

Atividade física de lazer de pessoas com e sem doenças crônicas não transmissíveis

Leisure physical activity of people with and without chronic non-communicable diseases
Actividad física de esparcimiento de personas con y sin enfermedades crónicas no transmisibles

Thainá Ferreira de Toledo Piza¹

ORCID: 0000-0002-8800-1926

Paula Parisi Hodniki¹

ORCID: 0000-0003-1643-2134

Sinval Avelino dos Santos¹

ORCID: 0000-0003-0969-6801

Maria Teresa da Costa Gonçalves Torquato¹

ORCID: 0000-0002-6374-2189

Adrielen Aparecida Silva Calixto¹

ORCID: 0000-0003-1682-8454

Rute Aparecida Casas Garcia¹

ORCID: 0000-0002-1908-4262

Carla Regina de Souza Teixeira¹

ORCID: 0000-0002-8887-5439

RESUMO

Objetivos: analisar a prática de atividade física de lazer de pessoas com e sem doenças crônicas não transmissíveis usuárias do sistema único de saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo. **Métodos:** trata-se de estudo observacional transversal. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em uma amostra por conveniência e aleatória de adultos. **Resultados:** foram 719 pessoas, dentre as quais 70,1% possuíam doenças crônicas não transmissíveis, sendo 68,1% inativos. A inatividade física apresenta uma distribuição semelhante entre os grupos com e sem doença, e a média nacional na atividade física de lazer. **Conclusões:** esses dados podem direcionar ações junto aos serviços de saúde no que tange ao incentivo à realização de atividade física e ao estímulo de práticas saudáveis de lazer, como estratégias multiprofissionais no âmbito político de saúde.

Descritores: Exercício; Atividades de Lazer; Doença Crônica; Atividade Física; Estilo de Vida.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the leisure physical activity of people with and without chronic non-communicable diseases by the single health system of the city of Ribeirão Preto – São Paulo. **Methods:** observational cross-sectional study, data were collected by means of interviews in a sample for convenience and random of adults. **Results:** there were 719 people, where 70.1% had chronic non-communicable diseases, being 68.1% inactive. Physical inactivity presents a similar distribution between the groups with and without disease and a national average in leisure physical activity. **Conclusions:** these data are aimed at health services that do not encourage physical and auditory leisure activities, such as multiprofessional activities in the health area.

Descriptors: Exercise; Leisure Activities; Chronic Disease; Motor Activity; Life Style.

RESUMEN

Objetivos: analizar la práctica de actividad física de ocio de personas con enfermedades crónicas no transmisibles por el sistema único de salud del municipio de Ribeirão Preto – São Paulo. **Métodos:** estudio observacional transversal, los datos fueron recolectados por medio de entrevistas en una muestra por conveniencia y aleatoria de adultos. **Resultados:** fueron 719 personas, donde el 70,1% poseía enfermedades crónicas no transmisibles, siendo el 68,1% inactivo. La inactividad física presenta una distribución similar entre los grupos con y sin enfermedad y una media nacional en la actividad física de ocio. **Conclusiones:** estos datos se dirigen a los servicios de salud que no incentivan la realización de actividades físicas y auditivas de ocio, como las actividades multiprofesionales en el espacio de salud.

Descriptorios: Ejercicio; Actividades de Ocio; Enfermedad Crónica; Actividad Física; Estilo del Vida.

¹Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
²Secretaria Municipal da Saúde. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Piza TFT, Hodniki PP, Santos SA, Torquato MTCG, Calixto AAS, Garcia RAC, et al. Leisure physical activity of people with and without chronic non-communicable diseases. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 6):e20190615. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0615>

Autor Correspondente:

Carla Regina de Souza Teixeira
E-mail: carlarst@eerp.usp.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Valladares Broca

Submissão: 29-01-2020 Aprovação: 13-07-2020

INTRODUÇÃO

As quatro principais doenças do grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais estudadas no contexto de intervenção sobre a prática de atividade física são as doenças do aparelho circulatório, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus (DM)⁽¹⁾. A prevalência mundial das DCNT tem aumentado nas últimas décadas, sendo responsáveis por 38 milhões de mortes no mundo em 2012 e 74% no Brasil. A sua complexidade é fortemente influenciada por fatores de riscos comportamentais comuns. Um dos principais fatores é a inatividade física, dentre a dieta pouco saudável, uso nocivo do álcool, uso do tabaco e excesso de peso corporal⁽¹⁻²⁾. Uma estimativa mostrou que a redução em 10% ou 25% da inatividade física evitaria 530 mil ou 1,3 milhões de mortes, respectivamente, por ano no mundo, uma vez que a inatividade física aumenta o risco de condições adversas da saúde⁽³⁾. Por outro lado, a literatura mostra evidências importantes de que o exercício físico pode reduzir o risco de mortalidade prematura de pelo menos 20% a 30% em mais de 25 tipos de condições crônicas⁽⁴⁾.

Nessa direção, se comparado com nenhum exercício regular, qualquer tipo de atividade física (AF) fornece um efeito protetor contra o risco de doença cardiovascular. Além disso, todas as formas de AF, independentemente de idade, sexo ou etnia, têm um efeito benéfico na prevenção de DCNT, apresentando melhores resultados na mortalidade⁽⁵⁾.

No Brasil, apoiada pelo Ministério da Saúde, a recomendação para todos os grupos etários é de serem fisicamente ativos. O nível recomendado é a prática de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de moderada intensidade para que se consiga atingir objetivos como a prevenção das DCNT, sendo preconizado para as pessoas serem mais ativas e não necessariamente mais condicionadas, o que permite a inclusão de programas mais flexíveis em suas vidas cotidianas⁽⁶⁾.

Presente nas diversas ações do cotidiano, ou seja, no trabalho - ou âmbito ocupacional -, no âmbito doméstico, no deslocamento e no lazer, a prática de AF requer estudos que, ao considerar esses quatro diferentes domínios, sirvam para esclarecer melhor sua relação com diversos aspectos relacionados à saúde, além de direcionar a elaboração de ações com a finalidade de aumentar o nível de atividade física da população⁽⁷⁾.

Estudo que avaliou a prevalência em 27 capitais brasileiras da prática de atividade física mostrou que esta ocorre em mais de um terço da população brasileira (33%), sendo maior entre homens do que entre mulheres. A frequência tende a diminuir com o aumento da idade, de forma mais acentuada entre os homens, e a aumentar com o nível de escolaridade⁽⁸⁾.

Embora estudos anteriores tenham demonstrado que a atividade física regular pode atrasar o aparecimento de certas doenças crônicas, ainda é preciso explorar sobre as mudanças nas práticas de atividade física após o diagnóstico de doenças crônicas⁽⁴⁻⁶⁾. Metanálise que testou as possíveis diferenças nas taxas de adesão e abandono entre pacientes envolvidos em intervenções de atividade física aeróbica mostrou a taxa geral de adesão de 77,0% aos programas de atividade física, enquanto a taxa de abandono foi de 7,0%, sugerindo que pessoas com condições crônicas são capazes de sustentar a atividade física

por mais de 3 meses, sob diferentes graus de supervisão, em níveis suficientes para os benefícios para a saúde⁽¹⁾.

Com o envelhecimento da população, a AF tem sido uma rotina importante na vida dos idosos. Estudo na China que avaliou 3.198 idosos identificou que as pessoas idosas fisicamente ativas experimentaram um início mais tardio de doença crônica em comparação com as sedentárias, particularmente para obesidade e diabetes. Após o diagnóstico de uma doença crônica, as pessoas idosas fisicamente ativas apresentaram maior probabilidade de aumentar seus níveis de atividade física, enquanto as pessoas idosas sedentárias eram menos propensas a iniciar atividades físicas⁽⁹⁾.

No Brasil, estudo realizado em Florianópolis, com o objetivo de verificar os níveis de atividade física e as condições de saúde de mulheres idosas, encontrou nível de atividade física relacionado com as características sociodemográficas e as condições de saúde, sendo que as idosas mais ativas são mais jovens, não têm doenças e o seu estado de saúde não dificulta a prática de atividade física⁽¹⁰⁾. Por outro lado, estudo realizado em Curitiba, com o objetivo de descrever a prevalência estimada de DCNT e fatores de risco comuns entre a população adulta, verificou que, de 1.103 pessoas avaliadas, 35,1% eram suficientemente ativas⁽¹¹⁾.

Apesar dos benefícios evidenciados da prática regular de atividade física, a sua promoção é complexa e dificultada, pois há necessidade de planejamento baseado em evidências de intervenções em saúde pública, com o incremento de abordagens científicas comportamentais com foco em indivíduos⁽¹²⁾. Compreender os motivos de algumas pessoas serem ativas e outras não, e a quantidade desses indivíduos em uma sociedade, contribuirá para o planejamento das intervenções públicas para o incremento da atividade física da população⁽¹³⁾. Um dos domínios mais estudados para a intervenção na literatura tem sido a prática de AF realizada no tempo livre, também conhecida como atividade física de lazer (AFL). Neste estudo, pretende-se compreender as diferenças em um contexto do interior paulista na prática de AFL de pessoas com e sem DCNT e usuárias das unidades de saúde.

OBJETIVOS

Analisar os níveis de atividade física de lazer de pessoas com e sem doenças crônicas não transmissíveis usuárias de unidades de saúde no município de Ribeirão Preto – SP.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo obedece a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, nº do parecer 1.875.599. Também atende às diretrizes do STROBE para sua apresentação.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, observacional, transversal e com abordagem quantitativa. O local do estudo foi

o município de Ribeirão Preto, situado na região nordeste do estado de São Paulo (SP), com uma população estimada para o ano 2018 pelo IBGE de 694.534 habitantes⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A Rede de Serviços da Atenção Básica à Saúde está organizada em cinco Distritos de Saúde (Oeste, Central, Sul, Norte e Leste).

População ou amostra: critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta pelos 53.240 atendimentos de adultos realizados nas Farmácias no ano de 2016. O plano amostral adotado foi por Amostragem Aleatória Estratificada com alocação proporcional por estratos, no qual cada estrato foi formado pelos Distritos de Saúde de Ribeirão Preto – SP. Para o cálculo amostral, foi adotado 10% de erro relativo, nível de significância de 5%. Participaram do estudo 719 pessoas, sendo 107 do Distrito Oeste, 192 do Central, 100 do Sul, 165 do Norte e 155 do Leste. Os critérios de inclusão foram adultos com idade maior que 18 anos de idade, usuários dos serviços de saúde e que concordaram com o TCLE do estudo.

Protocolo do estudo

A coleta de dados ocorreu de abril de 2017 a abril de 2018, por meio de entrevista, no momento do atendimento nas unidades de saúde. Utilizou-se um questionário contendo as variáveis sociodemográficas e clínicas: sexo (feminino e masculino), idade (de 18 a 29, 30 a 59, 60 anos ou mais), estado civil (casado ou união estável, separado ou divorciado, viúvo e solteiro), escolaridade (abaixo de ensino fundamental, ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior ou mais) e a classe econômica segundo a ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2016 (A1, B1, B2, C1, C2, D/E), tipo de doença referida - doenças circulatórias (hipertensão arterial, doenças cardíacas e acidente vascular cerebral), câncer, doenças respiratórias (rinite, sinusite, asma, bronquite e doença pulmonar obstrutiva crônica) e diabetes mellitus (tipo 1 e tipo 2)^(2,16).

Também se utilizou o instrumento *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) versão longa, para a identificação do nível de atividade física de lazer⁽¹⁷⁾. O domínio utilizado para análise foi “atividades físicas de recreação, esporte, exercício e de lazer”, denominada neste trabalho como AFL. Esse domínio contém seis questões sobre a realização, pela pessoa, de caminhada, atividades moderadas e atividades vigorosas. Com relação à intensidade, as atividades consideradas moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e que aumentam um pouco a frequência respiratória, enquanto as vigorosas são as que precisam de um grande esforço físico e aumentam muito a frequência respiratória. A frequência da AFL foi considerada em dias por semana, e a duração foi considerada em minutos por dia.

Para classificação do nível de atividade física, utilizou-se a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera ativos aqueles que realizam pelo menos 150 minutos de atividade física moderada na semana ou 75 minutos de atividade física vigorosa na semana. Os insuficientemente ativos foram considerados aqueles que realizam de 10 a 150 minutos

de atividades físicas moderadas, e os inativos aqueles que não praticam pelo menos 10 minutos de AFL na semana⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Análise dos resultados e estatística

Foi realizada análise estatística descritiva apresentada por meio de tabelas, a fim de identificar as diferenças entre os grupos de pessoas com e sem DCNT. Utilizou-se o teste de qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de 5%. Os dados foram analisados e processados pelo programa SPSS, versão 21.

RESULTADOS

Participaram do estudo 719 usuários das unidades de saúde do município. Em relação aos dados sociodemográficos, houve predomínio do sexo feminino (71,2%), idade entre os 30 e 59 anos (48,9%), casados ou união estável (47,1%), ensino fundamental incompleto (40,7%) e classe socioeconômica C1 (26,9%). A maioria das pessoas referiu possuir alguma das DCNT (504 - 70,1%), e 215 (29,9%) referiram nenhuma DCNT.

Em relação ao tempo de prática de AFL, a maioria da amostra foi considerada inativa (500 - 69,5%), ou seja, não pratica ao menos 10 minutos de atividade, e 115 (16%) referiram ser ativos, como pode ser identificado na Figura 1. A distribuição do nível de AFL entre os grupos que possuem ou não DCNT foi semelhante.

Observa-se que, em relação às características sociodemográficas e aos níveis de AFL, a distribuição foi semelhante segundo os grupos de pessoas que possuem ou não alguma das DCNT, conforme se observa na Tabela 1. No entanto, as pessoas com DCNT, ensino superior e idade entre os 18 e 34 anos foram mais ativas do que as pessoas sem DCNT. Não houve significância estatística em nenhuma variável dos dados sociodemográficos.

Na Tabela 2, temos a distribuição do nível de AFL segundo os diferentes tipos de DCNT. Apesar da distribuição semelhante entre os grupos, com predomínio da inatividade física, as neoplasias apresentaram menores valores de inatividade quando comparadas a outras doenças.

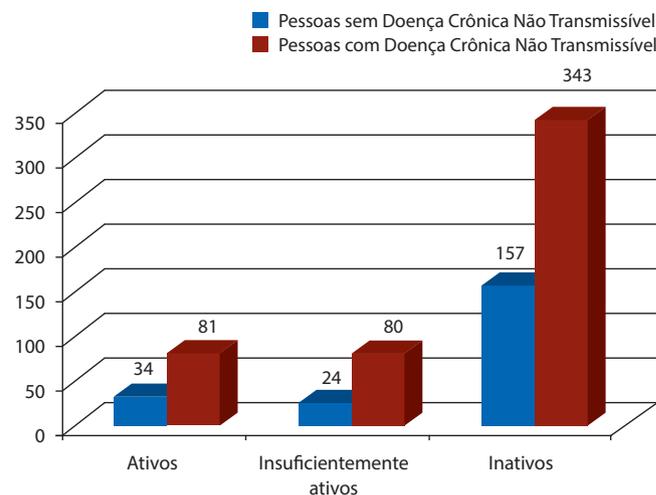


Figura 1 - Distribuição numérica dos usuários dos serviços de saúde com ou sem doenças crônicas não transmissíveis segundo o nível de atividade física de lazer, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 018

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde com ou sem doenças crônicas não transmissíveis, segundo dados sociodemográficos e atividade física de lazer, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018

Variável	Sem Doença Crônica Não Transmissível			p	Com Doença Crônica Não Transmissível			P
	Ativos n (%)	Irregular n (%)	Inativos n (%)		Ativos n (%)	Irregular n (%)	Inativos n (%)	
Sexo				,215				,132
Feminino	21 (14,1)	14 (9,4)	114 (76,5)		52 (14,3)	55 (15,2)	266 (70,5)	
Masculino	13 (19,7)	10 (15,2)	43 (65,2)		29 (20,6)	66 (17,7)	67 (61,7)	
Idade				,104				,099
18-34	18 (15,7)	12 (10,4)	86 (73,9)		23 (18,1)	29 (22,8)	76 (59,1)	
35-59	9 (11,8)	12 (15,8)	66 (72,4)		32 (14,7)	30 (13,8)	166 (71,4)	
≥ 60	7 (29,2)	0 (0)	17 (70,8)		26 (16,3)	21 (13,1)	113 (70,6)	
Estado Civil				,534				,440
Casado/União estável	15 (15,8)	11 (11,6)	69 (72,6)		36 (14,3)	36 (14,3)	174 (71,3)	
Separado/Divorciado	0 (0)	2 (12,5)	14 (87,5)		6 (12)	9 (18)	36 (70)	
Viúvo	2 (33,3)	0 (0)	4 (66,7)		4 (11,1)	7 (19,4)	25 (69,4)	
Solteiro	17 (17,3)	11 (11,2)	70 (71,4)		36 (20,7)	29 (16,7)	109 (62,6)	
Escolaridade				,750				,054
< Ensino Fundamental	9 (12,9)	10 (14,3)	51 (72,9)		36 (15,7)	31 (13,9)	157 (70,4)	
Ensino Fundamental	4 (23,5)	2 (11,8)	11 (64,7)		5 (12,8)	5 (12,8)	29 (74,4)	
Ensino Médio	16 (17,2)	7 (7,5)	70 (75,3)		22 (12,8)	29 (16,9)	121 (70,3)	
≥ Ensino Superior	6 (14,3)	5 (14,3)	25 (71,4)		19 (27,1)	15 (21,4)	36 (51,4)	
Classe Econômica				,519				,529
A	1 (12,5)	2 (25)	5 (62,5)		4 (30,8)	2 (15,4)	7 (53,8)	
B1	2 (10)	3 (15)	15 (75)		5 (15,2)	6 (18,2)	22 (66,7)	
B2	11 (19,3)	4 (7)	42 (73,7)		22 (18,5)	21 (17,6)	76 (63,9)	
C1	6 (11,8)	5 (9,8)	40 (78,4)		24 (16,8)	23 (16,1)	96 (67,1)	
C2	12 (23,5)	6 (9,8)	34 (66,7)		17 (13,3)	23 (18)	88 (68,8)	
D/E	2 (7,1)	6 (17,9)	21 (75)		9 (13,2)	5 (7,4)	54 (79,4)	

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos níveis de atividade física de lazer, segundo os tipos de doenças crônicas não transmissíveis, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018

Variável	Ativos n (%)	Irregularmente Ativos n (%)	Inativos n (%)	Total n
Sem Doença Crônica Não Transmissível	34 (15,8)	24 (11,2)	157 (73)	215
Doenças Cardiovasculares				
Hipertensão Arterial	40 (17,1)	31 (13,2)	163 (69,7)	234
Acidente Vascular Cerebral	1 (4,8)	3 (14,3)	17 (81)	21
Doenças Cardíacas	13 (18,8)	10 (14,5)	46 (66,7)	69
Total	54 (16,6)	44 (13,5)	226 (69,7)	324
Doenças Respiratórias				
Rinite	23 (14,1)	28 (17,2)	112 (68,7)	163
Sinusite	24 (14,1)	32 (18,9)	113 (66,9)	169
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	4 (25)	1 (6,3)	11 (68,8)	16
Asma	3 (15,8)	3 (15,8)	13 (68,4)	19
Bronquite	3 (10)	6 (20)	21 (70,0)	30
Total	57 (14,4)	70 (17,6)	270 (68,0)	397
Diabetes Mellitus				
Tipo 1	0 (0)	0 (0)	4 (100)	4
Tipo 2	20 (20,6)	10 (10,3)	67 (69,1)	97
Total	20 (19,8)	10 (9,9)	71 (70,3)	101
Neoplasias	7 (30,4)	6 (26,1)	10 (43,5)	23

DISCUSSÃO

Os nossos achados encontraram que, independente de possuir ou não DCNT, a maioria das pessoas adultas são inativas na AFL (69,5%). Em contrapartida, estudo nacional de inquérito telefônico, cujo objetivo foi descrever as prevalências dos fatores de risco e proteção para as DCNT na população adulta residentes nas capitais brasileiras em 2013, evidenciou que, de 52.929 entrevistas, apenas 16,2% referiram inatividade física⁽¹⁹⁾.

A distribuição dos níveis de AFL ativos, irregularmente inativos e inativos mostrou-se semelhante entre os grupos de pessoas com e sem DCNT. Por outro lado, segundo um estudo realizado

em Florianópolis, houve diferenças, pois, dentre as pessoas que possuíam alguma doença, a maioria foi considerada ativa (61,8%) e as que não possuíam doença também foram, majoritariamente, mais ativas que os demais entrevistados (92,9%). Ou seja, a maioria foi considerada ativa, sendo aqueles que apresentaram alguma doença mais inativos que os demais⁽¹⁰⁾.

Segundo um estudo que avaliou o nível de AFL dos brasileiros das cinco regiões do país, por meio da Pesquisa Nacional de Saúde, 22,7% dos entrevistados foram considerados ativos. Em comparação com o presente estudo, pode-se dizer que a população estudada, do município de Ribeirão Preto, é menos ativa do que as pessoas das demais localidades do país (16%). Esses números se assemelham

quando comparamos os ativos na prática da AFL no sudeste (22,9%), região do município estudado⁽¹⁵⁾. Esse dado também se compara ao de um estudo no município de Florianópolis, Santa Catarina, o qual diz que mais mulheres do que homens não atendem as recomendações de atividade física de lazer, sendo que 25,1% dos homens estudados praticam AFL⁽¹⁰⁾. Na literatura nacional e internacional, as pessoas do sexo masculino se mostraram mais ativas do que as do sexo feminino^(1,3,5,8,11). Em contrapartida, o estudo brasileiro mostrou que os mais jovens são os que mais praticam atividade física de lazer. Em nossos achados, dentre aqueles que não possuem doença, os mais ativos foram os maiores de 60 anos de idade, como também encontrado na literatura^(3,9,20).

Em outra vertente, que também pode servir de subsídio para a elaboração das estratégias da promoção da atividade física, estudiosos têm investigado a percepção do ambiente para a prática de atividade física. Segundo ressalta o estudo que analisou essa percepção de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 de uma cidade do interior paulista, as pessoas que percebem acesso a conveniências mais próximas à sua residência são mais ativas no tempo de lazer do que as que não percebem. Além disso, as que recebem convite de vizinhos e/ou amigos têm mais chance de praticarem atividade física do que as pessoas que não recebem⁽²¹⁾.

Em relação aos níveis de AFL das pessoas com DCNT, a distribuição foi semelhante entre os tipos de doença, em média de 60% de pessoas inativas. Destaca-se que as pessoas com neoplasias apresentaram menor índice (43,5%) de inatividade física. No entanto, não foi possível fazer uma comparação com outras doenças pelo baixo número de casos de pessoas com neoplasias encontrados neste estudo.

Uma investigação apresentou dados sobre a contribuição da inatividade física para um número substancial de mortes devido ao câncer de mama no Brasil. A inatividade física foi responsável por mais mortes devido a câncer de mama do que outros fatores de risco modificáveis. Esses achados apoiam a promoção da atividade física na população brasileira feminina para prevenir e gerenciar o câncer de mama⁽²²⁾. Além disso, dados de um estudo brasileiro estimam a carga de diabetes mellitus devido à inatividade física, e traz a conclusão de que deve haver a promoção da atividade física na população brasileira para prevenir e gerenciar doença crônica não transmissível⁽²³⁾.

Destaca-se estudo que investigou a prática de AF vigorosa uma vez por semana e mostrou estar associada a menores chances

de ter algumas doenças crônicas entre homens e mulheres⁽³⁾. Tal evidência reforça que mesmo um único exercício semanal de alta intensidade pode reduzir o risco de doença crônica ou morte cardiovascular. Os autores apontam uma mensagem de esperança para aqueles que não conseguem cumprir a recomendação para a prática regular de AF, pois ser fisicamente ativo, mesmo abaixo dos níveis recomendados, ainda traz efeitos benéficos à saúde. Portanto, estudos futuros prospectivos devem analisar se o impacto do AFL na doença crônica também é o mesmo em adultos e idosos, considerando diferentes contextos brasileiros.

Limitações do estudo

Apesar das doenças crônicas e a AF terem sido auto referidas neste estudo, suscetíveis ao viés, é considerada um método confiável para estudos epidemiológicos, sendo, ainda, muito utilizada em estudos de vigilância^(1,5).

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde e Política Pública

A participação de diversos profissionais, como o enfermeiro na orientação em saúde de rotina para o estímulo da prática de atividade física, principalmente no lazer, tem sido alvo de investigações em saúde. Portanto, estudos futuros prospectivos devem analisar se o impacto do AFL na doença crônica também é o mesmo em adultos e idosos, em diferentes contextos brasileiros. Dessa forma, conhecer os níveis de AFL das pessoas com DCNT, em comparação àquelas que não as têm, pode subsidiar o direcionamento das ações junto aos serviços de saúde, no que tange ao incentivo à realização de AFL, um domínio que podemos modificar no cotidiano das pessoas, bem como às estratégias multiprofissionais de intervenção no âmbito político de saúde.

CONCLUSÕES

Em nossos achados, a maioria dos entrevistados era inativos no que tange à prática de atividade física de lazer. Isso mostra que tanto as pessoas que não possuem as DCNT como as que possuem precisam ser estimuladas a aumentar o movimento. Dessa forma, contribui tanto para a prevenção, em relação às que já possuem DCNT, como para o tratamento e a melhora na qualidade de vida e saúde.

REFERÊNCIAS

1. Bullard T, Ji M, An R, Trinh L, Mackenzie M, Mullen SP. A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC Public Health*. 2019;19(1):636. doi: 10.1186/s12889-019-6877-z
2. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva, 2014.
3. Marques A, Peralta M, Sarmiento H, Martins J, González MV. Associations between vigorous physical activity and chronic diseases in older adults: a study in 13 European countries. *Eur J Public Health*. 2018;28(5):950–5. doi: 10.1093/eurpub/cky086
4. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015;25(Suppl-3):1-72. doi: 10.1111/sms.12581
5. Fletcher GF, Landolfo C, Niebauer J, Ozemek C, Arena R, Lavie CJ. Promoting physical activity and exercise: JACC health promotion series. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(14):1622-1639. doi: 10.1016/j.jacc.2018.08.2141

6. Malta DC, Morais OLN, Silva MMAD, Rocha D, Castro AMD, Reis AACD, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21:1683-1694. doi: 10.1590/1413-81232015216.07572016
7. Florindo AA, Guimaraes VV, Cesar CLG, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical activity: prevalence and associated factors. *J Phys Act Health*. 2009;6(5):625-32. doi: 10.1123/jpah.6.5.625
8. Las Casas RCR, Bernal RTI, Melo EM, Malta DC. Prevalência da atividade física no tempo livre nas capitais brasileiras. *Rev Med Minas Gerais* 2016;26(Supl 8):S260-S265. Available from: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2160>
9. Zhou P, Hughes AK, Grady SC, Fang L. Physical activity and chronic diseases among older people in a mid-size city in China: a longitudinal investigation of bipolar effects. *BMC Public Health*. 2018;18(1):486. doi: 10.1186/s12889-018-5408-7
10. Pazin J, Duarte MFS, Borgatto AF, Peres MA, Poeta LS. Atividade física no lazer, deslocamento, apoio social e percepção do ambiente urbano em homens e mulheres de Florianópolis/SC. *Rev Bras Educ Fis Esporte*. 2016;30(3):743-55. doi: 10.1590/1807-55092016000300743
11. Mielke GI, Malta DC, Sá GBAR, Reis RS, Hallal PC. Diferenças regionais e fatores associados à prática de atividade física no lazer no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde-2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(Suppl 2):158-69. doi: 10.1590/1980-5497201500060014
12. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*. 2012;380(9838):294-305. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60898-8
13. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJF, Martin BW, et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*. 2012;380(9838):258-71. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60735-1
14. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional, 2010. Brasília: Ministério da Saúde. [Internet].2010. [cited 2020 Apr 29]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cd/defaultcd2010.asp?o=4&i=P>
15. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto 2018 – 2021. [Internet]. 2018[cited 2020 Apr 29]. Available from: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf>
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP 2016 [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 29]. Available from: <http://www.abep.org>
17. Matsudo S. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2001;6(2):05-18. doi: 10.12820/rbafs.v.6n2p5-18
18. Matsudo S, Matsudo VKR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2002;10(4):41-50. doi: 10.18511/rbcm.v10i4.469
19. Malta DC, Campos MO, Oliveira MM. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):373-87. doi: 10.5123/S1679-4974201500030000
20. Mazo GZ, Mota J, Gonçalves LHT, Matos MG. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. *Rev Port Cien Desp* [Internet]. 2005[cited 2020 Apr 29];5(2):202-12. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcd/v5n2/v5n2a09.pdf>
21. Hodniki PP, Teixeira CRS, Zanetti ML, Moraes C, Istilli PT, Zanetti GG, et al. Percepção do ambiente para a prática de atividade física de pessoas com diabetes mellitus. *Licere*. 2018;21(3):253-71. doi: 10.35699/1981-3171.2018.1869
22. Silva DAS, Tremblay MS, Souza MFM, Guerra MG, Mooney M, Naghav M, et al. Mortality and years of life lost due to breast cancer attributable to physical inactivity in the Brazilian female population (1990–2015). *Scientific Reports*. 2018;8(1):1-12. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-29467-7>
23. Silva DAS, Naghavi M, Duncan BB, Schmidt MI, Souza MFM, Malta DC. Physical inactivity as risk factor for mortality by diabetes mellitus in Brazil in 1990, 2006, and 2016. *Diabetol Metabol Syndr*. 2019;11(1):23. doi: 10.1186/s13098-019-0419-9