

Tendências dos indicadores de atividade física em adultos: Conjunto de capitais do Brasil 2006-2013

Trends of physical activity indicators in adults: State Capitals of Brazil 2006-2013

Deborah Carvalho Malta^{1,2}
Silvânia Suely de Araujo Andrade¹
Maria Aline Siqueira Santos¹
Gisele Balbino Araujo Rodrigues¹
Gregore I Mielke^{1,3}

RESUMO

Descrever as tendências temporais dos indicadores de atividade física da população adulta das capitais brasileiras entre 2006 e 2013. Foram analisados os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), referentes aos anos de 2006 a 2013 em uma amostra anual de cerca de 54.000 adultos nas capitais brasileiras. Foram analisadas tendências dos indicadores de atividade física no tempo livre e no deslocamento para o trabalho/escola, além de inatividade física nos quatro domínios e tempo assistindo televisão. Foi utilizada modelagem de regressão linear simples para avaliar a tendência, considerando significativo um coeficiente de regressão diferente de zero ($p < 0,05$). Houve aumento nos percentuais de ativos no tempo livre, redução no percentual de ativos no deslocamento para o trabalho/escola e estabilidade na tendência dos percentuais de indivíduos que assistem à TV por no mínimo três horas diárias e de indivíduos fisicamente inativos. Compreender o cenário nacional de mudanças nos indicadores de atividade física torna-se desejável para o planejamento de ações que fomentem a promoção de atividade física e assim contribuam com a redução de um dos principais fatores de risco para doenças crônicas.

PALAVRAS-CHAVE

Atividade física; Sedentarismo; Fatores de risco; Doenças crônicas não transmissíveis; Inquérito telefônico.

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe trends of physical activity among adult population living in Brazilian state capitals between 2006 and 2013. Data from the Surveillance System of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by telephone survey (VIGITEL) were analyzed for the years 2006 to 2013. Trends in leisure time physical activity, transportation physical activity to/from work/school, physical inactivity in all domains, television viewing time were considered. Simple linear regression modeling was used to evaluate the trend, a regression coefficient different from zero ($p < 0.05$) was considered significant. There was an increase in the proportion of leisure time physical activity, a decrease in the proportion of transportation physical activity to/from work/school and stability in all-domain physical activity and television viewing time. Understanding the national changes in physical activity is desirable for the planning of actions to promote physical activity, reducing one of the main risk factors for chronic diseases.

KEYWORDS

Physical Activity; Sedentary; Risk Factors; Non-communicable Diseases; Telephone Survey

INTRODUÇÃO

Estima-se que 31% da população mundial não atinja as recomendações de atividade física para saúde ¹, sendo a inatividade física, responsável por mais de 5 milhões de mortes todo ano.² A prática regular da atividade física (AF) é uma ferramenta importante na promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), contribuindo para redução dessas enfermidades, mais especificamente doenças circulatórias: hipertensão e infarto do miocárdio; diabetes, câncer de mama e de cólon, depressão, dentre outras ^{2,3}.

O aumento dos níveis populacionais de AF é essencial no enfrentamento das DCNT, tanto que a Organização Mundial da Saúde definiu como meta no plano global de enfrentamento das DCNT uma redução de 10% nos níveis de inatividade física da população ^{4,5}. O Plano de Ações para o Enfrentamento das DCNT, Brasil, 2011-2022 estabeleceu metas semelhantes para o país ⁶. Desta forma, o monitoramento dos níveis de AF populacionais torna-se importante para acompanhamento contínuo das políticas de promoção desta prática.

As recomendações globais de prática de atividade física indicam que os adultos devem praticar pelo menos 150 minutos semanais de AF de intensidade leve ou moderada, ou no mínimo 75 minutos de AF intensa ³. No Brasil, o Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)⁷, desde 2006 monitora anualmente os níveis de AF da população adulta (≥ 18 anos) nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal.

Ainda são poucos os estudos sobre tendências temporais de atividade física no Brasil, sendo a maioria destes realizados em regiões específicas ⁸⁻¹⁰, sugerindo aumento da prevalência de inatividade física (considerando todos os domínios) ⁸ e estabilidade da prática de atividade física no lazer ⁹. Apesar da existência de análises considerando o conjunto das capitais brasileiras, que apontam para o aumento na proporção de adultos que relataram praticar atividades físicas no lazer por no mínimo 30 minutos por dia em cinco ou mais dias da semana, além de uma redução da proporção de adultos que se deslocavam de forma ativa para o trabalho entre 2006 e 2012 ¹¹, a única publicação disponível utilizando os indicadores oficiais adotados pelo VIGITEL utilizou as informações disponíveis até 2009 ¹². Assim, o objetivo deste artigo é descrever as tendências temporais dos indicadores de atividade física da população adulta nas capitais brasileiras e no Distrito Federal no período de 2006 a 2013.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de séries temporais dos indicadores de prática de atividade física e tempo assistindo televisão no período de 2006 a 2013 para o conjunto das capitais dos estados brasileiros e para o Distrito Federal (DF). Este estudo utilizou os dados do sistema VIGITEL coletados no período de 2006 a 2013. O VIGITEL utiliza amostras probabilísticas da população adulta (≥ 18 anos de idade), residente nas capitais brasileiras e no DF, a partir do cadastro das linhas de telefone fixo das cidades. Foram realizadas, anualmente, em torno de 54 mil entrevistas no conjunto das capitais e no DF, com exceção de 2012 onde foram realizadas aproximadamente 44 mil entrevistas.

Foram utilizados os seguintes indicadores de prática de atividade física:

- Percentual de adultos que praticam atividade física recomendada no tempo livre: Calculado pelo número de adultos que praticam no mínimo 150 minutos semanais de AF de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, dividido pelo total de adultos entrevistados³. O rol de atividades consideradas como AF de intensidade leve ou moderada foram: caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, ciclismo, dança e voleibol/futevôlei. Para AF de intensidade vigorosa foram selecionadas as atividades seguintes: corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol/futsal, basquetebol e tênis. O cálculo deste indicador é feito baseado nas respostas para as questões: “Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”, “Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr(a) praticou?”, “O(a) Sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?”, “Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?” e “No dia que o(a) Sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”. No inquérito realizado em 2009, as opções de respostas foram modificadas, possibilitando comparar apenas a partir do referido ano.
- Percentual de adultos que praticam atividade física no deslocamento: indivíduos que se deslocam para o trabalho ou escola de bicicleta ou caminhando e que utilizam no mínimo 30 minutos diários no percurso de ida e volta, dividido pelo número de adultos pesquisados. Para o cálculo deste indicador foram avaliadas as questões: “Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?”, “Quanto tempo o(a) Sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?”, “Atualmente, o(a) Sr(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?” e “Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?”. Em 2009, foram inseridas novas questões, logo a análise desse indicador foi feita para os anos de 2009 a 2013.
- Percentual de adultos fisicamente inativos: número de indivíduos fisicamente inativos dividido pelo total de adultos entrevistados. A definição indivíduo fisicamente inativo foi adulto que não praticou qualquer AF no tempo livre nos últimos três meses e que não realizou esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocou para o trabalho ou curso/escola caminhando ou de bicicleta perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia e não foi responsável pela limpeza pesada de sua casa. Para elaboração deste indicador, foi feita uma combinação das respostas obtidas para as questões: “Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”; “No seu trabalho, o(a) Sr(a) anda bastante a pé?”, ou “No seu trabalho, o(a) Sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?”; “O(a) Sr(a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho?” e “Quanto tempo o(a) Sr(a) gasta para ir e voltar do trabalho (a pé ou de bicicleta)?”; “Atualmente, o(a) Sr(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?” e “Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?”; e “Quem costuma fazer a faxina da sua casa?” ou “Quem fica com a parte mais pesada da faxina, quando tem ajuda?”.
- Percentual de adultos que costumam assistir televisão por três ou mais horas por dia: Divisão do número de indivíduos que assistem três ou mais horas de televisão diariamente pelo total de adultos entrevistados. A resposta

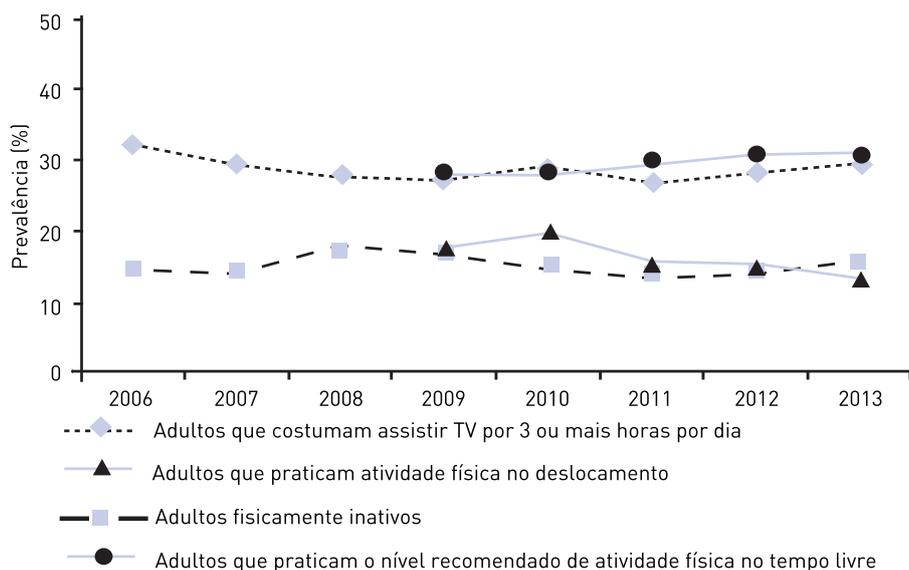


FIGURA 1 - Tendências temporais de atividade física e tempo de televisão no Brasil. VIGITEL 2006-2013.

à pergunta “Em média, quantas horas por dia o(a) Sr(a) costuma ficar assistindo televisão?” é analisada para composição deste indicador.

A técnica utilizada para estimar a tendência foi o modelo de regressão linear simples, cuja variável resposta (Y_i) é a proporção do indicador e a variável explicativa (X_i) o tempo (ano do levantamento). A análise de tendência da série temporal para os indicadores foi estratificada segundo sexo, anos de escolaridade, idade. Em todas as estimativas provenientes do VIGITEL são utilizados pesos pós-estratificação com o objetivo de igualar a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos de cada capital. Estes pesos são compostos pelas variáveis: sexo, faixa etária e escolaridade; calculados pelo método “rake”;¹³

Para o processamento dos dados e análises estatísticas utilizou-se o aplicativo “Stata” versão 12.1 (Stata Corp., College Station, EUA). A coleta de dados do VIGITEL foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Conep) 13081/2008 e 355.590 de 26///2013.

RESULTADOS

Foi observada tendência de aumento para o período de 2009 a 2013 na proporção de adultos que praticavam níveis recomendados de atividade física no tempo livre em ambos os sexos (Tabela 1), para todos os níveis de escolaridade (Tabela 2) e para as faixas etárias compreendidas entre 18 e 64 anos (Tabela 2). Para os homens, o aumento ocorrido no período estudado foi de +5,6% e de 23,9% para as mulheres.

Houve tendência de aumento no percentual de AF recomendada no tempo livre em todas as faixas etárias, exceto para os indivíduos com 65 anos e mais de idade. Entretanto, foi observado aumento neste indicador para todos os níveis de escolaridade. Os dados indicam tendência de redução significativa da prática de AF no deslocamento para o trabalho/escola entre indivíduos do sexo masculino (-30,6%), entre aqueles com 0 a 11 anos de estudo e para as faixas etárias compreendidas entre 18 e 44 anos.

TABELA 1 – Variações nos indicadores de Atividade Física no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal no período de 2006 à 2013, VIGITEL.

Indicador	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	p-valor	Variação
Atividade física suficiente no tempo livre (lazer)										
Masculino				39,0	39,1	40,4	41,5	41,2	0,023	+0,68
Feminino				22,1	22,4	24	26,5	27,4	0,005	+1,47
Ambos				29,9	30,1	31,6	33,5	33,8	0,007	+1,12
Ativos no deslocamento										
Masculino				17,6	17,9	15,1	13,8	12,2	0,009	-1,49
Feminino				16,5	17,9	14,6	14,5	11,9	0,051	-1,26
Ambos				17	17,9	14,8	14,2	12,1	0,024	-1,35
Fisicamente inativos										
Masculino	15,6	16	17,8	16,9	15,7	15,2	15,2	16,8	0,733	-0,055
Feminino	12,7	12,7	18,2	16,5	14,9	14,7	14,6	15,7	0,485	+0,219
Ambos	14,1	14,2	18	16,7	15,3	14,9	14,9	16,2	0,700	+0,089
Assistir televisão por três ou mais horas										
Masculino	28,7	27,4	25,7	24,5	29,0	27	26,5	28,1	0,989	-0,004
Feminino	32,9	30,9	28,7	27,8	25,8	25	26,3	29	0,057	-0,755
Ambos	31,0	29,3	27,3	26,3	27,3	25,9	26,4	28,6	0,136	-0,411

Tendência (+) indica a existência de tendência de aumento significativo; Tendência (-) indica a existência de tendência de diminuição significativa; Foram considerados, como estatisticamente significativos, os casos onde p-valor < 0,05; Cálculo do p-valor é feito pela regressão linear

TABELA 2 – Variações nos indicadores de Atividade Física no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal no período de 2006 à 2013, VIGITEL.

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	p-valor	Inclinação
Atividade física suficiente no tempo livre (lazer)										
18 a 24				42,7	43,6	44,4	47,6	49,7	0,007	+1,8
25 a 34				33,9	34,3	35,9	39,1	39,3	0,011	+1,56
35 a 44				25,3	26	27,5	31	29,6	0,040	+1,36
45 a 54				24,2	24,3	26,5	25,8	27,3	0,040	+0,77
55 a 64				24,2	24,4	25,5	25,2	26,6	0,026	+0,56
65 e mais				22,6	20,7	22,5	23,6	22,3	0,566	+0,23
Ativos no deslocamento										
18 a 24				19,8	21	18,1	16,5	13,8	0,026	-1,65
25 a 34				19,6	20,8	17,2	16,5	12,6	0,031	-1,83
35 a 44				19,5	21,2	17,1	15,6	15	0,049	-1,46
45 a 54				17,8	19	14,6	15	13,5	0,061	-1,26
55 a 64				12,0	11,6	10,8	11,3	9,4	0,059	-0,55
65 e mais				4,5	3,9	4,3	4,2	3,0	0,166	-0,27
Fisicamente inativos										
18 a 24	10,8	12,6	16,4	14,6	12,6	13,3	12,6	13,7	0,708	+0,107
25 a 34	10,7	11,2	14,4	13,1	10,9	11,2	10,6	11,6	0,662	-0,101
35 a 44	10,4	10,8	14,2	12,8	10,8	11,2	11,8	12,4	0,665	+0,095
45 a 54	13,4	12,1	16,2	13,7	13,8	13,4	12,8	13,7	0,876	-0,032
55 a 64	14,8	15,4	21,7	21,2	20,2	18,9	16,9	20,2	0,333	+0,427
65 e mais	38,0	34,7	37,4	37,0	37,1	32,1	35,8	38,4	0,804	-0,089

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	p-valor	Inclinação
Assistir televisão por três ou mais horas										
18 a 24	34,8	36,5	29,4	29	29,5	28,7	28,7	29,5	0,036	-0,925
25 a 34	29,6	28,6	27,7	26,2	27,7	26,5	26,7	27,9	0,115	-0,28
35 a 44	28,5	26,2	23,7	24	23,1	22,8	23,6	26,3	0,245	-0,381
45 a 54	28,6	26,4	25,7	24,3	24,8	24	23,6	26,5	0,127	-0,396
55 a 64	30,4	28,1	28,4	25,9	30,2	25,8	28,3	30,7	0,989	-0,005
65 e mais	36,9	30,2	31,1	30,2	31,2	29,5	30	34,3	0,534	-0,274

Tendência (+) indica a existência de tendência de aumento significativo; Tendência (-) indica a existência de tendência de diminuição significativa; Foram considerados, como estatisticamente significativos, os casos onde p-valor < 0,05; Cálculo do p-valor é feito pela regressão linear.

TABELA 3 – Variações nos indicadores de Atividade Física no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal no período de 2006 à 2013, VIGITEL,

Indicador	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	p-valor	Inclinação
Atividade física suficiente no tempo livre (lazer)										
0 a 8				19,5	19,6	21,2	21,6	22	0,011	+0,70
9 a 11				34,8	34,6	35,3	37,1	37,2	0,028	+0,73
12 e mais				41,6	41,3	42,5	45,4	45,4	0,029	+1,17
Ativos no deslocamento										
0 a 8				18,5	18,6	15,3	14,5	12	0,008	-1,71
9 a 11				17,7	19,1	15,5	15,2	13	0,043	-1,33
12 e mais				13,1	15	13	12,1	10,8	0,127	-0,75
Fisicamente inativos										
0 a 8	15,8	15,8	20	19,3	17,2	16,8	18,5	20,3	0,171	+0,40
9 a 11	10,8	11,4	14,6	13,3	13,1	12,4	11,8	12,9	0,568	+0,12
12 e mais	15,5	15,6	19,6	17,1	15,4	15,6	14,2	15,3	0,335	-0,26
Assistir televisão por três ou mais horas										
0 a 8	32,9	29,8	29,5	29	27,9	26,7	27,8	31,4	0,285	-0,36
9 a 11	34,2	33,1	29,8	28,6	29,6	28,6	28,7	30,6	0,065	-0,59
12 e mais	21,9	21,4	18,7	17,5	22,5	20,8	20,8	21,6	0,802	+0,07

Tendência (+) indica a existência de tendência de aumento significativo; Tendência (-) indica a existência de tendência de diminuição significativa; Foram considerados, como estatisticamente significativos, os casos onde p-valor < 0,05; Cálculo do p-valor é feito pela regressão linear.

Com relação à idade foram observados, em 2013, percentuais de 13,8% para o indicador de prática de AF no deslocamento para o trabalho/escola entre os indivíduos de 18 a 24 anos e 3% para aqueles com 65 anos ou mais. Entre os anos de 2009 e 2013, houve redução da AF no deslocamento para escola/trabalho entre os indivíduos com 18 a 24 anos (-30,3%), 25 a 34 anos (-35,7%) e para aqueles com 35 a 44 anos (23%) e para os adultos com 0 a 8 anos de estudo bem como para aqueles com 9 a 11 anos.

Outro indicador que apresentou tendência de redução foi o hábito de assistir TV por no mínimo 3 horas diárias, na faixa etária de 18 a 24 anos. Entretanto, o hábito de assistir TV por no mínimo 3 horas diárias permaneceu estável na população de adultos, em ambos os sexos, nas demais as faixas etárias e níveis de escolaridade.

DISCUSSÃO

Os níveis de atividade física da população adulta do Brasil apontam aumento nas prevalências de ativos no tempo livre, em ambos os sexos, em todas as faixas de idade, e de escolaridade; redução no deslocamento ativo para o trabalho e escola em homens e na população total, nas faixas etárias de 18 a 44 anos e nas faixas de escolaridade entre 8 a 11 anos de estudo; redução do tempo assistindo TV na faixa etária de 18 a 24 anos e estabilidade da tendência da inatividade física em todos os quatro domínios.

Os benefícios da prática de atividade física são amplamente reconhecidos na literatura, tanto em relação à qualidade de vida, morbimortalidade das DCNT, aspectos positivos na socialização, na redução do stress e das doenças mentais, dentre outros. Globalmente, os países já firmaram acordo em investir em ações que reduzam a inatividade física em 10% na próxima década⁵.

O Brasil tem evoluído substancialmente no que diz respeito ao monitoramento de fatores de risco para DNCT, incluindo a prática de atividade física em diferentes contextos. De uma forma geral, o monitoramento da prática de atividade física a nível populacional ainda não é uma realidade entre países de renda baixa e média¹. O VIGITEL monitora os níveis de atividade física populacionais nas capitais brasileiras desde 2006, permitindo aos gestores o redirecionamento e planejamento de políticas públicas que visem reduzir a carga das DCNT. Em função da orientação da OMS e Control Disease Center (CDC)^{3,14} a partir de 2011 foi adotado o conceito de indivíduos ativos no tempo livre para quem pratica 150 minutos semanais de atividade física leve e moderada, ou 75 minutos de atividade física intensa, independente do número de dias na semana. Os dados foram então recalculados para todo período e apontaram que cerca de um terço da população adulta é ativa.

Nesse sentido, o VIGITEL tem um papel fundamental na execução do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, e isto vem apoiar o monitoramento dos fatores de risco de DCNT^{6,15}.

Em relação à prática de atividade física no lazer, os resultados apresentam uma perspectiva animadora, dado o aumento dos níveis de atividade física no lazer em ambos os sexos, faixas de idade e escolaridade. Nos Estados Unidos a atividade física no tempo livre encontra-se relativamente estabilizada há mais de 20 anos^{16,17}. Por outro lado, este comportamento de estabilidade ou redução tem ocorrido na maioria dos países em desenvolvimento, exceto alguns países da Europa, onde os níveis também têm aumentado¹⁸.

A literatura aponta que a prática de atividade física no tempo livre é mais frequente entre homens e jovens^{19,20}, conforme achado neste estudo. O estudo atual apontou que homens praticam cerca de 40% mais atividade física no tempo livre que as mulheres no Brasil. As explicações remontam a aspectos culturais, com maior incentivo já na infância às práticas esportivas entre meninos, inclusive como primeiro brinquedo a bola, o que se estende por todas as faixas etárias, resultando em comportamento mais ativo entre homens e maior contato com práticas esportivas em todas as idades¹⁹. Ao contrário, as meninas são incentivadas desde a infância às brincadeiras em casa, com bonecas e quando adultas enfrentam dupla jornada de trabalho, dificultando o seu envolvimento em atividades físicas esportivas¹⁹.

A faixa etária jovem é a mais ativa, em especial indivíduos com idade entre 18 e 24 anos) conforme apontado em outros estudos ^{9,11,12}. Nesta faixa de idade cerca de metade dos adultos jovens são ativos, declinando progressivamente, atingindo as menores frequências entre idosos. A maior prática de AF entre jovens se deve em parte à etapa da vida mais livre dos compromissos de trabalho, muitos ainda estudam, sendo mais fácil agendar estas atividades. Destaca-se que ocorre uma queda ao longo da vida, e este fato deve orientar políticas públicas destinadas a incentivar a atividade física em todas as faixas etárias, em especial entre idosos. Nesse sentido, o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 ⁶ traz o envelhecimento ativo como uma das prioridades do eixo de Promoção da Saúde. Os idosos obtêm grandes benefícios com a prática regular da atividade física, como a manutenção da autonomia para a execução de atividades diárias e a diminuição do risco de quedas em função do aumento no tônus muscular, fortalecimento da musculatura, redução da osteoporose, o que favorece uma vida mais ativa e saudável ³.

Outra novidade foi o aumento dos níveis de atividade física em todas as faixas de escolaridade. A literatura aponta que pessoas com maior escolaridade e renda praticam mais atividade física ^{20,21}, o que tem sido compreendido pelo maior acesso a espaços que propiciam o engajamento aos exercícios físicos, maior disponibilidade de tempo livre, vivências corporais mais favoráveis à adoção de modos de vida mais ativos, dentre outros ²¹. Mesmo que ainda permaneça a diferença de quase o dobro da prática entre os mais escolarizados, o fato da tendência de aumento beneficiar todos os níveis de escolaridade é um avanço. Nesse sentido, as políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, como a criação do programa Academia da Saúde, exercem papel importante, uma vez que amplia o acesso a espaços públicos para prática de atividade física.

Em geral os estudos enfatizam os benefícios das práticas de atividade física no lazer, entretanto os benefícios da prática regular se estendem a outros domínios. A literatura registra que a prática de AF no deslocamento também contribui na redução da mortalidade das doenças cardiovasculares, redução do câncer, dentre outros benefícios ²². Existem grandes variações nos níveis populacionais de deslocamento ativo entre países. Estudo comparativo entre 12 países identificou que as diferenças são imensas, sendo ativos 2,5% da população na Suíça, 4,7% na Austrália, 4% a 16% nos Estados Unidos, 34,9% na França e 46,1% na China¹. Nos Estados Unidos as atividades físicas ocupacional, de deslocamento e atividades domésticas se encontram em declínio ^{16,17}. Aspectos ambientais, socioeconômicos e climáticos podem ser responsáveis por tanta disparidade, destacando-se a multidimensionalidade e complexidade dos fatores que favorecem ou impossibilitam/dificultam um estilo de vida ativo. O deslocamento ativo é uma importante estratégia para o aumento do nível de atividade física total da população ¹, sendo que países em desenvolvimento têm feito grande investimento em transportes coletivos de qualidade e melhorias na mobilidade urbana, garantindo acessibilidade e segurança. É fundamental que o impacto desses investimentos seja monitorado, pois a redução do transporte ativo implica na substituição por outros tipos de deslocamentos, dependente dos carros e outras modalidades de transporte, o que pode resultar em outros agravos.

O percentual de adultos inativos manteve-se estável, segundo sexo, idade e escolaridade. As prevalências são muito mais elevadas, mais que dobram

após 65 anos, o que está em conformidade com o cenário global¹. Existem evidências sugerindo que o comportamento sedentário em excesso é um fator de risco para a saúde, aumentando o risco de eventos cardiovasculares²³. O VIGITEL tem monitorado o tempo de televisão como um indicador de comportamento sedentário. No período avaliado foi observada a redução na proporção de entrevistados que relataram assistir televisão por três ou mais horas por dia entre jovens adultos de 18 a 24 anos. Entretanto, é importante destacar que o tempo de televisão representa apenas uma parcela do tempo total de comportamento sedentário, representando grande parte do comportamento sedentário entre os mais pobres, com menor frequência entre os mais ricos²⁴. Além do mais, a redução encontrada pode significar apenas uma diversificação de novos tipos de tela, como computador, smartphones, entre outros.

O monitoramento do VIGITEL possibilita avaliar tendências e apoiar políticas públicas de promoção e prevenção da saúde. Existem limites que se referem às respostas autorreferidas, além de mudanças em perguntas, ou opções de respostas, limitando a comparabilidade de alguns indicadores em todo o período, em especial, os ativos no tempo livre e deslocamento. Como o tempo ainda é curto, estas tendências poderão sofrer alterações ao longo dos anos. Além disto, são entrevistados apenas indivíduos residentes nas capitais e que detém linhas de telefone fixo, entretanto os fatores de ponderação utilizados podem minimizar estes efeitos e aproximar-se de estimativas populacionais⁷.

Destacamos a importância deste estudo que está em sintonia com o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022^{6,15}, e com o Plano Global de DCNT⁵ que estabelece metas globais de redução da inatividade física em 10% e aumento dos níveis populacionais de AF^{5,6,15}. Para tanto foram definidas ações intersetoriais envolvendo outros setores, e que priorizam ações de incentivo à atividade física em diversos públicos e espaços^{6,15,25}. Com destaque para o Programa Academia da Saúde (PAS) criado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2011²⁵, e que tem por objetivo estimular ações de promoção da saúde e modos de vida saudáveis nas comunidades, incluindo o estímulo às práticas corporais e atividade física. Para tanto foram destinados recursos para municípios construírem os espaços físicos destinados ao funcionamento do Programa, e recursos para a contratação de profissionais. O PAS está dentro do território das Unidades Básicas de Saúde, com grande potencial para atingir os públicos que têm menos acesso às práticas de AF e hábitos saudáveis, como populações de baixa renda, mulheres, idosos, e desta forma reduzir iniquidades em saúde²⁵.

Destacamos ainda a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), republicada em 2014 e que tem como objetivo “*promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver; ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais*”. A PNPS valoriza a construção de ambientes e territórios saudáveis e traz as práticas corporais e atividades físicas como um de seus temas prioritários. Nos últimos anos foram incentivados programas locais de promoção de AF em cerca de 1000 municípios^{26,27} mediante repasses financeiros, apoio à gestão, cursos de capacitação, apoio na avaliação de iniciativas locais. Estas últimas apontaram evidências no investimento de programas de espaços urbanos e incentivaram a prática da atividade física nas comunidades, e que resultaram no aumento dos níveis de AF na população²⁸⁻³⁰.

Em resumo, houve aumento nos percentuais de ativos no tempo livre, redução no percentual de ativos no deslocamento para o trabalho/escola, e estabilidade na tendência dos percentuais de indivíduos que assistem à TV por no mínimo três horas diárias e de indivíduos fisicamente inativos. Monitorar as mudanças nos indicadores de atividade física é fundamental para avaliar a efetividade das políticas públicas de promoção de atividade física e planejar ações que contribuam com a redução de um dos principais fatores de risco para doenças crônicas. Programas populacionais voltados para o incentivo à atividade física em níveis comunitários e na escola são estratégias importantes para a promoção de modos de vida saudáveis. Além disso, políticas públicas na área de planejamento urbano e ambiente também possuem grande potencial para aumentar os níveis de atividade física da população, por meio de espaços que propiciem lazer e transporte ativos, de forma acessível e segura. Nesse sentido, ações intersetoriais e de mobilização comunitária são essenciais para a promoção da saúde e das práticas corporais, facilitando as opções individuais e reduzindo as iniquidades na distribuição dos equipamentos públicos destinados à população.

REFERÊNCIAS

1. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. *Lancet*. 2012; 380(9839): 20-30.
2. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, Lancet Physical Activity Series Working Group: Effect of physical inactivity on major non communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012; 380(9839):219-29.
3. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
4. World Health Organization (WHO) 2011. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
5. World Health Organization. WHO | Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 [Internet]. WHA66.10 ed. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2014 Jan 27]. 55 p. Available from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
8. Hallal PC, Cordeira KL, Knuth AG, Mielke GI, Victora CG. Ten-year trends in total physical activity practice in Brazilian adults: 2002-2012. *J Phys Act Health*. 2014. (no prelo).
9. da Silva IC, Knuth AG, Mielke GI, Azevedo MR, Gonçalves H, Hallal PC. Trends in Leisure-Time Physical Activity in a Southern Brazilian City: 2003-2010. *J Phys Act Health*. 2014;11(7):1313-17.
10. Matsudo VK, Matsudo SM, Araujo TL, Andrade DR, Oliveira LC, Hallal PC. Time trends in physical activity in the state of Sao Paulo, Brazil: 2002-2008. *Med Sci Sports Exerc*. 2010 ;42:2231-6.
11. Mielke, GI; Hallal PC; Malta DC, Lee, IM. Time trends of physical activity and television viewing time in Brazil: 2006-2012. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11:101.
12. Hallal PC, Knuth AG, Reis RS, Rombaldi AJ, Malta DC, Iser BPM, et al. Tendências temporais de atividade física no Brasil (2006-2009). *Rev bras Epidemiol*. 2011;14(1):suppl.53-60.
13. Izrael D, Hoaglin DC, Battaglia MP. "A SAS Macro for Balancing a Weighted Sample." Proceedings of the Twenty-Fifth Annual SAS Users Group International Conference. SAS Institute Inc., 2000; 275: 1350-1355.
14. US Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Washington, DC: Department of Health and Human Services.

15. Malta DC, Neto OLM, Silva Júnior JB. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. *Revista Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(4):425-38.
16. Brownson RC, Boehmer TK, Luke DA. Declining Rates of Physical Activity in the United States: What Are Contributors? *Annu Rev Public Health*. 2005;26:421-43.
17. Centers for Disease Control. Adult Participation in Recommended Levels of Physical Activity - United States, 2001 and 2003. *MMWR*. 2005;54(47):1208-12.
18. Knuth AG, Hallal PC. Temporal trends in physical activity: a systematic review. *J Phys Act Health*. 2009;6(5):548-59.
19. Azevedo MR, Araújo CL, Reichert FF, Siqueira FV, da Silva MC, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health*. 2007;52(1):8-15.
20. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*. 2012;380(9839):258-71.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in leisure-time physical inactivity by age, sex, and race/ethnicity--United States, 1994-2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2005;54(39):991-4.
22. Samitz G, Egger M, Zwahlen M. Domains of physical activity and all-cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Int J Epidemiol*. 2011;40(5):1382-400.
23. Ford ES, Caspersen CJ. Sedentary behaviour and cardiovascular disease: a review of prospective studies. *Int J Epidemiol*. 2012;41(5):1338-53.
24. Mielke GI, Silva IC, Owen N, Hallal PC. Brazilian adults' sedentary behaviors by life domain: population-based study. *PLoS One*. 2014;9(3):e91614.
25. Malta, DC, Silva Jr, JB. Políticas to promote physical activity in Brazil. *Lancet*. 2012;380:195-6.
26. Amorim TC, Knuth AG, Cruz DKA, Malta DC, Reis RS, Hallal PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde.; *Rev Bras de Ativ Fís Saúde*. 2013;18(1):63-74.
27. Knuth AG, Malta DC, Cruz DK, Castro AM, Fagundes J, Sardinha LM, et al. Description of the countrywide physical activity network coordinated by the Brazilian Ministry of Health: 2005-2008. *J Phys Act Health*. 2010;7(Suppl 2):S253-8.
28. Simoes EJ, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W, et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health*. 2009;99(1):68-75.
29. Reis RS, Hallal PC, Parra DC, Ribeiro IC, Brownson RC, Pratt M, et al. Promoting Physical Activity Through Community-Wide Policies and Planning: Findings From Curitiba, Brazil. *J Phys Act Health*. 2010;7(Suppl 2):S137-45.
30. Parra DC, McKenzie TL, Ribeiro IC, Ferreira Hino AA, Dreisinger M, Coniglio K, et al. Assessing physical activity in public spaces in Brazil using systematic observation methods. *Am J Public Health*. 2010;100:1420-6.

**ENDEREÇO PARA
CORRESPONDÊNCIA
DEBORAH CARVALHO MALTA**

Departamento de Vigilância de
Doenças e Agravos Não Transmissíveis
e Promoção da Saúde SAF Sul, Trecho
02 - Lotes 05/06 - Bloco "F" - Torre 1 -
Edifício Premium, Térreo, sala 16
CEP: 70.070-600 - Brasília / DF.

RECEBIDO 09/01/2015
APROVADO 17/05/2015