

Taís Gaudencio Martins^I

Maria Alice Altenburg de Assis^{II}

Markus Vinícius Nahas^{III}

Heide Gauche^{IV}

Erly Catarina Moura^V

Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados

Leisure-time physical inactivity in adults and factors associated

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a associação entre inatividade física no lazer de adultos com fatores sociodemográficos e indicadores de risco e proteção para doenças crônicas.

MÉTODOS: Estudo transversal com indivíduos com idade de 18 anos e superior (N=1996). Foram utilizados dados obtidos do Sistema Municipal de Monitoramento de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis, por meio de entrevistas telefônicas, em Florianópolis, SC, 2005. Analisaram-se fatores sociodemográficos e comportamentais de proteção e de risco. Os resultados das análises de regressão múltipla para associação entre inatividade física no lazer e variáveis independentes foram expressos por razões de prevalência.

RESULTADOS: A prevalência da inatividade física no lazer foi de 54,6% (47,3% homens, 61,4% mulheres). Após análise ajustada, entre os homens, maior probabilidade de inatividade física no lazer foi associada ao aumento da faixa etária, à diminuição do nível de escolaridade e ao fato de trabalharem; menor probabilidade de inatividade física no lazer foi associada ao consumo abusivo de bebida alcoólica, independentemente da faixa etária, nível de escolaridade e trabalho. Entre as mulheres, maior probabilidade de inatividade foi observada entre as que relataram nível de escolaridade inferior a 12 anos de estudo e que trabalhavam. Análises ajustadas pelo nível de escolaridade e trabalho mostraram maior probabilidade de inatividade física no lazer para mulheres que relataram consumo de frutas e hortaliças com frequência inferior a cinco vezes por dia e consumo de leite integral.

CONCLUSÕES: Os fatores associados à inatividade física no lazer apresentaram perfil diferente entre homens e mulheres. Para mulheres, a inatividade física se associou a comportamentos de risco para doenças crônicas, em especial aos hábitos alimentares, e para os homens, se associaram a fatores sociodemográficos.

DESCRITORES: Aptidão Física. Atividades de Lazer. Fatores de Risco. Fatores Socioeconômicos. Doença Crônica, prevenção & controle. Levantamentos Epidemiológicos.

^I Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Centro de Desportos. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{II} Departamento de Nutrição. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{III} Departamento de Educação Física. Centro de Desportos. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{IV} Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^V Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Maria Alice Altenburg de Assis
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário - CCS
88040-900 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: massis@ccs.ufsc.br

Recebido: 10/9/2008

Revisado: 6/1/2009

Aprovado: 10/2/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the association between leisure-time physical inactivity and sociodemographic factors and risk or protection factors for chronic noncommunicable diseases among adults.

METHODS: Cross-sectional study comprising adults aged 18 years and older ($n = 1,996$). Data was obtained from the Surveillance System for Risk Factors for Chronic Noncommunicable Diseases, a random-digit-dialed telephone survey carried out in the city of Florianópolis, southern Brazil, in 2005. There were studied sociodemographic, and behavioral protective and risk factors. Results of the multivariate analysis of the association between leisure-time physical inactivity and independent variables were expressed as prevalence ratios.

RESULTS: The prevalence of leisure-time physical inactivity was 54.6% (47.3% among men, 61.4% among women). After adjustment, among men, higher physical inactivity was positively associated with older age, lower schooling, and inversely associated with working status; and lower physical inactivity was associated with alcohol abuse, regardless of age, schooling, and work status. Among women, higher leisure-time physical inactivity was positively associated with schooling (less than 12 years of education) and working status. The analyses adjusted for schooling and work status showed higher physical inactivity among those women reporting consuming fruits and vegetables less than five times a day and whole milk.

CONCLUSIONS: Factors associated with leisure-time physical inactivity were different among men and women. Among women, physical inactivity was associated to risk factors for chronic diseases, especially eating habits. Among men, physical inactivity was associated to sociodemographic factors.

DESCRIPTORS: Physical Fitness. Leisure Activities. Risk Factors. Socioeconomic Factors. Chronic Disease, prevention & control. Health Surveys.

INTRODUÇÃO

Estudos conduzidos com a população adulta brasileira mostram que a participação em atividade física no lazer é mais freqüente em homens do que em mulheres, em grupos de idade mais jovem, de maior renda e nível educacional.^{1,4,11,18} Adicionalmente, sujeitos que participam de atividade física no lazer de forma regular têm melhores níveis de percepção de saúde se comparados aos sedentários.² Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, como o tabagismo e a obesidade, podem estar associados à inatividade física no lazer.^{1,5} Contudo, há poucas investigações sobre as possíveis associações entre inatividade física no lazer e indicadores do consumo de alimentos e bebidas associados à proteção ou ao risco para doenças crônicas na população adulta brasileira.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),²³ 80% dos casos de doenças coronarianas, 90% dos casos de diabetes tipo 2 e 30% dos casos de câncer poderiam ser evitados com mudanças nos hábitos alimentares,

níveis de atividade física e uso de produtos derivados do tabaco. A atividade física regular pode reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, câncer do cólon e da mama, prevenir a osteoporose e auxiliar na manutenção do peso saudável.²³ Investigações sobre as associações entre dieta e doenças crônicas também confirmam o efeito protetor da alimentação saudável – combinando alto consumo de frutas, legumes, verduras e cereais integrais –, e o impacto negativo de dietas com alto teor de gorduras saturadas sobre o risco de doenças cardiovasculares.²³

Entender as relações entre atividade física e consumo alimentar, as quais constituem fatores de risco, poderá auxiliar na formulação de propostas para melhoria de condições de saúde.

O presente estudo teve por objetivo analisar a associação entre inatividade física no lazer de adultos e fatores sociodemográficos e indicadores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis.

MÉTODOS

Estudo transversal, de base populacional, abrangendo adultos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em domicílios servidos por linhas telefônicas fixas no município de Florianópolis, SC. Foram analisados dados do inquérito Sistema Municipal de Monitoramento de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis –“SIMTEL – Cinco cidades”, coletados no ano de 2005, em Florianópolis, e em outras quatro capitais brasileiras (Belém/PA, Goiânia/GO, Salvador/BA e São Paulo/SP). O SIMTEL tem por base realizar inquéritos anuais em amostra probabilística da população adulta residente em domicílios servidos por linhas telefônicas fixas. A fundamentação científica, objetivos e metodologia desse inquérito foram descritos em publicação anterior.¹²

A primeira etapa da amostragem em Florianópolis (SIMTEL/Fpolis) envolveu sorteio sistemático de 14.000 linhas telefônicas, de um universo de 126.088 linhas que formam um cadastro eletrônico de uma empresa de telefonia por meio do método de amostras autoponderadas de linhas telefônicas residenciais. O processo de sorteio foi estratificado, segundo os bairros e regiões da cidade, mantendo na amostra a proporcionalidade de cada estrato no cadastro. A seguir, as 14.000 linhas sorteadas foram re-sorteadas e divididas em 40 conjuntos de 350 linhas, chamados de réplicas, por reproduzir a mesma composição da amostra total. A segunda etapa, executada paralelamente à realização das entrevistas, consistiu no sorteio de um morador com pelo menos 18 anos de idade para cada linha sorteadas, após relação nominal de todos os adultos residentes no domicílio contatado.

Para a obtenção do número mínimo de 2.000 entrevistas – que permite estimar com coeficiente com 95% de confiança e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população estudada,¹² – utilizaram-se 15 réplicas, totalizando 5.250 linhas telefônicas. Todas as linhas foram chamadas até dez vezes, em dias diferentes (dias de semana, sábado e domingo) e em horários distintos (manhã, tarde e noite), conforme metodologia desenvolvida para estudos desta natureza.¹² Foram consideradas elegíveis 3.280 linhas (62,5%), as não elegíveis foram: linhas fora de serviço ou que correspondiam a empresas ou que não existiam mais (n=1970).

Foram consideradas como perdas: ligações que não responderam a dez chamadas realizadas em dias e horários distintos, ligações concluídas para residências em que não se conseguiu contato com algum morador adulto para aquiescência e sorteio, residências nas quais se realizou o sorteio, mas não se conseguiu novo contato para realizá-la; e linhas com sinal de ocupado, fax ou secretária eletrônica (n=963). Assim, realizaram-se 2.013 entrevistas (809 homens e 1.204 mulheres) entre

maio e dezembro de 2005. A taxa final de número de entrevistas por número de linhas elegíveis foi de 61,4%, as perdas representaram 29,4% e as recusas 9,3%. As entrevistas tiveram a duração média de 7,5 (desvio-padrão= 3,3) minutos.

Visando ao controle de qualidade, todas as 500 entrevistas iniciais e uma amostra aleatória de 20% das entrevistas ulteriores foram revisadas e, quando necessário, realizou-se novo contato telefônico com o entrevistado para checagem de respostas.

Para as análises do presente estudo, a amostra foi composta por 1.996 indivíduos (51,8% de mulheres), excluindo-se os dados das gestantes (n=17).

O questionário do SIMTEL foi constituído por 75 perguntas curtas e simples sobre: características demográficas e socioeconômicas; características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis; frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; e auto-avaliação do estado de saúde e referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial, colesterol e triglicérides elevados, diabetes e osteoporose.

A variável de desfecho foi a inatividade física no lazer, definida como a não-realização ou a prática referida com frequência menor que uma vez por semana de atividades físicas no tempo livre (exercícios físicos ou esporte).

Os indicadores selecionados do questionário SIMTEL para estudar a associação com a inatividade física envolveram variáveis sociodemográficas (idade, peso e altura, cor da pele, escolaridade, estado civil e inserção no mercado trabalho), de indicadores de risco (consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, excesso de peso, consumo de refrigerantes com ou sem açúcar, e o hábito de consumo de leite integral e de carnes gordurosas) e de proteção (consumo de frutas, legumes e verduras) para doenças crônicas.

A idade referida em anos completos foi agrupada em faixa etária (18 a 24; 25 a 34; 35 a 44; 45 a 54 ou 55 e mais). A cor da pele (opções no questionário: branca, negra, parda ou morena, amarela) foi classificada em branca ou não-branca. A escolaridade foi categorizada em anos de estudo (zero a quatro, cinco a oito, nove a 11 ou 12 e mais). O estado civil foi classificado em casado ou solteiro, viúvo e separado. A existência de trabalho remunerado foi indicada por meio de respostas “sim” ou “não”.

O consumo abusivo de bebida alcoólica (não ou sim) foi obtido por meio de resposta sobre a ingestão de cinco doses de qualquer bebida alcoólica em pelo menos um dia do último mês, independentemente do sexo.

O tabagismo foi categorizado em fumante (indivíduo que referia ser fumante no momento da entrevista); ex-fumante ou nunca fumante.

O excesso de peso foi categorizado em não-excesso de peso (índice de massa corporal – IMC < 25 kg/m²), pré-obesidade (IMC ≥ 25 kg/m² e < 30 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)²² segundo os valores do IMC, calculados a partir do peso (kg) dividido pelo quadrado da altura (m), ambos auto-referidos.

O consumo de refrigerantes, incluindo tipos *diet* ou *light*, foi categorizado em raramente (nunca e raramente); uma a duas ou três e mais vezes na semana. O consumo de leite integral (não/sim) foi computado pela combinação das respostas sobre o hábito de tomar leite e o tipo de leite em relação ao teor de gordura. O consumo de carnes gordurosas (não/sim) foi obtido a partir da combinação das respostas sobre o hábito de consumir carne vermelha gordurosa ou de frango com pele sem remoção da gordura visível do alimento.

A frequência diária de consumo de frutas, verduras e legumes foi classificada conforme a combinação de respostas de frequência de consumo de frutas, de saladas cruas, de verduras e legumes cozidos, sendo categorizada em cinco e mais vezes, três a quatro, uma a duas ou menos de uma vez.

As análises bivariada e de regressão múltipla foram realizadas no programa Stata versão 9.0. Estimou-se a razão de prevalência (RP) com os intervalos com 95% de confiança (IC 95%) por meio da regressão de Poisson com variância robusta, com ingresso das variáveis seguindo modelo hierarquizado.²¹ No primeiro nível do modelo foram incluídas as variáveis sociodemográficas e, no segundo nível, as variáveis de risco e proteção para doenças crônicas. A seleção dos indicadores para o modelo hierárquico levou em conta sua importância para a determinação da inatividade física no lazer em estudos realizados no Brasil^{1,5,11} e em outros países.^{3,8-10}

As variáveis com $p < 0,20$ foram introduzidas no modelo conforme o nível hierárquico, para controle de fatores de confusão. Consideraram-se como fatores associados à inatividade física no lazer aqueles com teste de heterogeneidade ou de tendência linear significativo ($p < 0,05$).

Os dados foram estratificados por sexo e as estimativas de prevalência foram produzidas para a população adulta total do município, utilizando fatores de expansão conforme a distribuição sociodemográfica do Censo de 2000.¹²

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O termo de consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal, devidamente gravado, obtido por ocasião dos contatos telefônicos.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta características sociodemográficas da população com telefone estudada pelo SIMTEL em Florianópolis em comparação com as características da população adulta do município, segundo amostra aleatória de 10% dos domicílios pesquisados pelo Censo Demográfico em 2000.^a É possível observar similaridades entre as duas amostras: na amostra estudada, houve maior proporção de mulheres (59,8% contra 52,6% no censo), menor proporção de jovens entre 18 e 24 anos de idade (16,6% contra 20,8% no censo) e maior proporção de indivíduos com escolaridade igual ou superior a nove anos (74,2% contra 58,2% no censo).

As médias de idade e de anos de escolaridade para a população estudada foram de 39,7 (DP= 15,0) e 11,2 (DP= 4,4) anos, respectivamente.

Foram encontradas distribuições semelhantes das variáveis sociodemográficas entre os sexos nas diferentes faixas etárias e níveis de escolaridade, prevalecendo homens e mulheres de cor branca. Maior proporção de homens do que mulheres relataram ser casados e

Tabela 1. Estimativas para a distribuição da população adulta e população adulta com telefone, segundo variáveis sociodemográficas. Florianópolis, SC, 2000 e 2005.

Variável	População adulta ^a %	População adulta com telefone ^b %
Sexo		
Masculino	47,4	40,2
Feminino	52,6	59,8
Idade (anos)		
18-24	20,8	16,6
25-34	24,2	26,0
35-44	22,4	25,7
45-54	15,8	13,8
55 a 64	8,8	9,9
65 e +	8,0	7,9
Anos de escolaridade		
0 a 4	21,6	10,6
5 a 8	20,2	15,2
9 a 11	29,8	33,1
12 e +	28,4	41,1

^a Amostra de 10% dos domicílios do Censo Demográfico para a população adulta em 2000. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000: Brasil [CD-ROM]. Brasília; 2000.

^b Amostra estudada pelo SIMTEL (n = 2.013) para população adulta de Florianópolis com telefone em 2005.

estar trabalhando. Para os fatores de risco ou proteção para doenças crônicas, observou-se maior frequência de homens do que de mulheres com pré-obesidade, que relataram consumo abusivo de bebida alcoólica e ser fumantes. Por outro lado, foi encontrada maior proporção de mulheres do que de homens que relataram consumir frutas, legumes e verduras com frequência diária maior do que três a quatro vezes, consumir raramente refrigerantes, não consumir leite integral e carnes gordurosas. (Tabela 2)

Dos 1.996 participantes, 1.090 relataram inatividade física no lazer, 58,3% eram mulheres. A prevalência de inatividade física no lazer foi de 54,6% (IC 95%: 51,8;57,4) no geral, 47,3% (IC 95%: 42,8;51,7) para os homens, e 61,4% (IC 95%: 58,1;64,7) para as mulheres.

As Tabelas 3 e 4 apresentam as prevalências e razões de prevalências brutas e ajustadas para associação entre inatividade física no lazer, variáveis sociodemográficas e variáveis de risco e proteção para doenças crônicas em homens e em mulheres.

Entre os homens, a análise bivariada mostrou associação da inatividade física no lazer com o aumento da faixa etária, diminuição do nível de escolaridade, condição de ser casado e de trabalhar. Relativamente aos fatores de risco comportamentais, os homens que relataram ser fumantes, consumir leite integral e carne gordurosa apresentaram maior probabilidade de inatividade física no lazer. Por outro lado, o consumo abusivo de bebida alcoólica foi associado a menor prevalência de inatividade no lazer.

Análises ajustadas do primeiro nível do modelo hierárquico mantiveram as associações de maior prevalência de inatividade física no lazer com o aumento da faixa etária, a diminuição do nível de escolaridade e a condição de trabalhar, mas anularam a associação com o estado civil casado. Análises ajustadas do segundo nível, controladas por faixa etária, escolaridade e trabalho, confirmaram a associação entre menor prevalência de inatividade física no lazer e consumo abusivo de bebida alcoólica, embora com diminuição da magnitude do efeito. O ajuste também resultou em perda de significância estatística das associações entre inatividade no lazer e o consumo de carne gordurosa e de leite integral. Relativamente ao tabagismo, a significância estatística no teste de heterogeneidade foi preservada, mas os limites inferiores dos intervalos de confiança nas categorias ex-fumante e fumante foram menores do que a unidade. (Tabela 3)

Entre as mulheres, nas análises bivariadas com fatores sociodemográficos, somente a escolaridade associou-se à inatividade física no lazer; quanto menor o nível de escolaridade, maior a probabilidade de inatividade. Nessas análises, os fatores de risco e proteção

nutricionais selecionados foram positivamente associados com uma maior probabilidade de inatividade física no lazer. Consumo abusivo de bebida alcoólica, tabagismo e estado nutricional não apresentaram associação com inatividade física no lazer.

Análises do primeiro nível do modelo hierárquico, ajustadas pelas variáveis escolaridade e trabalho, potencializaram a magnitude das associações entre maior prevalência de inatividade física no lazer e níveis de escolaridade abaixo de 12 anos de estudo e revelaram uma associação inversa com a condição de trabalhar, anteriormente não identificada na análise bivariada. Análises ajustadas do segundo nível, controladas pelas variáveis escolaridade e trabalho, confirmaram as associações entre maior prevalência de inatividade física no lazer e o consumo de frutas, legumes e verduras nas categorias de frequência inferior a cinco vezes por dia, atenuaram a magnitude do efeito de associação entre inatividade física e o consumo de leite integral e anularam a associação com o consumo de carne gordurosa, anteriormente observada na análise bivariada. (Tabela 4)

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo indicaram que associações da inatividade física no lazer com fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis foram encontradas em ambos os sexos, e os dados confirmaram as já conhecidas diferenças nos padrões de atividade física no lazer (com as mulheres menos ativas que os homens) e nos fatores de risco para doenças crônicas (com as mulheres apresentando geralmente níveis mais baixos dos principais fatores de risco).

A prática de atividade física no lazer é somente uma das dimensões da atividade física. As recomendações de saúde pública enfatizam a importância da atividade física acumulada em vários cenários da vida diária, incluindo lazer (exercícios físicos e esportes), atividades ocupacionais, deslocamento e atividade física em casa.⁶ Contudo, a medida da atividade física no lazer vem ganhando importância por seu caráter opcional e prazeroso e porque apresenta associações mais consistentes com os fatores de risco de doenças cardiovasculares quando comparada às atividades ocupacionais.¹⁹

O presente estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, a amostra entrevistada pelo SIMTEL só permite inferências populacionais para a população adulta que reside em domicílios cobertos pela rede de telefonia fixa, que não é universal, podendo ser baixa nos estratos de menor nível socioeconômico. Assim, para corrigir ao menos parcialmente, vieses determinados pela não-cobertura universal da rede telefônica, aplicaram-se pesos pós-estratificação.¹² Segundo, todas as informações obtidas foram auto-

Tabela 2. Descrição das características sociodemográficas e dos fatores de risco ou proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população adulta, segundo sexo. Florianópolis, SC, 2005.

Variável	Masculino ^a (n=962)		Feminino ^a (n=1034)	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Faixa etária (anos)				
18-24	21,9	17,8;25,9	18,4	15,5;21,3
25-34	24,9	20,9;28,9	23,8	21,0;26,6
35-44	22,3	19,0;25,6	22,8	20,0;25,5
45-54	15,6	12,3;19,0	16,3	13,6;18,9
55 e +	15,3	12,4;18,2	18,8	16,1;21,5
Cor da pele				
Branca	64,0	59,4;68,6	68,6	65,3;72,0
Não branca	36,0	31,4;40,6	31,4	28,0;34,7
Anos de escolaridade				
12 e +	30,4	26,9;33,9	27,0	24,3;29,6
9 a 11	29,1	25,5;32,7	31,3	28,3;34,2
5 a 8	20,1	16,3;24,0	20,1	17,1;23,2
0 a 4	20,3	15,5;25,2	21,6	18,3;25,0
Estado civil				
Solteiro, viúvo, separado	38,1	33,7;42,4	46,4	43,0;49,9
Casado	61,9	57,6;66,3	53,6	50,1;57,0
Trabalho				
Sim	78,7	75,3;82,0	57,8	54,4;61,2
Não	21,3	18,0;24,7	42,2	38,8;45,6
Estado nutricional (IMC)				
Não excesso de peso	54,8	50,4;59,2	66,3	62,8;69,8
Pré-obesidade	33,7	29,7;37,7	23,3	20,1;26,5
Obesidade	11,5	8,7;14,3	10,4	8,1;12,7
Consumo abusivo de bebida alcoólica^b				
Não	67,6	63,2;72,0	91,5	89,6;93,4
Sim	32,4	28,0;36,8	8,5	6,6;10,4
Tabagismo				
Nunca fumou	51,2	46,7;55,7	64,0	60,7;67,4
Ex-fumante	24,2	20,1;28,2	17,3	14,7;19,9
Fumante	24,6	20,7;28,5	18,7	15,9;21,4
Consumo de frutas, legumes e verduras (vezes/dia)				
≥ 5	18,4	14,7;22,1	24,1	21,2;27,0
3 a 4	32,6	28,7;36,6	43,6	40,2;47,0
1 a 2	33,3	29,1;37,5	25,3	22,3;28,2
< 1	15,6	12,1;19,2	7,1	5,2;9,0
Consumo de refrigerantes (vezes/semana)				
Raramente	31,7	27,7;35,7	41,4	38,1;44,8
1 a 2	28,8	24,5;33,1	34,5	31,1;37,8
≥ 3	39,5	35,1;43,9	24,1	21,1;27,0

Continua

Tabela 2 continuação

Variável	Masculino ^a (n=962)		Feminino ^a (n=1034)	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Consumo de leite integral				
Não	24,4	20,3;28,4	35,4	31,8;38,9
Sim	75,6	71,6;79,7	64,6	61,1;68,2
Consumo de carne ou frango com gordura				
Não	48,8	44,0;53,6	72,8	69,3;76,2
Sim	51,2	46,4;56,0	27,2	23,8;30,7

^a Ajustada para a população adulta total do município;^b Consumo de álcool ≥5 doses/dia pelo menos 1 vez no último mês;

referidas. No entanto, os indicadores de atividade física e sedentarismo e de consumo de alimentos e bebidas apresentaram boa reprodutibilidade e adequada validade em estudos com os participantes do SIMTEL/São Paulo,^{13,14} ainda que estes resultados não possam ser expandidos para Florianópolis ou outras cidades, principalmente pelas diferenças regionais e culturais. Terceiro, os achados do presente estudo provêm de pesquisa com delineamento transversal, apropriados para hipóteses de associações ou de co-ocorrência de comportamentos. Os dados não fornecem informações sobre a forma como comportamentos associados operam para influenciar a saúde. Os fatores de risco e desfecho foram vistos em um mesmo momento e o viés de causalidade reversa para os fatores comportamentais não poder ser eliminado. A metodologia utilizada não permite afirmar se, por exemplo, o hábito de fumar, o não consumo de bebida alcoólica, a baixa frequência de consumo de frutas, legumes e verduras e/ou o consumo de leite integral precede a inatividade física.

Os aspectos positivos do estudo referem-se aos procedimentos de amostragem e ao treinamento dos entrevistadores para a padronização das entrevistas, submetidas a rigoroso controle de qualidade.

A prevalência de inatividade física no lazer encontrada no presente estudo (54,6% no geral; 47,3% para homens; 61,4% para mulheres), foi menor do que a encontrada pelo SIMTEL/Goiânia (66,5% no geral; 53,2% para homens; 67,1% para mulheres).¹⁷

As questões relativas à atividade física no questionário SIMTEL apresentam diferenças em relação a outros questionários, limitando as comparações com as frequências de inatividade física no lazer obtidas em outras pesquisas populacionais no Brasil. A maioria dos estudos de larga escala conduzidos no Brasil com a população adulta utilizou diferentes questionários e definições para inatividade física no lazer. Em pesquisa sobre padrões de vida, conduzida no nordeste e sudeste em 1996–1997, incluindo pessoas com 20 anos ou

Tabela 3. Razões de prevalência bruta e ajustada do modelo hierárquico para associação entre inatividade física no lazer, fatores sociodemográficos e de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis para o sexo masculino. Florianópolis, SC, 2005.

Variável	n	IFL(%)	RP	Análise bruta		Análise ajustada		
				IC 95%	p	RP	IC 95%	p
1º Nível^a								
Faixa etária (anos)						0,000		0,000
18-24	210	31,9	1				1	
25-34	240	38,3	1,19	0,81;1,77			1,09	0,72;1,65
35-44	214	54,2	1,69	1,19;2,41			1,51	1,05;2,17
45-54	150	56,7	1,77	1,21;2,59			1,55	1,06;2,28
55 e +	148	63,5	1,99	1,40;2,83			1,90	1,32;2,75
Cor da pele						0,723		
Branca	616	46,6	1					
Não branca	346	48,3	1,04	0,84;1,28				
Anos de escolaridade						0,000		0,000
12 e +	293	37,5	1				1	
9 a 11	280	38,2	1,02	0,81;1,27			1,09	0,87;1,36
5 a 8	194	51,5	1,37	1,05;1,77			1,48	1,15;1,90
0 a 4	196	70,4	1,88	1,45;2,43			1,66	1,30;2,13
Estado civil						0,000		0,538
Solteiro, viúvo ou separado	367	36	1				1	
Casado	596	54,2	1,51	1,21;1,88			1,08	0,85;1,35
Trabalho						0,003		0,001
Sim	757	50,7	1				1	
Não	206	34,5	0,68	0,52;0,88			0,67	0,51;0,88
2º Nível^a								
Estado nutricional (IMC)						0,360		
Não excesso de peso	506	44,6	1					
Sobrepeso	311	40,5	0,93	0,75;1,15				
Obesidade	106	57,5	1,25	0,96;1,61				
Consumo abusivo de bebida alcoólica ^b						0,001		0,020
Não	651	53,5	1				1	
Sim	312	34,4	0,64	0,50;0,82			0,72	0,55;0,95
Tabagismo						0,002		0,019
Nunca fumou	493	42,4	1				1	
Ex-fumante	233	44,6	1,05	0,82;1,36			0,79	0,60;1,05
Fumante	237	59,9	1,41	1,16;1,73			1,20	0,93;1,55
Consumo de frutas, legumes e verduras (vezes/dia)						0,064		0,204
≥ 5	177	40,7	1				1	
3 a 4	314	45,5	1,12	0,83;1,53			1,21	0,90;1,62
1 a 2	321	48,9	1,21	0,89;1,65			1,19	0,89;1,60
Consumo de refrigerantes (vezes/semana)						0,468		
Raramente	305	50,8	1					
1 a 2	277	46,9	0,93	0,73;1,18				
≥ 3	380	47,2	0,88	0,71;1,08				

Continua

Tabela 3 continuação

Variável	n	IFL(%)	Análise bruta			Análise ajustada		
			RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
2º Nível ^a								
Consumo de leite integral					0,018			0,052
Não	176	33,0	1			1		
Sim	546	47,8	1,46	1,07;1,99		1,36	1,00;1,85	
Consumo de carne ou frango com gordura					0,002			0,170
Não	555	38,7	1			1		
Sim	316	55,1	1,12	1,12;1,69		1,18	0,93;1,49	

IMC: Índice de massa corporal.

IFL: Inatividade física no lazer

^a Ajustada para população adulta total do município;

^b Consumo abusivo de bebida alcoólica ≥ 5 doses/dia pelo menos 1 vez no último mês.

mais, 87% relataram não realizar atividade física no lazer (definida como 30 minutos ou mais de exercícios físicos ou esportes pelo menos uma vez por semana).¹¹ No município do Rio de Janeiro (RJ), em 1996, a frequência de inatividade física no lazer (não realizar atividade física regular ou esportes no mês anterior à entrevista) em homens e mulheres com 12 anos ou mais foi de 59,8% e de 77,8%, respectivamente.⁴ Em Salvador (BA), no ano 2000, a prevalência de inatividade física no lazer (não participar de atividades físicas nos momentos de lazer, em uma semana habitual) em homens e mulheres entre 20 e 94 anos, foi de 60,4% e de 82,7%, respectivamente.¹⁸ Em Pelotas (RS) em 2003, a prevalência de inatividade física no lazer em homens e mulheres com 20 anos ou mais (avaliada por meio da forma longa do *International Physical Activity Questionnaire* e definida como escore = zero minuto por semana) foi de 49,8% e de 64,4%, respectivamente.⁵

As associações entre inatividade física no lazer e fatores sociodemográficos encontradas no presente estudo confirmam os achados de outros estudos no Brasil^{1,4,5,11} e nos Estados Unidos (EUA),⁸ onde os indivíduos com mais idade e menos anos de escolaridade apresentaram maior prevalência de inatividade. A associação de inatividade física no lazer com a faixa etária, somente entre os homens, também foi relatada para o município de Pelotas, em pesquisa conduzida em 2003.¹ No presente estudo, em ambos os sexos não foi encontrada associação entre inatividade física no lazer e cor da pele, e entre inatividade física no lazer com pré-obesidade e obesidade, em concordância com o estudo realizado em Pelotas.⁵

Observou-se uma associação inversa entre inatividade física no lazer e o consumo de bebidas alcoólicas, com prevalência de inatividade superior (53,5%) entre os homens que referiram não ingerir álcool de forma abusiva em comparação aos que relatavam consumo abusivo (34,4%). Esse comportamento, também

relatado em outros estudos com trabalhadores da indústria catarinense² e no *Behavioral Risk Factor System* nos EUA,¹⁵ configura um padrão de estilo de vida em que fatores de risco e proteção coexistem com a prática de atividade física no lazer. Parte da explicação desse achado pode ser pela presença de fator de confusão residual não mensurado no presente estudo e, consequentemente, não controlado na análise. Por exemplo, num estudo realizado na Suécia (*The Malmö Diet and Cancer Study*) foi observado que os indivíduos com baixos níveis de atividade física no lazer relatavam menor participação em atividades sociais (festas, reuniões, esportes coletivos) em relação aos de maior nível.⁷ Futuras pesquisas poderiam investigar se os inativos no lazer estariam menos expostos a ambientes facilitadores do consumo de bebida alcoólica. Achados da Pesquisa sobre Padrões de Vida¹¹ mostraram que os homens brasileiros praticam mais atividades em grupo (futebol, voleibol, basquetebol) do que as mulheres. Entre os homens brasileiros, a prática de atividade física no lazer está mais relacionada ao gosto e ao prazer do que a preocupações com a saúde.^{1,11}

Por outro lado, a associação entre trabalho e inatividade física no lazer, mostrando maior prevalência de inatividade entre os que trabalham em comparação com os que não trabalham, é mais facilmente explicada pelo fator falta de tempo disponível para o lazer, relatado com frequência como uma barreira à prática de exercícios físicos ou esportes.

Associações similares da atividade física no lazer com os hábitos alimentares foram observadas em estudos conduzidos nos EUA^{3,9,15} e países europeus.^{10,16,20} A prática de atividade física no lazer foi associada à maior frequência de consumo de frutas, suco de frutas, legumes e verduras, e ao decréscimo do consumo de gorduras totais e saturadas^{3,9,10,15,21} e hábitos alimentares mais saudáveis no café da manhã.^{10,16}

Tabela 4. Razões de prevalência bruta e ajustada no modelo hierárquico para associação entre inatividade física no lazer, fatores sociodemográficos e de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis para o sexo feminino. Florianópolis, SC, 2005.

Variável	n	IFL(%)	RP	Análise bruta		Análise ajustada		
				IC 95%	p	RP	IC 95%	p
1º Nível								
Faixa etária (anos)								
18-24	190	60,0	1					0,653
25-34	246	64,6	1,08	0,91;1,28				
35-44	236	63,6	1,06	0,89;1,27				
45-54	168	54,8	0,91	0,73;1,14				
55 e +	194	62	1,03	0,85;1,25				
Cor da pele								0,715
Branca	709	60,9	1					
Não branca	324	62,3	1,02	0,91;1,16				
Anos de escolaridade								0,000
12 e +	279	47,7	1			1		
9 a 11	324	59,9	1,25	1,09;1,44		1,27	1,11;1,45	
5 a 8	208	65,4	1,37	1,15;1,62		1,40	1,18;1,66	
0 a 4	224	76,8	1,60	1,39;1,85		1,70	1,47;1,98	
Estado civil								0,423
Solteiro, viúvo, ou separado	480	60,0	1					
Casado	554	62,6	1,05	0,94;1,16				
Trabalho								0,11
Sim	597	63,8	1			1		
Não	437	58,1	0,91	0,82;1,02		0,83	0,75;0,93	0,002
2º Nível								
Estado nutricional (IMC)								0,109
Não excesso de peso	617	57,5	1			1		
Sobrepeso	217	60,8	1,06	0,92;1,22		1,09	0,94;1,27	
Obesidade	97	67,0	1,16	0,96;1,39		1,18	0,94;1,49	
Consumo abusivo de bebida alcoólica ^a								0,749
Não	946	61,5	1					
Sim	88	59,8	0,97	0,80;1,17				
Tabagismo								0,595
Nunca fumou	662	60,1	1					
Ex-fumante	179	63,1	1,05	0,91;1,21				
Fumante	193	63,7	1,06	0,93;1,22				
Consumo de frutas, legumes e verduras (vezes/dia)								0,000
≥ 5	249	51,0	1			1		
3 a 4	451	60,5	1,19	1,02;1,39		1,23	1,05;1,45	
1 a 2	262	67,2	1,32	1,12;1,56		1,34	1,12;1,60	
< 1	73	80,8	1,59	1,27;1,99		1,46	1,04;2,05	
Consumo de refrigerantes (vezes/semana)								0,055
Raramente	428	57,5	1			1		
1 a 2	356	61,8	1,07	0,95;1,22		0,99	0,85;1,16	0,344
≥ 3	249	67,5	1,17	1,03;1,33		1,09	0,93;1,27	

Continua

Tabela 4 continuação

Variável	n	IFL(%)	RP	Análise bruta		Análise ajustada		
				IC 95%	p	RP	IC 95%	p
2º Nível								
Consumo de leite integral						0,000		0,000
Não	289	45,3	1				1	
Sim	529	70,32	1,55	1,34;1,80			1,37	1,19;1,58
Consumo de carne ou frango com gordura						0,003		0,729
Não	629	59,9	1				1	
Sim	235	71,5	1,20	1,06;1,34			1,03	0,88;1,21

IMC: Índice de massa corporal.

IFL: Inatividade física no lazer

^aConsumo abusivo de bebida alcoólica ≥ 5 doses/dia pelo menos 1 vez no último mês.

Os achados do presente estudo confirmam os dados de outras pesquisas de base populacional, conduzidos por meio de inquéritos telefônicos ou de entrevistas domiciliares, em que a prevalência de inatividade física no lazer tende a se integrar a comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis, tais como o tabagismo (entre os homens) e a um padrão alimentar menos saudável, especialmente entre as mulheres. Outros fatores não investigados no presente estudo – tais como o preço dos alimentos saudáveis (por exemplo, das frutas, legumes e verduras), o poder aquisitivo e o contexto ambiental em que as pessoas vivem – poderiam auxiliar na interpretação das associações entre padrões não saudáveis de alimentação e inatividade física no lazer.

Em conclusão, os resultados do presente estudo indicaram que uma maior probabilidade de inatividade

física no lazer foi observada entre as mulheres com nível de escolaridade inferior a 12 anos de estudo, que trabalhavam e que relatavam consumo de frutas, legumes e verduras com frequência inferior a cinco vezes por dia e consumo de leite integral. Entre os homens, uma maior probabilidade de inatividade física no lazer foi associada ao aumento da faixa etária, à diminuição do nível de escolaridade e ao fato de trabalharem; uma menor probabilidade de inatividade foi associada ao relato de consumo abusivo de bebida alcoólica.

Dados com essa abrangência e como parte de um sistema de vigilância de fatores de risco à saúde podem estimular o desenvolvimento de ações específicas para promoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis na população adulta.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo MR, Araújo CL, Reichert FF, Siqueira FV, Silva MC, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health*. 2007;52(1):8-15. DOI: 10.1007/s00038-006-5062-1
2. Barros MVG, Nahas MV. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Rev Saude Publica*. 2001;35(6):554-63. DOI: 10.1590/S0034-89102001000600009
3. Gillman MW, Pinto BM, Tennstedt S, Glanz K, Marcus B, Friedman RH. Relationships of physical activity with dietary behaviors among adults. *Prev Med*. 2001;32(3):295-301. DOI: 10.1006/pmed.2000.0812
4. Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):969-76. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400031
5. Hallal PC, Reichert FF, Siqueira FV, Dumith SC, Bastos JP, Silva MC, et al. Correlates of leisure-time physical activity differ by body-mass-index status in Brazilian adults. *J Phys Act Health*. 2008;5(4):571-8.
6. Haskell LW, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1081-93. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185649
7. Lindström M, Hanson BS, Ostergren PO. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior. *Soc Sci Med*. 2001;52(3):441-51. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00153-2
8. Marshall SJ, Jones DA, Ainsworth BE, Reis JP, Levy SS, Macera CA. Race/ethnicity, social class, and leisure-time physical inactivity. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39(1):44-51. DOI: 10.1249/01.mss.0000239401.16381.37
9. Matthews CE, Hebert JR, Ockene IS, Saperia G, Merriam PA. Relationship between leisure-time physical activity and selected dietary variables in the Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia. *Med Sci Sports Exerc*. 1997;29(9):1199-207. DOI: 10.1097/00005768-199709000-00013
10. Mensink GB, Loose N, Oomen CM. Physical activity and its association with other lifestyle factors. *Eur J Epidemiol*. 1997;13(7):771-8. DOI: 10.1023/A:1007474220830
11. Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bensenor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Pan Saude Publica*. 2003;14(4):246-54. DOI: 10.1590/S1020-49892003000900005
12. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis por meio de entrevistas telefônicas. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):47-57. DOI: 10.1590/S0034-89102005000100007
13. Monteiro CA, Florindo AA, Claro RM, Moura EC. Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):575-81. DOI: 10.1590/S0034-89102008000400001
14. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Claro RM. Validade de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):582-9. DOI: 10.1590/S0034-89102008000400002
15. Mukamal KJ, Ding EL, Djoussé L. Alcohol consumption, physical activity, and chronic disease risk factors: a population-based cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2006;6:118. DOI: 10.1186/1471-2458-6-118
16. Oppert JM, Thomas F, Charles MA, Benetos A, Basdevant A, Simon C. Leisure-time and occupational physical activity in relation to cardiovascular risk factors and eating habits in French adults. *Public Health Nutr*. 2006;9(6):746-54. DOI: 10.1079/PHN2005882
17. Peixoto MRG, Monego ET, Alexandre VP, Souza RG, Moura EC. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(6):1323-33. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000600013
18. Pitanga FJ, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saude Publica*. 2005;21(3):870-7. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300021
19. Sofi F, Capalbo A, Marcucci R, Gori AM, Fedi S, Macchi C, et al. Leisure time but not occupational physical activity significantly affects cardiovascular risk factors in an adult population. *Eur J Clin Invest*. 2007;37(12):947-53. DOI: 10.1111/j.1365-2362.2007.01884.x
20. Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Barber X, Argilaga S, Agudo A. Physical sports activity during leisure time and dietary intake of foods and nutrients in a large Spanish cohort. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*. 2003;13(1):47-64.
21. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7. DOI: 10.1093/ije/26.1.224
22. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO Consultation of Obesity. Geneva; 1998.
23. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva; 2004. [Fifty-Seventh World Health Assembly, WHA 57.17]