

Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006

Physical Activities Pattern among Brazilian Adults: Results of Phone Survey, 2006

Deborah Carvalho Malta

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil
Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil

Erly Catarina Moura

Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo-SP, Brasil
Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil

Adriana Miranda de Castro

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

Danielle Keylla Alencar Cruz

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

Otaliba Libânio de Moraes Neto

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil
Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO, Brasil

Carlos Augusto Monteiro

Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo-SP, Brasil

Resumo

O estudo descreve as características do padrão de atividade física da população adulta das capitais de Estados brasileiros e do Distrito Federal em 2006. Os dados foram coletados pelo sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) em uma amostra probabilística da população com 18 ou mais anos de idade ($n=54.369$). Foram analisados dois indicadores: ativo no lazer; e sedentário. Os indivíduos ativos no lazer foram 14,9%, a maioria homens. A caminhada é a modalidade mais comum, para ambos os sexos. A frequência de ativos no lazer aumenta com a escolaridade e diminui com a idade. O sedentarismo já atingiu 29,2% da população adulta, com maior frequência no sexo masculino, e aumenta com a idade e com a escolaridade. O perfil de atividade física é insatisfatório em todas as cidades, o que determina a necessidade de mais esforços no estímulo à prática da atividade física.

Palavras-chave: atividade motora; atividades no lazer; doenças crônicas não transmissíveis; inquérito em saúde; entrevistas telefônicas; sedentarismo; população urbana; Brasil.

Summary

This report describes the characteristics of physical activities pattern among adult population of Brazilian State Capitals and the Federal District in 2006. Data was collected through the surveillance system of risk and protection factors for chronic diseases by telephone inquiry (Vigitel) in a probabilistic sample of 54,369 individuals aged 18 years and older. We analyzed two indicators: leisure time physical activity; and sedentariness. The frequency of individuals active in leisure was just of 14.9%, greater among men. Walking is the most common modality for both sex. Frequency of leisure active life increases with education, and decreases with age. Sedentary life affects 29.2% of adult population, more frequently males. The physical activity profile is not satisfactory in all cities, which determines the need for more efforts to stimulate the practice of physical activity.

Key words: motor activity; leisure activities; non communicable diseases; health survey; telephone inquiry; sedentariness; urban population; Brazil.

Endereço para correspondência:

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-sede, 1º Andar, Sala 142, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70058-900
E-mail: deborah.malta@saude.gov.br

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por uma parcela grande e crescente da carga de doenças no Brasil. As DCNT (aparelho circulatório, neoplasias, diabetes e outras) são responsáveis por cerca de 60% dos óbitos.¹ A mudança do perfil epidemiológico no país, com predominância das doenças não transmissíveis, é uma consequência da urbanização, de melhorias nos cuidados com a saúde, da mudança nos estilos de vida e da globalização. As DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool.^{1,2} A maior parte dessas doenças não constitui um resultado inevitável de uma sociedade moderna, trata-se de um mal que pode ser prevenido, geralmente a um custo menor do que o das intervenções curativo-assistenciais.²

Estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que 22% das doenças cardíacas, 10 a 16% dos casos de diabetes tipo 2 e de cânceres de mama, cólon e reto poderiam ser evitados com a realização de um volume suficiente de atividade física.³

O compartilhamento de fatores de risco, somado à urgência em deter o crescimento das DCNT no país, justifica a adoção de estratégias integradas e sustentáveis de vigilância e monitoramento desses fatores, além da adoção de medidas de promoção à saúde, prevenção e controle dessas doenças, desde que suas ações sejam assentadas sobre seus principais fatores de risco modificáveis.¹

Experiências bem-sucedidas de intervenções de Saúde Pública com reversão e/ou mudanças positivas nas tendências de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, em diversos países, mostram que a vigilância de DCNT e ações integradas são aspectos cruciais para o desenvolvimento de estratégias efetivas de promoção da saúde na população geral.^{1,4}

A vigilância das DCNT pressupõe o fluxo sistemático de dados secundários e primários. As principais fontes de dados são os sistemas de informações em mortalidade e internações hospitalares e os inquéritos de saúde periódicos e específicos. Visando à obtenção de dados necessários a esse monitoramento, foi implantado o sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) em todas as 27 capitais brasileiras e no Distrito Federal,

com o objetivo de monitorar, continuamente, alguns fatores de risco de DCNT presentes na população adulta (18 anos ou mais de idade),^{5,6} entre eles o sedentarismo, caracterizado pelo Vigitel como a inexistência de atividade física em todos os seguintes domínios: (i) no lazer nos últimos três meses; (ii) no trabalho; (iii) no deslocamento para o trabalho; e (iv) nas atividades domésticas.

Neste artigo, descrevem-se as características do padrão de atividade física realizada no lazer pela população adulta das capitais de Estados brasileiros e do Distrito Federal em 2006. Os dados analisados foram levantados no referido inquérito, por entrevistas telefônicas.

Metodologia

Foram realizadas 54.369 entrevistas (cerca de 2.000 em cada cidade) mediante amostra probabilística da população de adultos residentes em domicílios com linha telefônica fixa no ano de 2006. O Vigitel estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade, em cada cidade, para que se possa estimar, com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais, a frequência de qualquer fator de risco na população adulta.

A primeira etapa da amostragem do sistema consiste no sorteio sistemático de 5.000 linhas telefônicas por cidade. A seguir, as linhas sorteadas em cada cidade são sorteadas novamente e divididas em 25 réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por região da cidade ou prefixo telefônico. Em 2006, a partir dos cadastros telefônicos das três empresas que servem as 27 cidades, foram sorteadas 135.000 linhas telefônicas (5.000 por cidade). Foram utilizadas, em média, vinte réplicas por cidade, variando entre 16 réplicas em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, e 25 réplicas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A segunda etapa da amostragem envolveu a identificação, entre as linhas sorteadas, daquelas elegíveis para o sistema, ou seja, linhas residenciais ativas. Para cada linha elegível, uma vez obtida a concordância de seus usuários em participar do inquérito, procedeu-se a enumeração dos indivíduos com 18 ou mais anos de idade que residiam no domicílio e, a seguir, o sorteio de um deles para conceder a entrevista.^{5,6}

Para representar a população adulta total de cada cidade, todas as estimativas deste estudo foram produzidas com o emprego de fatores de ponderação que levam em conta o número de linhas telefônicas e o número de adultos em cada domicílio estudado, além de diferenças sócio-demográficas existentes entre a população adulta amostrada pelo Vigitel e a população adulta total de cada cidade segundo o Censo Demográfico de 2000, realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para estimar a população adulta total do conjunto das 27 cidades, levou-se em conta, ademais, o contingente de adultos residentes em cada uma delas.⁶

A entrevista foi realizada por meio de questionário eletrônico, com perguntas sobre características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos e características do padrão de atividade física, entre outras. As 16 questões formuladas a respeito da prática de atividade física (AF) coletaram informações sobre: frequência semanal e duração da prática de AF; tipo de AF; e a prática em quatro domínios, quais são, no trabalho, no deslocamento para o trabalho, nos deveres domésticos e no lazer.

Estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que 22% das doenças cardíacas, 10 a 16% dos casos de diabetes tipo 2 e de cânceres de mama, cólon e reto poderiam ser evitados com a realização de um volume suficiente de atividade física.

O presente estudo analisa, detalhadamente, dois indicadores: a frequência da prática de atividade física suficiente no lazer; e a frequência da condição de inatividade física. Outros indicadores ainda serão analisados mais detidamente, em futuros estudos. A frequência dos indicadores analisados será apresentada por cidade, sexo e faixa etária. Também serão apresentados os níveis de atividade física nos domínios do trabalho, do deslocamento para o trabalho e dos deveres domésticos, segundo o sexo, objetivando contextualizar o padrão de atividade física no lazer.

Acompanhando recomendações internacionais,^{7,8} considerou-se atividade física suficiente no lazer a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana; ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada; e corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis, como práticas de intensidade vigorosa.⁹ A condição de sedentarismo (inatividade física) foi atribuída aos indivíduos que informaram: (i) não praticar qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses; (ii) não realizar esforços físicos intensos no trabalho (não andar muito, não carregar peso e não desenvolver outras atividades equivalentes, em termos de esforço físico); (iii) não se deslocar para o trabalho a pé ou de bicicleta; e (iv) não ser responsável pela limpeza pesada de suas casas.

As estimativas de atividade física no lazer e de sedentarismo serão descritas por sexo, idade (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 ou ≥ 65 anos) e escolaridade (0-8, 9-11 ou ≥ 12 anos), considerando-se o intervalo de confiança de 95%.

Para o processamento de dados e as análises estatísticas, utilizou-se o aplicativo Stata, versão 09.¹⁰ Foram calculados os percentuais de resposta às questões referentes à prática de atividade física, estimadas as razões de prevalência bruta e intervalos de confiança de 95%, tendo-se em conta o emprego dos fatores de ponderação.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de entrevista telefônica, o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido no momento do contato telefônico com o entrevistado.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a frequência de indivíduos que praticam atividade física suficiente no lazer, no conjunto da população adulta das 27 cidades

(14,9%). Essa frequência é maior para o sexo masculino (18,3%) do que para o feminino (11,9%). A proporção de homens ativos no lazer declina com a idade e seu maior valor encontra-se na faixa etária dos 18 aos 24 anos (27,4%); e a menor entre os 35 e os 44 (11,9%), voltando a subir após 54 anos. Entre as mulheres, a situação mais desfavorável encontra-se nas faixas etárias extremas (9,9%, entre 18 e 24 anos; e 10,0%, acima de 64 anos de idade), sendo maior na faixa etária entre 25 e 34 anos (13,5%). A proporção de homens ativos no lazer na faixa etária mais jovem (18 a 24 anos) chega a ser quase três vezes maior do que a de mulheres ativas na faixa equivalente e, após 54 anos, é aproximadamente 1,6 vezes maior.

Em ambos os sexos, a frequência de ativos no lazer aumenta com a escolaridade, alcançando 22,9% entre

homens e 15,2% entre mulheres com 12 ou mais anos de estudo.

Quanto à distribuição por cidade, a menor prevalência de atividade física foi observada em São Paulo, Estado de São Paulo, (10,5%), e a maior em Brasília, Distrito Federal, (21,5%) (Figura 1).

A atividade mais realizada pelos homens é a caminhada (27,9%), seguida do futebol (25,5%) e da musculação (18,8%). A grande maioria das mulheres (61,1%) pratica caminhada; e 11,1%, musculação (Figura 2). Mais de 50% das atividades físicas praticadas no lazer pelos homens restringem-se a duas modalidades, caminhada e futebol; e para as mulheres, a uma única modalidade (caminhada). A distribuição dessas modalidades, todavia, difere com a idade (Tabela 2). As mulheres de 18 a 24 anos já praticam a caminhada em

Tabela 1 - Percentual de adultos (18 anos ou mais de idade) que praticam atividade física no lazer^a no conjunto das capitais de Estados, por sexo, idade e anos de escolaridade. Brasil, 2006

Variáveis	Total		Sexo			
	%	IC _{95%} ^b	Masculino		Feminino	
			%	IC _{95%} ^b	%	IC _{95%} ^b
Idade (anos)						
18 a 24	18,3	17,5-19,1	27,4	26,0-28,8	9,9	9,1-10,7
25 a 34	15,7	15,1-16,4	18,3	17,1-19,4	13,5	12,7-14,3
35 a 44	11,9	11,3-12,4	11,9	11,0-12,8	11,8	11,1-12,5
45 a 54	13,3	12,6-13,9	13,5	12,4-14,6	13,0	12,2-13,9
55 a 64	16,0	15,1-16,9	19,9	18,2-21,6	12,9	11,9-14,0
65 ou mais	12,7	11,9-13,6	17,1	15,5-18,7	10,0	9,1-10,9
Escolaridade (anos)						
0 a 8	12,1	11,6-12,6	14,5	13,6-15,4	10,1	9,5-10,7
9 a 11	17,4	16,9-17,9	22,5	21,6-23,3	13,3	12,7-13,9
12 ou mais	18,9	18,3-19,5	22,9	21,9-23,9	15,2	14,5-15,9
TOTAL	14,9	14,6-15,2	18,3	17,8-18,8	11,9	11,6-12,3

Fonte: sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel

a) Proporção de adultos que praticam atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em cinco ou mais dias da semana ou que praticam atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em três ou mais dias da semana.

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

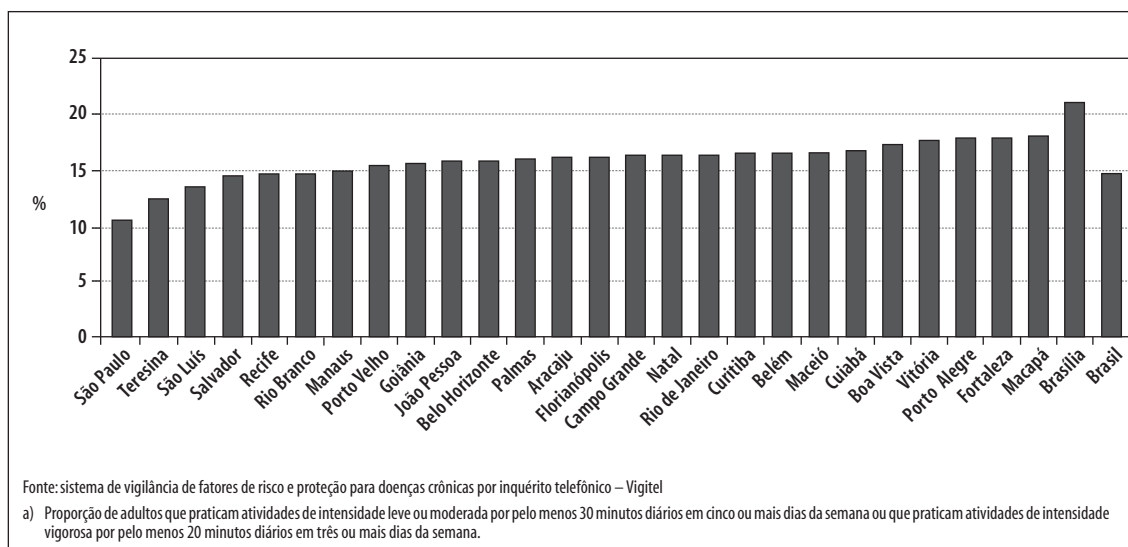


Figura 1 - Percentual de atividade física no lazer^a nas capitais de Estados. Brasil, 2006

Tabela 2 - Percentual de adultos (18 anos ou mais de idade) ativos no lazer^a que praticam caminhada (≥30 minutos em ≥5 dias na semana) no conjunto das capitais de Estados, por sexo, e idade. Brasil, 2006

Sexo	Masculino		Feminino	
	%	IC _{95%} ^b	%	IC _{95%} ^b
Idade (anos)				
18 a 24	5,7	4,5-6,8	34,3	30,5-38,1
25 a 34	16,4	14,3-18,5	52,6	49,4-55,7
35 a 44	29,4	25,9-32,9	64,0	60,5-67,5
45 a 54	51,9	47,5-56,3	78,3	74,9-81,7
55 a 64	73,2	68,9-77,5	76,7	72,2-81,2
65 ou mais	78,5	73,9-83,0	84,5	80,4-88,7

Fonte: sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel

a) Proporção de adultos que praticam atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em cinco ou mais dias da semana ou que praticam atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em três ou mais dias da semana.

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

34,3% e ampliam essa proporção progressivamente, atingindo 52,6% entre 25 e 34 anos e chegando a 84,5% nos 65 anos ou mais entre as mulheres ativas no lazer nesta faixa etária mais avançada. A frequência de caminhada também aumenta entre os homens, embora a partir de 45 anos de idade, quando atinge o nível de 51,9%. As demais atividades tendem a diminuir com o aumento da idade, em ambos os sexos (dados não mostrados).

A Tabela 3 apresenta dados sobre o sedentarismo, que atingiu 29,2% da população adulta das 27 cidades estudadas. É mais freqüente no sexo masculino (39,8%) do que no feminino (20,1%), uma diferença constante em quase todas as faixas etárias. Ou seja, os homens são duas vezes mais sedentários do que as mulheres. Nos idosos (65 anos ou mais), essa diferença cai para 1,3 vezes. É nesta faixa etária que a proporção de sedentários alcança seu nível máximo:

65,4% entre os homens e 50,3% entre as mulheres. Em ambos os sexos, a frequência do sedentarismo tende a aumentar com a escolaridade, chegando a 50,7% entre os homens e a 41,4% entre as mulheres, quando referidos 12 ou mais anos de estudo.

As maiores prevalências de sedentarismo (35%) foram observadas em Natal, Rio Grande do Norte, e João Pessoa, Paraíba; e a menor, em Boa Vista, Roraima, (21,6%) (Figura 3).

Nos demais domínios de AF, os homens praticam mais atividade física no trabalho (ocupação), enquanto as mulheres se apresentam mais fisicamente ativas nos afazeres domésticos (limpeza), seguidos pela ocupação. A contribuição do lazer na prática de AF é pequena, em ambos os sexos (Figura 4).

Discussão

O sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) vem fortalecer a vigilância de DCNT, produzindo dados contínuos para o conjunto das capitais brasileiras.^{4,5}

Torna-se urgente deter o crescimento das DCNT no país, daí a importância na adoção de estratégias integradas e sustentáveis de monitoramento, prevenção e controle dessas doenças, assentadas em seus principais fatores de risco modificáveis – o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada e o consumo abusivo de álcool.³

Experiências bem-sucedidas de intervenções de Saúde Pública com reversão e/ou mudanças positivas nas tendências de morbimortalidade por doenças cardiovasculares em diversos países mostram que a vigilância de DCNT e as ações integradas são aspectos cruciais para o desenvolvimento de estratégias efetivas de promoção da saúde na população geral.¹¹

Segundo Hallal,¹² o lazer é o domínio mais frequentemente investigado no Brasil e na literatura internacional. Observa-se, entretanto, crescente interesse pelas atividades físicas realizadas no trabalho, no deslocamento ao trabalho e nas atividades domésticas. A definição tanto dos níveis de atividade física quanto de sedentarismo pode variar, conforme os critérios adotados no questionário aplicado. Ainda Hallal, em estudo de revisão, identificou 26 formas diferentes de operacionalização da variável sedentarismo. Em função dessa variabilidade de critérios, estudos apontam para

uma prevalência de sedentarismo no Brasil oscilando entre 26,7 e 78,2%.^{13,14}

Quanto à frequência de atividade física no lazer, outro trabalho desenvolvido no Brasil, em 1996, identificou níveis mais baixos que o estudo em mãos, mostrando que 13% de adultos são ativos no lazer.¹⁵

O Vigitel utiliza questões de simples compreensão e resposta, possibilitando a entrevista por meio de telefone. Foram realizados estudos de reprodutibilidade dos indicadores de atividade física do Vigitel e seus resultados mostraram os coeficientes Kappa situados entre 0,53 e 0,80, indicando boa reprodutibilidade desses indicadores.¹⁶ Outros estudos, para comparar o questionário do Vigitel com outros questionários de atividade física usados nos inquéritos face a face, estão sendo realizados.

Os achados deste, de que as mulheres praticam menos atividade física no lazer do que os homens (11,9 *versus* 18,3%), especialmente nas faixas etárias jovens (18 a 24 anos), mostram a necessidade de estimular a atividade física no lazer em ambos os sexos mas, especialmente, entre as mulheres jovens. A maior frequência de atividade física entre homens já foi apontada.^{12,15}

Outro achado importante constitui o aumento atividade física no lazer entre pessoas de maior escolaridade, expressão da desigualdade no acesso a espaços físicos e na disponibilidade de tempo livre para a prática de atividade física.¹⁷

O estudo mostrou, ainda, que a maioria das pessoas consideradas ativas no lazer prefere a caminhada, fato que aumenta diretamente com a idade, iniciada mais precocemente entre as mulheres do que entre os homens. Este padrão é compatível com estudo realizado no Brasil, em 1996 e 1997, sobre amostra nacional de 11.033 entrevistados acima de 20 anos. Então, mostrou-se que, com o aumento da idade, aumenta a prática de caminhadas em ambos os sexos e a motivação da prática de AF torna-se mais relacionada à manutenção da saúde do que à recreação.¹⁵

Quanto ao sedentarismo, os homens também são duas vezes mais sedentários em praticamente todas as faixas etárias. O maior sedentarismo entre homens pode ser explicado pela maior atividade física das mulheres no lar. São dados que corroboram os achados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – de 2007, realizada pela Fundação IBGE e mostram que a mulher ainda é a maior responsável

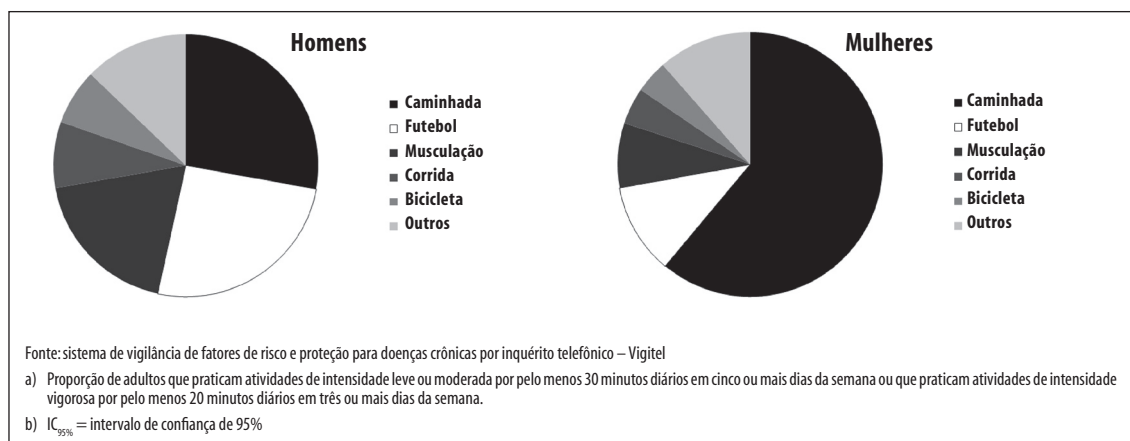


Figura 2 - Percentual de ativos no lazer^a nas 27 capitais de Estados, por sexo, segundo modalidade. Brasil, 2006

Tabela 3 - Percentual de adultos (18 anos ou mais de idade) sedentários^a nas 27 capitais de Estados, por sexo, e idade e anos de escolaridade. Brasil, 2006

Variáveis	Total		Sexo			
	%	IC _{95%} ^b	Masculino		Feminino	
			%	IC _{95%} ^b	%	IC _{95%} ^b
Idade (anos)						
18 a 24	30,1	29,3-31,0	41,3	40,0-42,6	19,7	18,7-20,7
25 a 34	24,2	23,5-25,0	35,5	34,3-36,7	14,1	13,3-14,9
35 a 44	23,7	23,0-24,5	34,5	33,2-35,8	14,4	13,5-15,3
45 a 54	26,5	25,5-27,4	38,1	36,5-39,7	16,7	15,6-17,8
55 a 64	32,0	30,7-33,3	43,3	41,2-45,4	23,0	21,4-24,6
65 ou mais	56,1	54,7-57,5	65,4	63,2-67,5	50,3	48,5-52,1
Escolaridade (anos)						
0 a 8	24,7	24,3-25,2	36,2	35,3-37,0	14,9	14,3-15,4
9 a 11	27,6	26,9-28,3	39,9	38,8-41,0	17,7	16,9-18,5
12 ou mais	45,8	44,8-46,8	50,7	49,2-52,2	41,4	40,0-42,8
TOTAL	29,2	28,8-29,6	39,8	39,2-40,4	20,1	19,6-20,6

Fonte: sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel

a) Proporção de adultos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho caminhando ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

b) IC_{95%} = intervalo de confiança de 95%

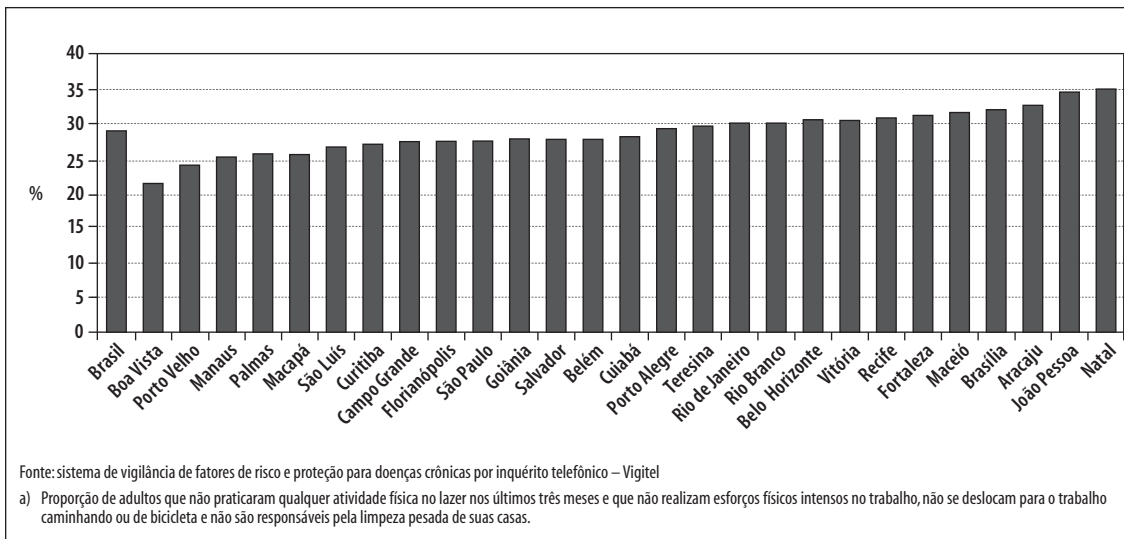


Figura 3 - Percentual de sedentarismo ^a nas 27 capitais de Estados. Brasil, 2006

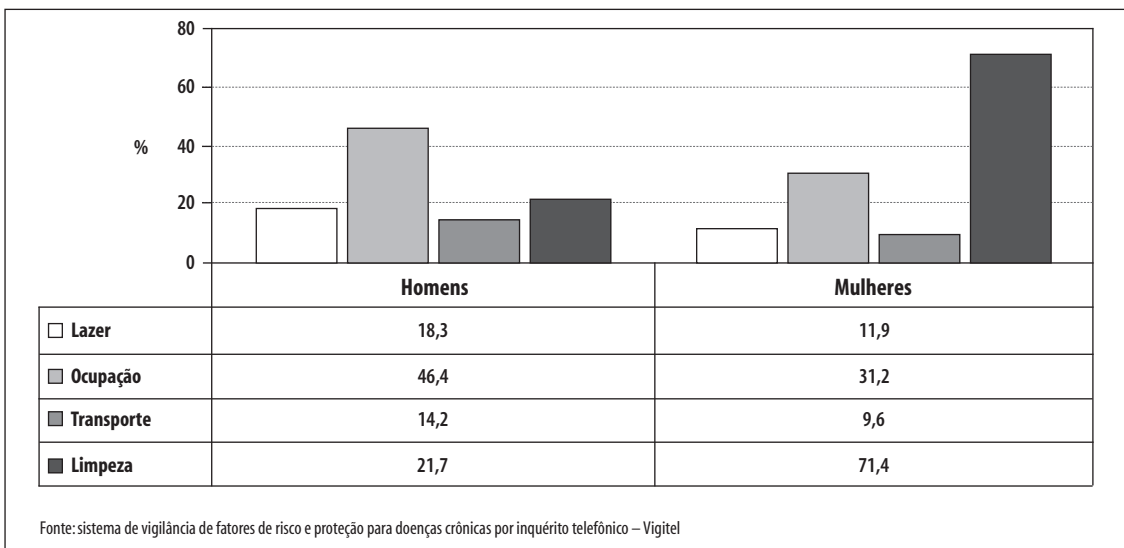


Figura 4 - Percentual de prática de atividade física segundo os domínios do lazer, ocupação, transporte e limpeza doméstica, por sexo. Brasil, 2006

pelas tarefas domésticas, ainda quando tenham trabalho fora de casa. Ou seja, as tarefas domésticas, entre elas a limpeza da casa, continuam a ser tarefas femininas, preponderantemente, mantendo-se esse comportamento das estruturas familiares ao longo das décadas.¹⁸

Os números levantados apontam para a necessidade de se investir no estímulo à prática da atividade física pela população, em todos os domínios: lazer,

trabalho, deslocamento para o trabalho e tarefas domésticas.

O caso da prática da atividade física pode ser um exemplo da importância da intersetorialidade. A própria opção por uma vida mais ativa e saudável depende da oferta, da oportunidade de acesso a espaços favoráveis à prática do lazer e/ou exercício físico, como pistas de caminhadas, ciclovias, praças públicas, espaços para a prática de esporte, além da garantia

da segurança, infra-estrutura adequada, áreas arborizadas, acesso pelo transporte público, entre outros direitos de cidadania. A questão da prática ou não da atividade física implica, outrossim, um debate sobre

o planejamento urbano e a mobilidade urbana, que considere os modos como indivíduos e coletividades transitam, ocupam e criam identidade territorial e utilitarista com os espaços públicos de lazer.¹⁹

Referências

1. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Júnior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006;15:47-65.
2. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO Global Report. Geneva: WHO; 2005.
3. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
4. Malta DC, Leal MC, Costa MFLL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência brasileira acumulada e a proposta para o Inquérito Saúde Brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008;11 (supl.1):159-167.
5. Moura EC, Morais Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008;11 Supl 1:20-37.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2007.
7. Paté RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchar C, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association* 1995;273:402-407.
8. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO; 2004.
9. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2000;32: S498-S504.
10. Stata Corporation. Stata Statistical Software: Release 9.0. Stata Corporation: College Station, TX; 2005.
11. Organização Pan-americana da Saúde. *Carmen: iniciativa para conjunto de ações para redução multifatorial de enfermidades não transmissíveis*. Brasília: OPAS; 2003.
12. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira, FV, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública* 2007;41 (3):453-460.
13. Lessa I, Araujo MJ, Magalhães L, Almeida Filho N, Aquino E, Costa MC. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2004;16(2):131-137.
14. Ramos de Marins VM, Varnier Almeida RM, Pereira RA, Barros MB. Factors associated with overweight and central body fat in the city of Rio de Janeiro: results of a two-stage random sampling survey. *Public Health* 2001;115(3):236-242.
15. Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bensenor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2003;14(4):246-254.
16. Monteiro CA, Florindo AA, Claro RM, Moura EC. Reprodutibilidade e validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. *Revista de Saúde Pública*. No prelo 2008.
17. He XZ, Baker DW. Differences in leisure-time, household, and work-related physical activity by race, ethnicity, and education. *Journal of General Internal Medicine* 2005;20(3):259-266.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Notícias. [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE [acessado 5 jan. 2008]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=954&id_pagina=1.
19. Seclen-Palacin JA, Jacoby ER. Sociodemographic and environmental factors associated with sports physical activity in the urban population of Peru. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2003;14(4):255-264.

Recebido em 23/01/2008
Aprovado em 25/08/2008