

Fatores associados à atividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas de um município do nordeste do Brasil

Factors associated with leisure-time physical activity among residents of urban areas from a municipality in northeastern Brazil

Saulo Vasconcelos Rocha ¹
Maura Maria Guimarães de Almeida ²
Tânia Maria de Araújo ²
Jair Sindra Virtuoso Júnior ³

Resumo – O estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à atividade física no lazer entre residentes em áreas urbanas. Estudo epidemiológico de corte transversal com amostra representativa da população urbana de Feira de Santana, Bahia, Brasil, de 15 anos ou mais de idade. A amostra foi constituída por 3.597 indivíduos, 71,4% do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino. Foi utilizado um questionário contendo informações sociodemográficas, doenças referidas e prática de atividade física no lazer. Foram estimadas as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança a 95%. Adotou-se nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$). Encontrou-se uma frequência de 27,7% de indivíduos considerados ativos no lazer. A análise dos dados revelou que características sociodemográficas (sexo, renda e escolaridade) estavam associadas à maior frequência de atividade física. A população do município de Feira de Santana apresenta uma elevada frequência de indivíduos inativos no lazer, principalmente, entre as mulheres, pessoas de baixa renda e entre aqueles com menor escolaridade. Estes achados fomentam a discussão sobre a necessidade de implementação de políticas públicas de saúde e a criação de espaços de prática do lazer ativo.

Palavras-chave: Saúde da população urbana; Atividade motora; Atividades de lazer.

Abstract – The objective of this study was to analyze factors associated with leisure-time physical activity among residents of urban areas. A cross-sectional epidemiological study was conducted on a representative sample of the urban population of Feira de Santana, Bahia, Brazil, aged 15 years or older. The sample consisted of 3,597 subjects, including 71.4% females and 28.6% males. A questionnaire containing sociodemographic data, self-reported diseases, and leisure-time physical activity was applied. Prevalence ratios and 95% confidence intervals were calculated, adopting a level of significance of $p \leq 0.05$. The frequency of subjects considered to be active during leisure time was 27.7%. Sociodemographic characteristics (gender, income, and educational level) were associated with a higher frequency of physical activity. In conclusion, the frequency of leisure-time inactivity was high in the population from the municipality of Feira de Santana, especially among women, low-income subjects, and subjects with low educational level. These findings contribute to the discussion about the need to implement public health policies and to create spaces for active leisure-time activity.

Key words: Leisure activity; Motor activity; Urban health.

1. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Núcleo de Estudos em Saúde da População. Jequié, BA. Brasil

2. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA. Brasil

3. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG. Brasil

Recebido em 22/09/10
Revisado em 18/01/11
Aprovado em 23/02/11



INTRODUÇÃO

A atividade física pode ser entendida como um atributo essencial ao ser humano, destacando-se como um fator de proteção frente a diversos agravos negativos à saúde, além de representar um tema interdisciplinar que desperta o interesse de pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, da mídia e da saúde pública.

A atividade física regular é um comportamento importante na vida das pessoas e apresenta um impacto significativo na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis. Do ponto de vista psicossocial, auxilia no controle do estresse, da ansiedade e dos sintomas depressivos, sendo responsável por atuar diretamente nos fatores psicológicos (distração, autoeficácia e interação social) e nos fatores fisiológicos (aumento da transmissão sináptica das endorfinas)¹. Rocha et al.² destacam que a participação em atividades físicas desenvolvidas no tempo livre favorece a socialização dos participantes, contribuindo para uma percepção mais otimista da qualidade de vida.

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde³, a inatividade física (tipo de comportamento em que os indivíduos não praticam qualquer atividade física no lazer, não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas), é responsável por quase dois milhões de mortes, por 22% dos casos de doença isquêmica do coração e por 10% a 16% dos casos de diabetes e de cânceres de mama, cólon e reto.

Estudos de base populacional indicam que a prevalência de inatividade física geral (incluindo todos os domínios da atividade física: lazer, ocupação, deslocamento e exercício) em adultos no Brasil chega a 29,6%⁴ e 31,8%⁵. Quando se considera apenas o domínio do lazer, a prevalência de inatividade física aumenta, variando entre 65,4%⁶ e 72,6%⁷.

O sedentarismo ou inatividade física no lazer está associado à hipertensão arterial e diabetes⁷, ao aumento do número de internações hospitalares⁸, é mais prevalente em mulheres⁶, idosos⁵ e em pessoas de baixa escolaridade⁷.

O aumento do número de pessoas inativas fisicamente é um problema de saúde pública e, como mencionado anteriormente, esse problema se agrava quando se analisa separadamente a dimensão do lazer. Neste sentido, os desafios e as necessidades sociais da população brasileira fomentaram a necessidade de maior conhecimen-

to sobre os aspectos envolvidos na realização das atividades físicas (elementos que as promovem ou as dificultam), gerando no campo da Saúde Coletiva o reconhecimento de que existe uma urgência em se discutir assuntos referentes ao Corpo e ao Lazer⁹.

O conhecimento sobre as atividades físicas no lazer e seus determinantes poderá servir de base para o gerenciamento de atividades de incentivo à prática de atividades físicas no tempo livre em populações, produzindo, assim, informações úteis para a elaboração de políticas públicas de prevenção de morbidades físicas e mentais.

Com base no exposto, o propósito dessa investigação foi analisar os fatores associados à atividade física no lazer entre residentes em áreas urbanas de um município do nordeste do Brasil.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizado um estudo de corte transversal de caráter exploratório no município de Feira de Santana, localizada a 116 km de Salvador, capital da Bahia, Região Nordeste do Brasil, no período de abril a setembro de 2007.

O município de Feira de Santana é a segunda maior cidade do Estado da Bahia e a 31ª do País. Está localizada na região da zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semiáridos do nordeste baiano, com população, estimada, em 2006, de 535.820 habitantes¹⁰.

A seleção das áreas de estudo foi realizada por amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimentos aleatórios, com base em dados censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰, tendo o domicílio como unidade amostral.

Como o estudo foi delineado para avaliação da situação de saúde mental da população com 15 anos ou mais de idade, foram adotados procedimentos de amostragem considerando-se as estimativas relativas à morbidade psíquica. A amostra foi obtida assumindo-se uma prevalência estimada de transtornos mentais comuns de 25%, erro amostral de 3% e nível de confiança de 95%. Assumindo-se esses parâmetros, estabeleceu-se amostra de 800 indivíduos. Considerando-se o efeito do desenho do estudo (amostragem por conglomerado), dobrou-se o tamanho da amostra, que subiu para um total de 1.600 pessoas. Admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%, definiu-se o tamanho da amostra em 1.920 indivíduos.

Para a seleção da amostra, foram adotados os seguintes procedimentos: determinação da repre-

sentação percentual da população por subdistrito da zona urbana; definição de percentual na amostra de cada subdistrito, a partir dos dados de população residente em cada subdistrito; listagem dos setores censitários em cada subdistrito; seleção aleatória dos setores censitários que foram incluídos na amostra em cada subdistrito; seleção aleatória das ruas incluídas na amostra em cada setor censitário; todos os domicílios nas ruas sorteadas foram incluídos na amostra; todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados elegíveis, compondo a amostra do estudo. Para reduzir o percentual de perdas, realizou-se até três visitas por domicílio.

Os dados foram coletados por meio de um questionário, aplicado aos moradores elegíveis dos domicílios sorteados. O instrumento continha informações sociodemográficas, doenças autorreferidas, participação e tempo destinados a atividades de lazer, prática de atividades físicas e condição da saúde mental.

As variáveis condições clínicas (diabetes, hipertensão, colesterol elevado, obesidade e cardiopatia) foram obtidas de forma autorreferida e avaliadas por meio de questões dicotômicas do tipo “sim” ou “não”.

Para avaliação da atividade física no lazer, foi questionado se os indivíduos participavam regularmente de atividades físicas no momento de lazer, qual o tipo e a classificação da intensidade da atividade: leve, moderada ou pesada. Foram considerados ativos no lazer aqueles entrevistados que classificaram seu esforço físico no lazer como esforços de intensidade moderada (caminhar, andar de bicicleta, aula de dança ou atividade física por, pelo menos, 2 horas semanais) ou pesada (correr, fazer ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física por, pelo menos, 4 horas semanais). Inativos no lazer foram classificados aqueles que referiam não participar de atividades físicas ou participar de atividades físicas leves (jogo de baralho, jogo de xadrez ou dominó, caminhada leve por menos de 2 horas semanais) durante o lazer. O procedimento adotado para definição de ativos e inativos foi semelhante ao de outros estudos encontrados na literatura¹¹⁻¹³.

Para a confecção do banco e análise dos dados, foram utilizados os pacotes estatísticos SPSS (versão 9.0) e o R 2.6.1.

Inicialmente, foi feita análise descritiva, considerando variáveis sociodemográficas e condições clínicas, com a finalidade de apresentar o perfil da população estudada.

A frequência da atividade física no lazer foi estimada e estratificada segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, renda, nível de escolaridade e situação conjugal) e condições clínicas (diabetes, hipertensão, colesterol elevado, obesidade e cardiopatia).

Foram calculadas razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança a 95%. Para avaliação da medida de significância estatística, utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson, adotando $\alpha=5\%$.

Para avaliação simultânea dos fatores incluídos no estudo, foi realizada análise de regressão logística múltipla (ARLM), com finalidade exploratória.

A ARLM foi conduzida segundo os procedimentos recomendados por Hosmer & Lemeshow¹⁴ incluindo as seguintes etapas: 1ª) Verificação de pressupostos; 2ª) Pré-seleção de variáveis básicas; 3ª) Pré-seleção de termos de interação; 4ª) Avaliação de confundimento - Para análise das variáveis potencialmente confundidoras, foi verificada a magnitude da variação dos coeficientes estimados e das respectivas ORs da variável de exposição principal (atividade física no lazer). A variável foi considerada confundidora quando o coeficiente de exposição principal apresentou variação superior a 10%; 5ª) Análise de regressão logística propriamente dita. A regressão logística adotou procedimento backward para a seleção do melhor modelo. Permaneceram no modelo as variáveis que estivessem associadas à resposta, ou seja, as que apresentarem ($p \leq 0,25$). A modificação de efeito foi analisada por meio do teste de razão da verossimilhança, adotando o nível de significância de 20%. O modelo completo incluiu as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, renda, escolaridade, situação conjugal) e condições clínicas (diabetes, colesterol elevado, obesidade, hipertensão arterial e cardiopatias).

Em função de a ARLM ter sido desenvolvida para uso em estudos de caso-controle, produzindo medidas de OR e não de RP, não tem sido recomendado o uso de estimativas de OR, obtida na ARLM, para estudo de efeitos de elevada frequência, uma vez que, nesses casos, a OR superestima o efeito considerado. Como a frequência de atividade física no lazer estimada foi superior a 25%, foi necessário proceder-se ao cálculo das estimativas de RP. Com base nos parâmetros do modelo final, foram estimadas as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança, utilizando o Método Delta, programa desenvolvido especificamente para esse fim¹⁵.

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos presentes na Declaração de Helsinque e na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (Parecer nº 042/06) e os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A amostra estudada foi constituída de 3.597 indivíduos com idade de 15 anos ou mais, residentes em áreas urbanas do município de Feira de Santana.

As características da amostra encontram-se na Tabela 1. Observa-se maior percentual de mulheres (71,4%). A faixa etária entre 15 e 29 anos (38,9%) e o grupo dos casados ou em união estável (48,7%) foram os grupos predominantes. Em relação à condição de renda e educação, 81,7% ganhavam até um salário mínimo e 47,2% haviam cursado o ensino fundamental.

Tabela 1. Distribuição dos residentes em áreas urbanas segundo aspectos sociodemográficos, Feira de Santana, BA, 2007

Variável	Frequências	
	n	%
Sexo		
Feminino	2.569	71,4
Masculino	1.028	28,6
Idade		
15-29	1.400	38,9
30-49	1.197	33,3
50-69	770	21,4
70 e mais	230	6,4
Situação conjugal		
Solteiro(a)	1.305	36,4
Casado(a)/União estável	1.743	48,7
Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)	248	6,9
Viúvo (a)	285	8,0
Escolaridade		
Nunca foi a escola/Lê e escreve	240	6,7
Ensino Fundamental	1.692	47,2
Ensino Médio/ Ensino Superior	1.656	46,2
Renda		
1 ou menos de 1 SM	2.938	81,7
Mais de 1 SM	658	18,3

Entre as condições clínicas referidas pelos entrevistados, a maior prevalência foi observada para hipertensão arterial (24%) e para colesterol elevado (12,3%). A menor prevalência foi de cardiopatias (5,0%) (Tabela 2).

A frequência de participação em atividades físicas no lazer foi baixa: apenas 27,3% (n = 981) foram classificados como ativos no lazer. Portanto, 72,7% da população estudada foi classificada como inativa nas atividades de lazer. Os dados Tabela 3 descrevem a associação entre atividade física no lazer e características sociodemográficas. A frequência de prática de atividade física no lazer foi maior entre os indivíduos do sexo masculino, de faixas etárias mais jovens, com renda maior que um salário mínimo, com maiores níveis de escolaridade e entre os solteiros (Tabela 3).

Os indivíduos que referiram não serem portadores das condições clínicas investigadas (diabetes, colesterol elevado, obesidade, hipertensão arterial e cardiopatias) foram mais ativos nas atividades de lazer, quando comparados aos portadores de alguma condição clínica (Tabela 4).

Na análise multivariada, para avaliação simultânea de todos os fatores analisados no estudo, foram retidas no modelo final obtido as seguintes variáveis: sexo, renda e escolaridade. Portanto, estas variáveis estavam associadas à prática de atividade física a níveis estatisticamente significantes (Tabela 5).

Tabela 2. Distribuição dos residentes em áreas urbanas segundo condições clínicas, Feira de Santana, BA, 2007

Variável	Frequências	
	n	%
Hipertensão arterial		
Não	2731	76,0
Sim	862	24,0
Colesterol elevado		
Não	3150	87,7
Sim	442	12,3
Obesidade		
Não	3306	92,0
Sim	288	8,0
Diabetes		
Não	3426	95,3
Sim	169	4,7
Cardiopatias		
Não	3414	95,0
Sim	180	5,0

Tabela 3. Prática de atividades físicas no lazer segundo características sociodemográficas, Feira de Santana, BA, 2007.

Variável	Prev. (%)	RP	IC (95%)	Valor de p
Sexo				
Masculino	46,8	1,00	-	<0.0001
Feminino	19,5	0,41	0,37-0,46	
Faixa etária				
15-29	32,9	1,00	-	<0.0001
30-49	25,6	0,77	0,68-0,88	
50 ou mais	21,3	0,64	0,56-0,74	
Renda				
> 1 salário mínimo mensal	42,1	1,00	-	<0.0001
≤ 1 salário mínimo mensal	24,0	0,57	0,51-0,63	
Escolaridade				
Nunca foi a escola/lê e escreve	12,1	1,00	-	<0.0001
Fundamental I/ Fundamental II	23,9	0,92	0,89-0,95	
Ensino Superior	33,0	0,88	0,85-0,91	
Situação conjugal				
Casado/união estável	18,3	1,00	-	< 0.0001
Divorçado/desquitado/viúvo	25,3	0,92	0,87-0,96	
Solteiro	33,4	0,82	0,77-0,86	

Prev.= prevalência; RP: Razão de prevalência; IC= Intervalo de Confiança.

Tabela 4. Frequência de prática de atividades físicas no lazer segundo condições clínicas, Feira de Santana, BA, 2007

Variável	Prev. (%)	RP	IC (95%)	Valor de p
Diabetes				
Não*	27,8	1,00	-	0.001
Sim	16,0	1,74	1,22-2,47	
Colesterol elevado				
Não*	28,3	1,00	-	<0,001
Sim	20,1	1,40	1,15-1,70	
Obesidade				
Não*	27,9	1,00	-	0.007
Sim	20,5	1,36	1,07-1,72	
Hipertensão arterial				
Não*	29,4	1,00	-	< 0.001
Sim	20,6	1,42	1,23-1,64	
Cardiopatia				
Não*	27,9	1,00	-	0.001
Sim	16,5	1,67	1,20-2,32	

Prev.= prevalência; RP= Razão de prevalência; IC= Intervalo de Confiança

* Grupo de referência.

Tabela 5. Razões de prevalências ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança (95%) entre características estudadas e atividade física no lazer obtidas na análise de regressão logística múltipla.

Variável	RP	IC (95%)
Sexo		
Masculino*	1,00	-
Feminino	0,33	0,26- 0,36
Faixa etária		
15-29*	1,00	-
30-49	0,81	0,65 - 1.00
50 ou mais	0,81	0,61 - 1,06
Renda		
≤ 1 salário mínimo mensal	1,00	-
Mais de 1 salário mínimo mensal*	0,55	0,45 - 0,68
Escolaridade		
Nunca foi à escola/Lê e escreve *	1,00	-
Fundamental I/Fundamental II	0,74	0,62 - 0,88
Ens. Médio/Ens. Superior	0,45	0,23 - 0,89
Situação conjugal		
Casado/união estável	1,00	-
Divorçado/desquitado/viúvo	0,79	0,65 - 0,97
Solteiro	0,75	0,55 - 1,05
Diabetes		
Não*	1,00	-
Sim	1,37	0,86- 2,17
Colesterol elevado		
Não*	1,00	-
Sim	0,89	0,67 - 1,19
Obesidade		
Não*	1,00	-
Sim	1,19	0,86 - 1,66
Hipertensão arterial		
Não*	1,00	-
Sim	1,04	0,82 - 1,30
Cardiopatias		
Não*	1,00	-
Sim	1,34	0,87 - 2,07

RP: Razão de prevalência; IC= Intervalo de Confiança

* Grupo de referência

DISCUSSÃO

O aumento das doenças associadas ao comportamento sedentário ou hipocinético tem sensibilizado os pesquisadores para conduzirem investigações para identificar aspectos relacionados a esse tipo de comportamento, principalmente em países em desenvolvimento.

No presente estudo, percentual elevado da população foi classificado como inativo nas atividades de lazer (quase ¾ da população estudada).

Estudos^{13,16} indicam que grande parcela da população não atinge as recomendações atuais quanto à prática de atividades físicas. Ao avaliar apenas as atividades físicas realizadas no tempo de lazer, os pesquisadores têm detectado prevalências de inatividade física ainda mais elevadas^{13,17,18}.

Com o crescimento das cidades, houve diminuição dos espaços disponíveis para a prática de atividade física e de lazer. Este fato, atrelado a problemas sociais como a violência urbana, as elevadas jornadas de trabalho e as facilidades tecnológicas, favorecem a adoção de hábitos sedentários.

A prevalência de inatividade física em adultos detectada neste estudo (72,7%) foi superior à encontrada nas pesquisas anteriores. Siqueira et al.⁵ identificaram que a prevalência de sedentarismo era maior na região nordeste (39%), quando comparada à região sul (24%), utilizando como instrumento de avaliação o *International Physical Activity Questionary – IPAQ short version*.

Outros dois estudos utilizaram questões dicotômicas para avaliar a prevalência de inatividade física e/ou sedentarismo no lazer, como foi feito neste estudo. Zanchetta et al.⁶, em levantamento realizado entre a população de 18 a 59 anos, residentes no estado de São Paulo, identificaram uma prevalência de inatividade física no lazer de 65,4%. Pitanga e Lessa⁷ detectaram uma prevalência de sedentarismo no lazer de 72,5% entre adultos residentes no município de Salvador–BA. Portanto, a prevalência de inatividade física no lazer observada neste estudo foi similar a encontrada em outros estudos com emprego de metodologia semelhante.

Duas categorias podem influenciar os padrões de atividade física; as características individuais, incluindo motivações, autoeficácia, habilidades motoras e outros comportamentos de saúde; e as características ambientais, como o acesso ao trabalho ou espaços de lazer, custos, barreiras de disponibilidade temporal e suporte sócio-cultural¹⁹.

Após a análise de regressão logística, as características sociodemográficas (sexo, renda e escolaridade) mantiveram-se associadas à atividade física no lazer. Indivíduos com mais anos de escolarização e maior nível de renda apresentam um maior nível de atividade física^{17,20}. A escassez de programas de atividades físicas e de atividades de lazer oferecidos pelo poder público, assim como a precariedade dos espaços públicos de lazer existentes na maioria dos centros urbanos brasileiros, podem ser barreiras importantes para a adoção de um estilo de vida ativo entre a população do município estudado. A prática de atividade física também é influenciada

pelas relações de gênero. Os homens são mais ativos do que as mulheres^{20,23} principalmente no tempo livre e no trabalho²⁴, o que corrobora os achados do presente estudo. A mulher por estar exposta à dupla jornada de trabalho acaba por ter o seu tempo de lazer reduzido, o que pode restringir a prática de atividade física no tempo livre²⁵.

A associação da atividade física e os indicadores sócioeconômicos têm despertado interesse de pesquisadores. No que concerne a dimensão do lazer, os estudos^{20,26} demonstram que as pessoas com rendas maiores são mais ativas no lazer. Os segmentos mais desfavorecidos da população teriam menos tempo disponível para a participação de atividades físicas no tempo livre, já que essas pessoas tendem a morar distante do local de trabalho, gastando mais tempo para o deslocamento. Além disso, indivíduos com rendas menores tendem a acumular um número maior de empregos e fazer mais horas extras para compensar a baixa renda, reduzindo, assim, seu tempo livre²⁶. Outro aspecto a ser destacado é a escassez de espaços e atividades de lazer disponibilizadas no âmbito público.

O presente estudo evidenciou a associação entre atividade física no lazer a escolaridade, corroborando os resultados de outras pesquisas realizadas no Brasil^{20, 27} e em outros países^{28,29}. Hallal et al.³⁰ destacam que indivíduos adultos com melhores níveis educacionais têm maior acesso ao conhecimento e de condições materiais de vida que favorecem a adoção de práticas e hábitos saudáveis.

Akke et al.²³ destacam que a atividade física é um importante modificador de risco para o desenvolvimento de problemas crônicos de saúde como: doenças coronarianas, diabetes, hipertensão e obesidade. Contudo, no presente estudo não foram encontradas associações estatisticamente significante entre atividade física no lazer e presença de doenças crônicas. No entanto, como o desenho de estudo foi transversal, avaliando-se as condições existentes (presença de morbidade e atividade física no lazer) em um único ponto do tempo, não pode ser estabelecido se foi a presença de uma doença que ocasionou a interrupção das atividades físicas, ou se a existência da doença levou a diminuição da prática regular de atividades físicas no tempo livre. A realização de estudos longitudinais poderá dar respostas mais satisfatórias sobre a relação entre desenvolvimento de doença crônica e atividade física.

Os resultados aqui obtidos devem ser avaliados com cautela em função de possíveis limitações do estudo. Dentre essas limitações, cabe considerar, como já mencionado, aquelas relativas ao tipo de

desenho de estudo utilizado, corte transversal, que avalia simultaneamente variáveis relativas ao efeito de interesse e aos seus fatores associados. Portanto, não se pode descartar a hipótese de causa reversa, ou seja, não é possível identificar se a atividade física no lazer influenciaria os fatores associados ou vice-versa. O caráter transversal do estudo impossibilita análise de antecedência temporal.

Contudo, os resultados encontrados parecem suportar as evidências dos modelos explicativos de frequência de atividade física no lazer em grupos populacionais.

A distribuição da faixa etária na amostra estudada foi similar à composição da população com 15 anos ou mais de idade de Feira de Santana.

Apesar dessas limitações, o estudo avaliou um contingente expressivo de pessoas (N= 3.597), incluindo grupos populacionais de todos os sub-distritos do município estudado, o que permitiu estimar a frequência de atividade física no lazer, nesse município, e identificar os fatores associados à sua ocorrência.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu dimensionar a frequência de atividade física no lazer na população urbana de Feira de Santana, Bahia. Também favoreceu o conhecimento dos fatores associados à atividade física no lazer nessa população. Observou-se elevada prevalência de inatividade física no lazer, estimativas semelhantes a diversas regiões do país e a realidade de outros países. A prática de atividade física no lazer foi mais frequente entre os homens, entre aqueles com nível de renda mensal elevada e de maior escolaridade.

A construção de equipamentos de lazer (quadras, pistas para caminhada, campos de futebol, piscinas) e a formulação de programas de educação e saúde direcionados à mudança de comportamento e incentivo à adoção de estilo de vida ativo, poderá contribuir para o aumento do nível de atividade física da população.

O estabelecimento das ações preventivas pode ser pautado à luz de nossos achados, por intervenções que possam levar à maior integração social das pessoas com a realização de atividades de lazer ativo e por políticas públicas de melhor distribuição de renda e acesso e permanência à escola.

Os resultados obtidos representam informação útil para a gestão em saúde, sendo insumo para as políticas públicas de intervenção em saúde pública.

Agradecimentos

À Comissão de aperfeiçoamento de Pessoal (CA-PES) pela bolsa de mestrado concedida a Saulo Vasconcelos Rocha no período de realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peluso MAM, Andrade LHSG. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics* 2005;1(60):61-70.
2. Rocha SV, Tribess S, Virtuoso Júnior JS. Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres idosas com baixa condição econômica. *Rev Educ Fís/UEM* 2008;19(1):101-8.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Lisboa; 2002.
4. Lopes JA, Longo GZ, Peres KG, Boing AF, Arruda MP. Fatores associados à atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(4):689-98.
5. Siqueira FS, 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.
6. Zanchetta L, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, et al. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(3):387-99.
7. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Pública* 2005;21(3):870-7.
8. Pitanga FJG, Lessa I. Associação entre inatividade física no tempo livre e internações hospitalares em adultos na cidade de Salvador, Brasil. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2008;10(4):347-53.
9. Luz MT. Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudo Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais. São Paulo: Hucitec; 2007.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 1999/2000. Brasília; 2006.
11. Masson CR, Dias da Costa JS, Olinto MTA, Meneghel S, Costa CC, Bairros F, et al. Prevalência de sedentarismo em mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(6):1685-94.
12. Gerber M, Puhse U. "Dont crack under pressure!" – Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between scholl-based stress and psychosomatic complaints? *J Psychosomc Res* 2008;65(4):363-9.
13. Ademoli AN, Azevedo. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. *Ciën Saúde Colet* 2009;14(1):243-51.
14. Hosmer JR, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. John Wiley & Sons: New York: John Wiley & Sons, 1989.
15. Oliveira NF, Santana VS, Lopes AA. Razões de proporções e uso do método Delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saude Publica* 1997;31(1):90-9.

16. Codarin MAF, Moulatlet EM, Nehme P, Ulhôa M, Moreno CRC. Associação entre Prática de Atividade Física, Escolaridade e Perfil Alimentar de Motoristas de Caminhão. *Saúde Soc* 2010;19(2):418-28.
17. Camões M, Lopes C. Fatores associados á atividade física na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2008;42(2):208-16.
18. Wiles NJ, Haase AM, Gallacher J, Lawlor DA, Lewis G. Physical activity and Common Mental Disorder: Results from the Caerphilly Study. *Am J Epidemiol* 2007;165(8):946-54.
19. Salles-Costa R, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad Saúde Pública* 2003;19(2):325-33.
20. Dias-da-Costa JS, Hallal PC, Wells JC, Daltoe T, Fuchs SC, Menezes AM, et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in Southern Brazil. *Cad. Saude Publica* 2005;21(1):275-82.
21. Akke KVDB, Miranda GH, Laurant MW. Effectiveness of Physical Activity Interventions for Older Adults. *Am J Prev Med* 2002;22(2):32-41.
22. Cunha IC, Peixoto MRG, Garden PCB, Alexandre VP. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. *Rev Bras Epidemiol* 2008;1(3):495-504.
23. Quadros TM, Petroski EL, Diego A, Gordia AP. The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students: its association with sociodemographic variables. *Rev Salud Pública* 2009;11(5):724-33.
24. Pitanga FJG, Almeida LAB, Freitas MM, Pitanga CPS, Beck CC. Padrões de atividade física em diferentes domínios e ausência de diabetes em adultos. *Motricidade* 2010;6(1):5-17.
25. Araújo TM, Pinho OS, Almeida MG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005;5(3):337-48.
26. Burton NW, Turrell G. Occupation, Hours Worked, and Leisure-Time Physical Activity. *Prev Med* 2000;31(6):673-81.
27. Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bonseñor IM, Lotufo, PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Pública* 2003;14:246-54.
28. Seclen-Palacin, J, Jacoby, E. Factores sociodemográficos y ambientales asociados com actividad física deportiva em la población urbana del Peru. *Rev Panam Salud Pública* 2003;14 (3):255-64.
29. Jurakić D, Pedisić Z, Andrijasević M. Physical Activity of Croatian Population: Cross-sectional Study Using International Physical Activity Questionnaire. *Croat Med J* 2009;50:165-73.
30. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35:1894-900.

Endereço para correspondência

Saulo Vasconcelos Rocha
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB
Departamento de Saúde
Núcleo de Estudos em Saúde da População
Avenida José Moreira Sobrinho S/N, Jequié
CEP: 45200-000 – Jequié – BA