vigente consiste em estimular o aumento da prática de atividade física regular na população entre homens e mulheres, de todas as idades, em todos os domínios (trabalho, lazer e locomoção) e lugares (escola, casa, trabalho).

Compreendendo que o estímulo à atividade física é prioritário no controle de doenças não transmissíveis e que a mudança de padrões comportamentais requerem medidas abrangentes e intersetoriais, a Organização Mundial da Saúde propõe a implementação da Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde¹⁸ (descrita no capítulo 6 – sobrepeso e obesidade). Isso significa o desenvolvimento, de forma integrada, de ações de legislação, informação e capacitação de recursos humanos.

Referências Bibliográficas

- ¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical activity**. Disponível em: <www.who.int/dietphysicalactivity/edia/en/gsf_pa.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2004.
- ¹⁰ MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade e nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, n.4, p.41-50, out. 2002.
- ¹¹ MONTEIRO, C. A. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.14, n.4, p.246-54, out. 2003.
- ¹² COSTA, R.; WERNECK, G.; LOPES, C.; FAERSTEIN, E. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1095-1105, jul-ago., 2003.
- ¹³ HALLAL, P. C.; VICTORA, C. G.; WELLS, J. C. LIMA, R. C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v.35, n.11, p.1894-1900, nov., 2003.
- ¹⁴ GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.969-976, jul-ago, 2001.
- ¹⁵ GARCIA, A. W.; PENDER, N. J.; ANATONAKOS, C. L.; RONIS, D. L. Changes in physical activity beliefs and behaviors of boys and girls across the transition to junior high school. **Journal of Adolescents Health**, v.22, p.394-402, 1998.
- ¹⁶ CAMERON, C.; CRAIG, C. L.; STEPHENS, T.; READY, T. A. **Increasing physical activity: supporting an active workforce**. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. 2001.
- ¹⁷ SATARIANO, W. A.; HAIGHT, T. J.; TAGER, I. B. Reasons given by older people for limitation or avoidance of leisure time physical activity. **J Am Geriatr Soc**, v.48, n.5, p.505-12, may, 2000.
- ¹⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fifty-seven world health assembly**. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva, 2004.