



Participação em programas públicos para prática de atividade física e comportamentos de saúde

Participation in public physical activity programs and health behaviors

AUTORES

Lorena Neiva de Oliveira¹
Patrícia Pinheiro de Freitas¹
Mariana Souza Lopes¹
Aline Cristine Souza Lopes¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Nutrição, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

CONTATO

Aline Cristine Souza Lopes
alinelopesenf@gmail.com
Avenida Professor Alfredo Balena, 190, sala 316. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
CEP: 30130-100.

DOI

10.12820/rbafs.26e0204



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar as prevalências de comportamentos de saúde de brasileiros segundo a participação em programas públicos de estímulo à prática de atividade física. Para isso, foram utilizados dados da Pesquisa Nacional da Saúde 2013, que entrevistou 60.202 adultos e idosos e investigou comportamentos de saúde protetores (consumo de feijão, peixe, carne sem excesso de gordura, frutas e hortaliças; e prática de atividade física) e de risco (consumo de refrigerante, doces e álcool; substituição de refeições; tabagismo e assistir televisão). Foram calculadas as prevalências e intervalos de confiança (95%). Cerca de 10% dos entrevistados participavam destes programas e possuíam comportamentos mais saudáveis (maiores prevalências de prática de atividade física e consumo de peixe; e menor ingestão de doces e tabagismo), quando comparados aos demais, com diferenças entre as macrorregiões do país. Desta forma, a expansão destes programas e a diversificação de suas atividades podem constituir importante estratégia de promoção da saúde no país.

Palavras-chave: Estilo de vida; Hábitos alimentares; Exercício físico; Inquéritos epidemiológicos; Inquéritos nutricionais.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the prevalence of health behaviors of Brazilians according to their participation in public programs to encourage the practice of physical activity. For this, data of National Health Survey 2013 was used, who interviewed 60,202 adults and elderly and investigated protective health behaviors (consumption of beans, fish, meat without excess fat, fruits and vegetables; and physical activity) and risk (consumption of soda, sweets and alcohol; meal replacement; smoking and watching television). About 10% of Brazilians participated in these Programs and had healthier behaviors (higher prevalence of physical activity and fish consumption; and lower intake of sweets and smoking), when compared to the others, with differences between the country's macro-regions. This way, the expansion of these Programs and diversification of their activities can be an important health promotion strategy in the country.

Keywords: Lifestyle; Food habits; Exercise; Health Surveys; Nutrition Surveys.

Introdução

Atualmente, a maior causa de morbimortalidade no mundo são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Vários fatores se relacionam ao seu desenvolvimento, entre os quais se destacam os comportamentos de saúde, como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo abusivo de álcool¹. Ressalta-se que todos estes comportamentos devem ser monitorados visando a adequada prevenção e o controle das DCNT².

Inquéritos nacionais mostraram prevalências elevadas dos comportamentos de risco à saúde²⁻⁴. No que se refere à alimentação, verificou-se mudanças importantes no padrão alimentar nas últimas décadas, com o aumento do consumo de carnes e alimentos ultraprocessados como refrigerantes, biscoitos e refeições prontas;

concomitante à redução do consumo de leguminosas, frutas, hortaliças, raízes e tubérculos³. Apesar disso, o padrão alimentar brasileiro ainda conta com participação relevante de marcadores da alimentação saudável, como consumo de feijão, frutas e hortaliças. De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2019, mais da metade da população adulta residente nas capitais e Distrito Federal referiu o consumo regular de feijão, e 34,3% consumiam frutas e hortaliças regularmente⁴. Quanto à prática de atividade física, dados do Vigitel mostraram que, mais de um terço da população era ativa no lazer. Entretanto, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi de 18,8% e a frequência de adultos e idosos fumantes foi de 9,8%⁴.

Para conter o avanço dos comportamentos de risco

à saúde, um dos eixos prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁵ é a promoção, informação e educação em saúde. Entre as ações prioritárias estão a promoção de hábitos alimentares saudáveis, controle do tabagismo e do uso abusivo de bebidas alcoólicas, além da promoção de atividade física, como forma de prevenção e controle das DCNT.⁶ Além disso, tem-se o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022⁶, que recentemente foi submetido à consulta pública para nova vigência para o período de 2021-2030⁷. Na versão atual do Plano⁶ se destacam as metas de redução de 1/3 da mortalidade prematura por DCNT e a redução de fatores de risco que incluem cuidados com a alimentação e a prática de atividade física^{6,8}.

Entretanto, antes mesmo da proposição da PNPS⁵ e do Plano de Enfrentamento das DCNT⁶, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 2.608/2005⁹, já havia disponibilizado recursos aos estados da federação para investimentos em projetos locais de incentivo à prática de atividade física⁹. Atualmente, o Programa Academia da Saúde (PAS) é a iniciativa mais relevante em todo o território brasileiro, apesar de existirem outras em menor escala que também contribuem para o incentivo à prática de atividade física¹⁰.

O PAS tem como objetivo promover a saúde a partir de infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais de atividade física no lazer, promoção da alimentação saudável e práticas integrativas relacionadas à recuperação da saúde e valorização do autocuidado. Dessa forma, visa também contribuir para a redução dos comportamentos de risco para as DCNT, elevando níveis de contato social e qualidade de vida da população^{11,12}. Atualmente, no Brasil são 3.821 unidades do PAS habilitadas, em diferentes etapas de implantação, distribuídas em 2.678 municípios¹². Estudos apontam a relevância e a efetividade do PAS, sendo que seus usuários relataram melhor percepção de saúde, maiores níveis de prática de atividade física no lazer e consumo alimentar mais saudável¹²⁻¹⁴.

Mediante o avanço das DCNT no Brasil e a importância das ações de vigilância para orientação, delineamento e suporte às intervenções voltadas para sua prevenção e controle¹⁵, se faz importante investigar os comportamentos de risco e de proteção à saúde entre os usuários de programas públicos de promoção da saúde. Dessa forma, este artigo objetivou avaliar as prevalências de comportamentos de saúde de brasileiros

segundo a participação em programas públicos de estímulo à prática de atividade física.

Métodos

O estudo foi realizado a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013¹⁶, um inquérito populacional de base domiciliar conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. Esta pesquisa tem por objetivo coletar informações sobre o estado de saúde, estilo de vida e acesso a serviços de saúde da população brasileira¹⁶.

A PNS possui delineamento amostral por conglomerado em três estágios, estratificados das unidades primárias de amostragem (UPA). O primeiro estágio foi formado pelos setores censitários ou conjunto de setores, o segundo pelos domicílios, e o terceiro estágio pelos moradores com 18 anos ou mais de idade selecionados de forma aleatória. Dessa forma, são determinados pesos amostrais para as UPA, e para os três diferentes estágios¹⁷. Ressalta-se que, a PNS é um estudo representativo do Brasil, de suas macrorregiões, Unidades de Federação, capitais e população urbana e rural.

A amostra foi estimada em 81.167 domicílios, sendo obtidos registros de entrevistas de 64.348 desses, correspondendo a 60.202 adultos e idosos entrevistados e uma taxa de 8,1% de não resposta¹⁷.

As informações foram coletadas entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014 por profissionais capacitados, e registradas em computadores de mão (*Personal Digital Assistance - PDA*)¹⁶.

O indivíduo adulto, escolhido aleatoriamente, respondeu a três questionários: um sobre informações do domicílio, outro sobre o estado de saúde dos demais moradores do domicílio e um terceiro sobre informações individuais sobre seu estilo de vida e estado de saúde. Outras informações sobre a PNS podem ser obtidas em publicação anterior¹⁷. Neste estudo, foram utilizadas as informações referentes às características gerais dos moradores, estilo de vida e a percepção do estado de saúde do entrevistado¹⁶.

Os comportamentos de proteção à saúde foram: consumo regular de feijão (5x ou mais/semana) e de peixe (pelo menos 1x/semana)¹⁸; consumo recomendado de frutas e hortaliças (5x dia/todos os dias, incluindo sábado e domingo)¹⁸; e prática de atividade física no tempo livre igual a 150 minutos semanais, com intensidade leve ou moderada ou 75 minutos semanais de intensidade vigorosa¹⁹. Já os comportamentos de risco à saúde

foram: consumo regular de refrigerante e de alimentos doces (5x ou mais/semana)³; substituição de refeições por lanche (5x ou mais/semana)⁴; assistir televisão no mínimo 3 horas/dia⁸; tabagismo (uso atual de qualquer produto do tabaco)⁸; e consumo abusivo de álcool (cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres em uma única ocasião nos últimos 30 dias)²⁰.

A participação em programas públicos de estímulo à prática de atividade física foi investigada considerando as respostas afirmativas às duas seguintes perguntas: “O(A) sr(a) conhece algum programa público no seu município de estímulo à prática de atividade física?” e “O(A) sr(a) participa desse programa?”. Caso o usuário respondesse negativamente à primeira ou segunda questão foi considerado não participante destes programas.

As covariáveis investigadas constaram das seguintes características sociodemográficas: sexo (masculino e feminino); idade (18-24, 25-39, 40-59 e 60 anos e mais); escolaridade (sem instrução/fundamental incompleto; fundamental completo/médio incompleto; médio completo/superior incompleto; e superior completo); raça/cor de pele (branca, preta, amarela, parda e indígena); local de residência (urbano e rural); região (Centro-Oeste, Sul, Sudeste, Nordeste e Norte).

Além disso, também foram analisados os motivos de não participação nos programas pela seguinte pergunta: “Qual o principal motivo de não participar?”.

As análises dos dados foram realizadas pelo *software* Stata versão 14.0, utilizando o comando *survey* devido à amostragem complexa. Em tal procedimento os respectivos pesos amostrais foram calculados considerando a probabilidade de seleção para a amostra mestra e a probabilidade de seleção para a amostra da pesquisa. Desta forma, garantiu-se as observações para todos os grupos analisados.

A análise descritiva foi feita pelo cálculo das prevalências (%) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Os comportamentos de proteção e de risco à saúde foram descritos segundo a participação em programa público de estímulo à prática de atividade física, e estratificados por macrorregião do país. Diferenças nas prevalências segundo a participação nestes programas foram analisadas considerando a sobreposição dos intervalos de confiança.

O inquérito foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde, sob o Parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

No Brasil, a prevalência de participação de adultos e idosos (18 anos ou mais de idade) em programas públicos de estímulo à prática de atividade física foi de 10,3%. A maioria era de mulheres (62,1%; IC95%: 56,9 - 67,0), residentes em áreas urbanas (95,0%; IC95%: 92,3 - 96,7), na faixa etária de 40 a 59 anos (36,2%; IC95%: 31,5 - 41,2), com baixa escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto: 38,5%; IC95%: 33,6 - 43,7), e que relataram ser de raça/cor de pele branca (48,9%; IC95%: 43,9 - 53,9) e parda (40,4%; IC95%: 35,7 - 45,2) - Tabela 1.

Quando investigado o principal motivo para a não participação nestes programas, a falta de tempo (41,4%; IC95%: 39,7 - 43,1), o desinteresse pelas atividades ofertadas (29,7%; IC95%: 28,2 - 31,3) e não ser perto do domicílio (12,7%; IC95%: 11,5 - 14,3) foram os mais relatados. A análise estratificada destas motivações por macrorregião do país mostrou resultados semelhantes (Figura 1).

Quanto aos comportamentos protetores da saúde, verificou-se entre os usuários dos programas no país, maiores prevalências de consumo regular de peixes (63,5%; IC95%: 58,4 - 68,3 *vs.* 55,5%; IC95%: 53,4 - 57,5) e de prática de atividade física (57,1%; IC95%: 51,8 - 62,2 *vs.* 28,9%; IC95%: 27,4 - 30,5), quando comparados aos não participantes (Tabela 2).

Foram também observadas maiores prevalências de prática de atividade física em participantes de programas em todas as macrorregiões do país, quando comparados com não participantes. Entretanto, na macrorregião Sul, essa prevalência (39,2%; IC95%: 29,1 - 50,2) foi bastante inferior à média nacional e às demais macrorregiões do país.

Quanto aos comportamentos protetores da saúde relacionados à alimentação, observou-se apenas na macrorregião um menor consumo de carne sem excesso de gordura entre os participantes dos programas (95,5%; IC95%: 91,7 - 97,6 *vs.* 87,1%; IC95%: 82,8 - 90,5), quando comparados aos não participantes (Tabela 2).

Quando analisados os comportamentos de risco à saúde observou-se que, entre os participantes dos programas de atividade física foram menores as prevalências de consumo regular de doces (19,3%; IC95%: 16,0 - 23,1 *vs.* 24,8%; IC95%: 23,4 - 26,4) e de tabagismo (8,4%; IC95%: 6,1 - 11,5 *vs.* 13,9%; IC95%: 12,7 - 15,2), quando comparados aos não participantes (Tabela 3).

Na análise estratificada por macrorregiões, verificou-se entre os participantes dos programas no Sudeste

Tabela 1 – Características sociodemográficas conforme a participação em programas públicos para prática de atividade física. Pesquisa Nacional da Saúde. Brasil, 2013.

Variáveis	Total (%; IC 95%)	Usuários de programas públicos para prática de atividade física	
		Sim (%; IC95%)*	Não (%; IC95%)*
Total		10,3	89,7
Sexo			
Masculino	47,1 (46,3 - 47,8)	37,9 (33,0 - 43,1)	41,7 (39,9 - 43,5)
Feminino	52,9 (52,1 - 53,6)	62,1 (56,9 - 67,0)	58,3 (56,5 - 60,0)
Idade			
18-24 anos	15,9 (15,4 - 16,5)	13,5 (10,0 - 18,0)	14,3 (13,0 - 15,7)
25-39 anos	31,8 (31,1 - 32,5)	20,4 (16,9 - 24,5)*	31,5 (29,9 - 33,2)*
40-59 anos	34,2 (33,6 - 34,9)	36,2 (31,5 - 41,2)	37,3 (35,7 - 38,9)
60+ anos	18,0 (17,4 - 18,7)	29,8 (25,6 - 34,3)*	16,8 (15,5 - 18,3)*
Escolaridade			
Sem instrução/fundamental incompleto	38,9 (37,9 - 39,9)	38,5 (33,6 - 43,7)*	28,5 (26,9 - 30,2)*
Fundamental completo/médio incompleto	15,5 (15,0 - 16,1)	15,2 (12,0 - 19,1)	14,4 (13,2 - 15,8)
Médio completo/superior incompleto	32,8 (32,0 - 33,6)	33,1 (28,5 - 38,1)	38,8 (37,1 - 40,5)
Superior completo	12,7 (12,0 - 13,5)	13,1 (10,4 - 16,4)*	18,2 (16,7 - 19,9)*
Raça/Cor de pele			
Branca	47,5 (46,3 - 48,6)	48,9 (43,9 - 53,9)	53,1 (51,1 - 55,2)
Preta	9,2 (8,7 - 9,7)	9,7 (07,1 - 13,3)	7,8 (06,9 - 08,9)
Amarela	0,9 (0,8 - 1,1)	0,6 (0,3 - 1,2)	0,6 (0,4 - 0,9)
Parda	42,0 (40,9 - 43,1)	40,4 (35,7 - 45,2)	37,9 (36,0 - 39,7)
Indígena	0,4 (0,3 - 0,5)	0,4 (0,2 - 0,9)	0,5 (0,3 - 0,7)
Local de Residência			
Urbana	86,2 (84,9 - 87,4)	95,0 (92,3 - 96,7)	95,8 (94,9 - 96,5)
Rural	13,8 (12,6 - 15,0)	5,0 (3,2 - 7,7)	4,2 (3,5 - 5,1)
Região			
Sudeste	43,8 (41,6 - 45,9)	49,3 (43,7 - 55,0)	51,0 (47,9 - 54,2)
Norte	7,4 (6,8 - 8,1)	5,0 (3,7 - 6,6)	4,8 (4,1 - 5,7)
Sul	14,8 (13,4 - 16,2)	17,3 (13,5 - 21,8)	17,1 (15,0 - 19,4)
Nordeste	26,6 (25,0 - 28,3)	18,8(15,1 - 23,2)	20,2 (18,2 - 22,4)
Centro-oeste	7,4 (6,7 - 8,0)	10,0 (7,3 - 12,5)	6,7 (5,9 - 7,8)

IC95% = intervalo de confiança a 95%. *Diferença observada pela não sobreposição do intervalo de confiança.

te, menor prevalência do consumo regular de alimentos doces (17,5%; IC95%: 12,8 - 23,6 *vs.* 26,3%; IC95%: 24,0 - 28,7), e de tabagismo no Sul (6,0%; IC95%: 3,1 - 11,2 *vs.* 14,6%; IC95%: 12,0 - 17,6), quando comparados aos não participantes (Tabela 3).

Discussão

Os resultados mostraram que a participação de adultos e idosos brasileiros em programas públicos de estímulo à prática de atividade física é ainda reduzida. Entretanto, quando os usuários destes programas foram comparados aos não usuários, foram verificadas maiores prevalências de prática de atividade física no lazer, e resultados positivos também sobre a alimentação e o tabagismo. Estas diferenças foram observadas tanto no país, quanto em suas macrorregiões.

A falta de tempo e o desinteresse nas atividades ofertadas foram os principais fatores relatados para a não participação em programas públicos de estímulo à prática de atividade física. Possivelmente, o seu horário reduzido de funcionamento (preferencialmente matutino) pode ser incompatível com os turnos de trabalho e disponibilidade de boa parte da população brasileira, sobretudo economicamente ativa²¹. Corroborando esta hipótese, estudos anteriores mostraram que a grande maioria dos usuários do PAS, principal programa do país nesta modalidade, era de pessoas não empregadas e aposentadas^{11,13,21}. Recentemente, com a finalidade de ampliar essa participação, foram incluídos horários noturnos de funcionamento no PAS. Entretanto, provavelmente devido à insegurança pública vivenciada no território, essa tentativa parece não ter sido suficiente para ampliar a

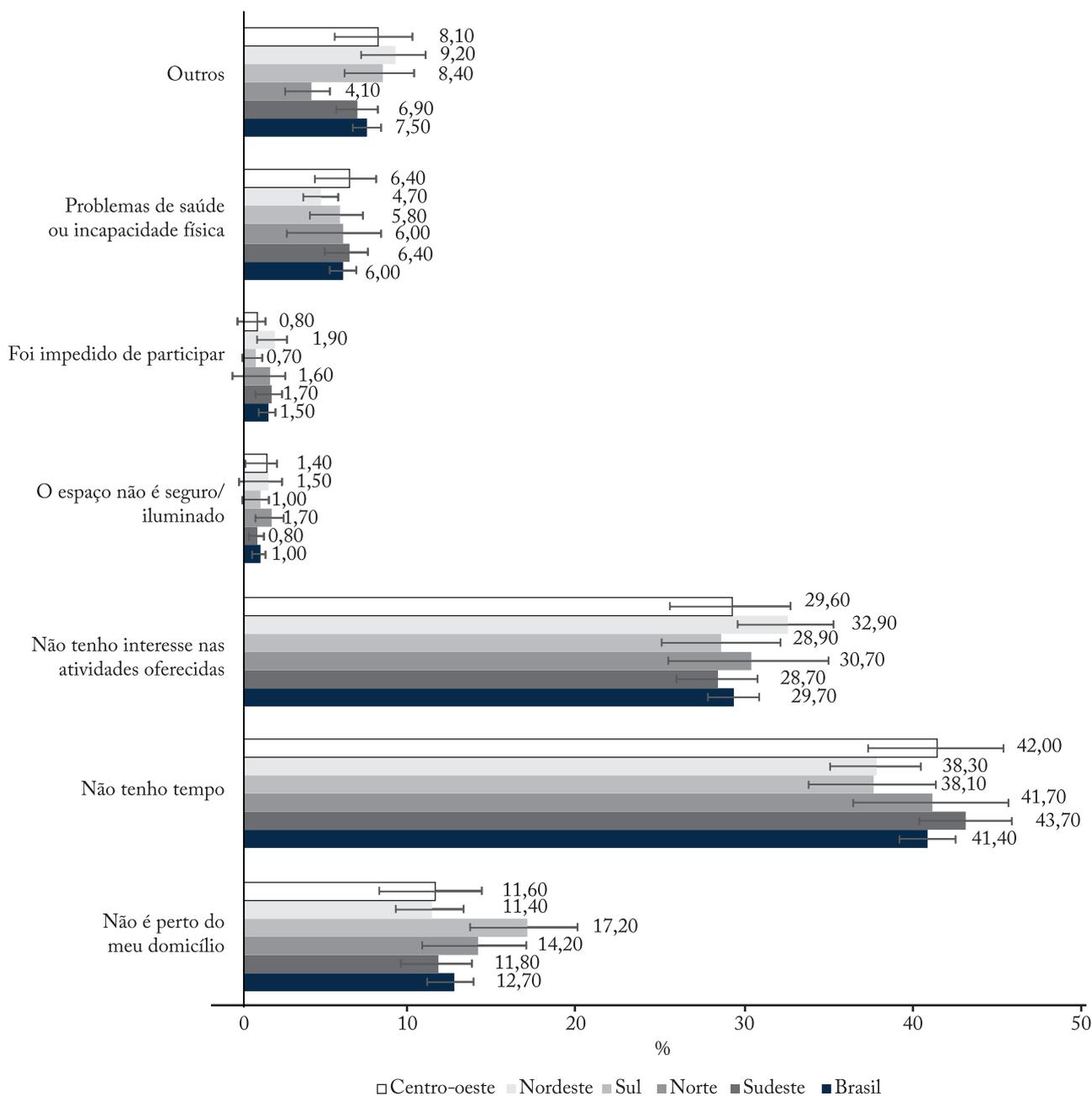


Figura 1 – Motivos da não participação de adultos e idosos brasileiros em programas públicos para prática de atividade física por macrorregião do país. – Pesquisa Nacional da Saúde. Brasil, 2013. Dados apresentados em prevalência e intervalo de confiança a 95%.

participação de grande parte da população¹².

Já a falta de interesse pelas atividades ofertadas pelos programas reforça a necessidade de diversificar as ações para além da prática de atividade física, incluindo também práticas artísticas e culturais²², e ações de promoções da alimentação adequada e saudável.

A distância dos domicílios até os programas foi também outra barreira apontada para a participação. Andrade et al.²³ mostraram que, indivíduos que residiam a

menos de 500 metros das unidades do PAS tinham 18% mais chances de serem ativos no lazer, quando comparados àqueles que residiam a uma maior distância. Nesse sentido, denota-se a necessidade de disseminação de programas deste tipo nas diferentes localidades do país, além de modificações urbanas que facilitem o acesso ao equipamento, como ruas mais interligadas, presença de calçadas e melhor iluminação, concomitante com medidas que garantam a segurança pública.

Tabela 2 – Comportamentos protetores da saúde entre adultos e idosos brasileiros participantes e não participantes de programas públicos para prática de atividade física, segundo macrorregião do país. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013.

Variáveis	Total (%; IC95%)	Usuários de programas públicos para prática de atividade física	
		Sim (%; IC95%)	Não (%; IC95%)
Brasil			
Consumo regular de feijão ^a	71,9 (71,0 - 72,8)	69,7 (65,1 - 74,0)	70,8 (69,0 - 72,5)
Consumo de carne sem excesso de gordura ^b	86,0 (85,3 - 86,6)	88,8 (84,7 - 92,0)	86,1 (84,7 - 87,4)
Consumo regular de peixe ^c	54,6 (53,4 - 55,7)	63,5 (58,4 - 68,3)*	55,5 (53,4 - 57,5)*
Consumo recomendado de FH ^d	85,5 (84,7 - 86,2)	89,0 (86,1 - 91,4)	87,2 (86,0 - 88,3)
Ativos na prática de atividade física ^e	22,4 (21,8 - 23,1)	57,1 (51,8 - 62,2)*	28,9 (27,4 - 30,5)*
Sudeste			
Consumo regular de feijão ^a	77,5 (76,1 - 78,9)	75,9 (68,5 - 82,1)	75,8 (73,0 - 78,4)
Consumo de carne sem excesso de gordura ^b	83,7 (82,6 - 84,8)	88,3 (80,5 - 93,2)	84,4 (82,1 - 86,5)
Consumo regular de peixe ^c	50,9 (48,9 - 52,9)	64,2 (55,9 - 71,6)	54,1 (50,8 - 57,4)
Consumo recomendado de FH ^d	87,1 (85,8 - 88,3)	92,9 (88,5 - 95,7)	88,1 (86,2 - 89,8)
Ativos na prática de atividade física ^e	22,7 (21,5 - 23,9)	62,7 (54,3 - 70,5)*	29,1 (26,7 - 31,6)*
Norte			
Consumo regular de feijão ^a	48,3 (45,5 - 51,2)	47,0 (36,7 - 57,5)	50,8 (46,0 - 55,5)
Consumo de carne sem excesso de gordura ^b	89,2 (87,7 - 90,6)	95,5 (91,7 - 97,6)*	87,1 (82,8 - 90,5)*
Consumo regular de peixe ^c	77,2 (75,1 - 79,1)	87,5 (78,4 - 93,0)	80,0 (76,3 - 83,3)
Consumo recomendado de FH ^d	89,6 (88,1 - 90,9)	87,3 (74,4 - 94,2)	90,0 (86,2 - 92,8)
Ativos na prática de atividade física ^e	22,2 (20,7 - 23,8)	64,2 (51,8 - 75,0)*	31,2 (27,0 - 35,7)*
Sul			
Consumo regular de feijão ^a	59,6 (57,0 - 62,0)	52,3 (41,0 - 63,3)	59,2 (54,9 - 63,3)
Consumo de carne sem excesso de gordura ^b	81,3 (79,6 - 83,0)	89,2 (80,2 - 94,4)	82,0 (78,5 - 85,1)
Consumo regular de peixe ^c	42,9 (40,1 - 45,7)	45,8 (35,3 - 56,7)	43,7 (39,4 - 48,2)
Consumo recomendado de FH ^d	84,0 (82,0 - 85,8)	84,6 (76,4 - 90,3)	87,1 (84,4 - 89,3)
Ativos na prática de atividade física ^e	21,5 (20,0 - 23,1)	39,2 (29,1 - 50,2)*	27,3 (23,8 - 31,1)*
Nordeste			
Consumo regular de feijão ^a	73,7 (72,3 - 75,1)	73,5 (64,4 - 80,9)	70,1 (67,3 - 72,8)
Consumo de carne sem excesso de gordura ^b	92,4 (91,7 - 93,0)	92,9 (83,2 - 97,2)	94,9 (93,5 - 96,0)
Consumo regular de peixe ^c	63,4 (61,4 - 65,4)	76,1 (66,7 - 83,5)	66,0 (62,5 - 69,3)
Consumo recomendado de FH ^d	81,6 (80,3 - 82,8)	81,9 (73,9 - 87,8)	84,3 (82,0 - 86,3)
Ativos na prática de atividade física ^e	22,3 (21,2 - 23,4)	60,1 (49,3 - 70,0)*	29,7 (26,8 - 32,8)*
Centro-Oeste			
Consumo regular de feijão ^a	80,2 (78,9 - 81,5)	73,7 (63,9 - 81,5)	78,8 (75,3 - 81,9)
Consumo de carne sem excesso de gordura ^b	82,2 (80,9 - 83,6)	79,6 (69,2 - 86,7)	81,8 (78,3 - 84,8)
Consumo regular de peixe ^c	44,7 (42,6 - 46,7)	54,5 (42,9 - 65,7)	46,4 (42,0 - 50,9)
Consumo recomendado de FH ^d	88,6 (87,4 - 89,8)	91,8 (84,2 - 95,9)	86,9 (83,7 - 89,6)
Ativos na prática de atividade física ^e	24,1 (22,7 - 25,6)	50,8 (39,4 - 62,1)*	28,1 (24,7 - 31,7)*

IC 95% = Intervalo de confiança a 95%; FH = frutas e hortaliças. *Diferença observada pela não sobreposição do intervalo de confiança. a = Consumo em cinco ou mais dias na semana; b = Consumo sem a gordura aparente; c = Consumo em pelo menos um dia na semana; d = Consumo em cinco ou mais vezes no dia; e = 150 minutos semanais de intensidade leve ou moderada, ou 75 minutos semanais de intensidade vigorosa.

O horário de funcionamento destes programas também pode contribuir para explicar o perfil sociodemográfico, relacionado à idade e sexo, identificado entre os usuários, ou seja, predominantemente indivíduos na faixa etária de 40 a 59 anos e mulheres¹¹. Tomando como exemplo o PAS, é comum observar maior participação com o avanço da idade e de donas de casa, possivelmente devido à maior disponibilidade de tem-

po¹³. Ademais, estes grupos podem apresentar maior interesse por práticas que proporcionam a socialização ou mesmo serem mais preocupados com a saúde e com a imagem corporal, como as mulheres¹¹.

Como era esperado, verificou-se neste estudo que usuários de programas de estímulo para prática de atividade física eram mais ativos no lazer do que não usuários. Atualmente, devido a sua alta prevalência e

Tabela 3 – Comportamentos de risco à saúde entre adultos e idosos brasileiros participantes e não participantes de programas públicos para prática de atividade física, segundo a macrorregião do país. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013.

Variáveis	Total (%; IC95%)	Usuários de programas públicos para prática de atividade física	
		Sim (%; IC95%)*	Não (%; IC95%)
Brasil			
Consumo regular de refrigerante ^a	23,4 (22,6 - 24,1)	20,5 (16,3 - 25,4)	23,2 (21,6 - 24,9)
Consumo regular de alimentos doces ^a	21,7 (21,0 - 22,4)	19,3 (16,0 - 23,1)*	24,8 (23,4 - 26,4)*
Substituição de refeições para lanches ^b	6,6 (6,2 - 7,1)	6,8 (4,7 - 9,7)	8,8 (7,8 - 10,0)
Consumo abusivo de álcool ^c	51,5 (49,9 - 53,0)	40,1 (31,0 - 50,0)	47,4 (44,1 - 50,7)
Tabagismo	14,7 (14,2 - 15,2)	8,4 (6,1 - 11,5)*	13,9 (12,7 - 15,2)*
Assistir televisão por mais de 3 horas/dia	28,9 (28,1 - 29,7)	26,4 (22,3 - 30,9)	28,7 (27,1 - 30,3)
Sudeste			
Consumo regular de refrigerante ^a	26,8 (25,5 - 28,2)	22,8 (15,9 - 31,5)	25,6 (23,0 - 28,4)
Consumo regular de alimentos doces ^a	23,7 (22,5 - 25,0)	17,5 (12,8 - 23,6)*	26,3 (24,0 - 28,7)*
Substituição de refeições para lanches ^b	8,3 (7,4 - 9,2)	6,0 (3,1 - 11,2)	10,2 (8,5 - 12,2)
Consumo abusivo de álcool ^c	48,3 (45,5 - 51,1)	26,3 (15,9 - 40,1)	44,2 (39,1 - 49,4)
Tabagismo	15,0 (14,1 - 15,9)	9,2 (5,5 - 14,9)	1,5 (13,2 - 17,3)
Assistir televisão por mais de 3 horas/dia	31,0 (29,6 - 32,4)	25,7 (20,0 - 32,5)	31,4 (28,9 - 34,0)
Norte			
Consumo regular de refrigerante ^a	19,9 (18,4 - 21,5)	20,1 (12,9 - 29,8)	22,3 (18,7 - 26,5)
Consumo regular de alimentos doces ^a	10,7 (9,6 - 11,9)	12,0 (7,1 - 19,5)	15,3 (12,4 - 18,7)
Substituição de refeições para lanches ^b	3,0 (2,5 - 3,6)	4,5 (2,0 - 10,0)	4,9 (3,1 - 7,5)
Consumo abusivo de álcool ^c	66,6 (63,2 - 69,8)	46,9 (21,2 - 74,3)	64,7 (55,3 - 73,1)
Tabagismo	13,2 (11,9 - 14,7)	7,9 (3,8 - 15,6)	9,5 (7,2 - 12,4)
Assistir televisão por mais de 3 horas/dia	30,5 (28,6 - 32,4)	34,4 (21,4 - 50,2)	32,2 (27,3 - 37,6)
Sul			
Consumo regular de refrigerante ^a	24,4 (22,6 - 26,3)	17,8 (11,1 - 27,2)	21,7 (18,4 - 25,5)
Consumo regular de alimentos doces ^a	26,2 (24,4 - 28,0)	26,7 (17,9 - 37,8)	27,5 (23,9 - 31,4)
Substituição de refeições para lanches ^b	8,8 (7,8 - 9,9)	11,7 (5,8 - 22,4)	11,0 (8,9 - 13,6)
Consumo abusivo de álcool ^c	35,2 (32,2 - 38,3)	39,6 (21,9 - 60,5)	35,8 (29,8 - 42,3)
Tabagismo	16,0 (14,7 - 17,5)	6,0 (3,1 - 11,2)*	14,6 (12,0 - 17,6)*
Assistir televisão por mais de 3 horas/dia	23,7 (22,0 - 25,4)	29,0 (18,9 - 41,9)	22,2 (19,3 - 25,4)
Nordeste			
Consumo regular de refrigerante ^a	16,8 (15,8 - 17,9)	12,1 (7,0 - 20,0)	18,1 (15,6 - 20,9)
Consumo regular de alimentos doces ^a	18,7 (17,6 - 19,9)	17,4 (11,7 - 25,1)	21,5 (19,2 - 24,0)
Substituição de refeições para lanches ^b	3,3 (2,8 - 3,9)	2,1 (0,7 - 5,6)	4,6 (3,0 - 7,0)
Consumo abusivo de álcool ^c	62,4 (59,7 - 65,1)	63,0 (36,9 - 83,2)	61,4 (54,6 - 67,7)
Tabagismo	14,2 (13,3 - 15,1)	6,2 (3,1 - 11,8)	12,3 (10,5 - 14,4)
Assistir televisão por mais de 3 horas/dia	28,9 (27,6 - 30,2)	25,3 (16,3 - 37,1)	26,6 (23,9 - 29,5)
Centro-Oeste			
Consumo regular de refrigerante ^a	27,7 (26,0 - 29,5)	30,3 (18,7 - 45,1)	24,7 (21,3 - 28,3)
Consumo regular de alimentos doces ^a	22,0 (20,6 - 23,4)	22,3 (15,3 - 31,5)	23,8 (20,5 - 27,4)
Substituição de refeições para lanches ^b	7,5 (6,6 - 8,5)	12,1 (7,0 - 20,1)	8,8 (6,9 - 11,3)
Consumo abusivo de álcool ^c	59,0 (56,0 - 61,9)	56,9 (38,4 - 73,7)	60,4 (52,9 - 67,5)
Tabagismo	13,4 (12,4 - 14,5)	13,4 (6,9 - 24,6)	10,6 (8,6 - 13,1)
Assistir televisão por mais de 3 horas/dia	25,6 (24,1 - 27,1)	22,9 (16,3 - 31,2)	28,2 (24,7 - 31,9)

IC95% = Intervalo de confiança a = 95%. *diferença observada pela não sobreposição do intervalo de confiança.

a = Consumo em cinco ou mais dias na semana; b = Substituição em cinco ou mais dias na semana; c = Consumo superior a cinco doses para homens e quatro doses para mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias

impactos negativos na saúde, a inatividade física é considerada um dos principais problemas de saúde pública

no mundo. Ela contribui para aumentar a prevalência de DCNT, podendo elevar a mortalidade por doenças

como diabetes, doenças isquêmicas do coração, dentre outras²⁴. Dessa forma, aponta-se a necessidade de expansão destes programas com vistas a ampliar a prática de atividade física no lazer, conforme preconizado pela PNPS⁵ e o Plano de Enfrentamento das DCNT⁶.

Independentemente da condição de saúde do indivíduo, a prática de atividade física também se associa a uma melhor percepção de qualidade de vida^{25,26}. Estudo conduzido com usuários do PAS de Belo Horizonte, Minas Gerais também mostrou maior satisfação com a vida, sugerindo possível relação com o maior convívio social proporcionado pelo Programa e o estreitamento das redes de coesão social e de estabelecimento de novos vínculos²⁷. Acredita-se que, uma vez participando de programas de promoção da saúde, o indivíduo pode aumentar expressivamente as chances de adotar modos de vida saudáveis em prol do seu bem-estar²³.

Foram verificadas menores prevalências de consumo de alimentos doces e de tabagismo, assim como maior consumo de peixes em participantes de programas de estímulo à atividade física. É sabido que, o consumo de peixe está relacionado com o valor cultural do alimento, assim como sua disponibilidade natural e econômica em cada macrorregião. Isso provavelmente explica a maior prevalência de consumo deste alimento verificada na macrorregião Norte¹⁸. Já sobre o consumo de doces, a análise por macrorregião mostrou diferenças apenas para aqueles residentes no Sudeste. Nesta macrorregião, participantes de programas de estímulo à atividade física obtiveram prevalência de consumo 18% inferior à verificada nos quatro estados do Sudeste brasileiro³.

Na macrorregião Sul, o tabagismo entre participantes de programas de atividade física foi menor, quando comparados com os não participantes. Entretanto, cabe ressaltar, que essa prevalência foi ainda inferior à média nacional e para cada estado brasileiro, exceto para a macrorregião Centro-oeste⁸.

Este estudo apresenta limitações. Por se tratar de informações autorreferidas sobre hábitos e comportamentos de saúde pode ocorrer viés de memória, diferenças na compreensão e sub ou superestimação dos valores referidos. Entretanto, estes são dados oriundos de inquérito nacional, representativo da população brasileira, que utilizou instrumentos validados para investigar os comportamentos de saúde^{28,29}. Erros na aferição também podem ocorrer para a questão utilizada para investigar a variável explicativa principal: participação em programas públicos de estímulo à prática de atividade física, uma vez que, não foi an-

teriormente validada. Contudo, questões semelhantes também foram usadas em estudos epidemiológicos anteriores^{12,30}. Outra limitação possível relaciona-se à variável explicativa principal é sua reduzida prevalência no país (n = 10.926), isso implicou em perda de participantes em alguns estratos da amostra, inviabilizando a realização de testes estatísticos para comparação de médias, medianas e proporções. No entanto, destaca-se a importância de estudos descritivos como este para levantar hipóteses e fornecer elementos para a vigilância em saúde, bem como para pautar e reestruturar políticas públicas e possibilitar comparações com novas edições da PNS.

Este estudo apresenta potencialidades que justificam a divulgação de seus resultados. É o primeiro estudo nacional que comparou comportamentos protetores e de risco à saúde, segundo a participação em programas públicos de incentivo à prática de atividade física em amostra representativa da população brasileira. Seus resultados corroboram a necessidade da contínua expansão destes programas no país, sobretudo o PAS, visando promover a saúde e o bem-estar da população brasileira.

Os seus resultados também apontam para a necessidade de se repensar o funcionamento e as atividades desenvolvidas nestes programas de incentivo à prática de atividade física com vistas a promover a maior participação da população, assim como fortalecer as ações de promoção da saúde. Ademais, reforça-se a necessidade de diversificar suas atividades haja vista o amplo espectro de fatores envolvidos na determinação social da saúde¹⁹. Dessa forma, suas atividades devem abarcar além da promoção da atividade física e da alimentação adequada e saudável, a produção do autocuidado, e ofertar práticas integrativas e complementares, práticas artísticas e culturais, entre outras.

Conclui-se assim que, a participação de adultos e idosos em programas públicos de incentivo à prática de atividade física ainda é reduzida no país. Para reverter esta situação é urgente a sua expansão em todo o país, sobretudo ao considerar que, seus usuários apresentaram melhores prevalências para marcadores de consumo de alimentos, tabagismo e prática de atividade física no lazer. Entretanto, sugere-se que, estes programas tenham sua cobertura e horários de funcionamento ampliados, bem como diversificadas suas atividades visando maior atratividade e adesão, de modo a contribuir para atingir as metas propostas pelo Plano de Enfrentamento de DCNT no Brasil⁶.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Contribuições dos autores

Oliveira LN, contribuiu na concepção do estudo; análise e interpretação dos dados; elaboração da versão preliminar do manuscrito. Freitas PP, contribuiu no delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito. Lopes MS, contribuiu no delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito. Lopes ACSL, contribuiu na concepção, aquisição, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Agradecimentos

Agradecemos à Angélica Ribeiro e Silva que apoiou as análises estatísticas.

Referências

- World Health Organization. WHO Global NCD Action Plan 2013-2020. Genebra: WHO; 2013.
- Mielke GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, Szwarcwald CL, Malta DC. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):277-86.
- Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):257-65.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. VIGITEL 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n.2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília;2014.
- Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde;2020.
- Malta DC, Andrade SSCA, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Junior JBS et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):217-26.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n. 2.608, de 28 de dezembro de 2005. Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília; 2005.
- Guarda FRB, Silva RN, Feitosa WMN, Neto PMS, Júnior JLACA. Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do processo do trabalho. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2015;20(6):638-40.
- Silva KL, Sena RR, Matos JAV, Lima KMSV, Silva PM. Acesso e utilização da Academia da Cidade de Belo Horizonte: perspectiva de usuários e monitores. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2014;19(6):700-02.
- Malta DC, Mielke GI, Costa NCP. Pesquisas de avaliação do Programa Academia da Saúde [recurso eletrônico]. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde; 2020 [acesso em: 29 de set de 2020]. Disponível em: http://sbafs.org.br/public/Painel/midia/imagem/arquivo/Malta_Mielke_Costa_Academia_da_Saude.pdf.
- Mendonça RD. Efetividade de ações de promoção do consumo de frutas e hortaliças no Programa Academia da Saúde [tese]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
- Lopes ALS, Ferreira AD, Mendonça RD, Dias MAS, Rodrigue RCLC, Santos LC. Estratégia de Promoção à Saúde: Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2016;21(4):379-84.
- Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. *Divulg Saúde Debate*. 2014;51:72-85.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
- Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Condé WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cienc Saude Coletiva*. 2014;19(2):333-42.
- Jaime PC, Stopa SR, Oliveira TP, Vieira ML, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):267-76.
- World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Genebra: WHO; 2020.
- Noronha BP, Nascimento-Souza MA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Cienc. saúde coletiva*. 2019; 24(11): 4171-80.
- Lemos EC, Gouveia GC, Luna CF, Silva GB. Programa academia da cidade: descrição de fatores de adesão e não adesão. *Rev Bras Ci e Mov*. 2016;24(4):75-84.
- Sá GBAR, Dornelles GB, Cruz KG, Amorim RCA, Andrade SSCA, Oliveira TP, et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Cien Saude Colet*. 2016;21(6):1849-59.

23. Andrade ACS, Mingoti SA, Fernandes AP, Andrade RG, Friche AAL, Xavier CC, et al. Neighborhood-based physical activity differences: Evaluation of the effect of health. PLoS ONE. 2018;13(2):e0192115.
24. Rezende LFM, Garcia LMT, Mielke GI, Lee DH, Giovannucci E, Eluf-Neto J. Physical activity and preventable premature deaths from non-communicable diseases in Brazil. J Public Health (Oxf). 2019;41(3):e253-60.
25. Ferreira JS, Dietrich SHC, Pedro DA. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. Saúde Debate. 2015;39(106):792-801.
26. Filho ERA, Chariglione IPFS, Silva JTC, Vale AMS, Araújo EKHS, Santos MFR. Percepção dos idosos quanto aos benefícios da prática da atividade física: um estudo nos Pontos de Encontro Comunitário do Distrito Federal. Rev Bras Ciênc Esporte. 2019;41(2):142-9.
27. Fernandes AP, Andrade ACS, Costa DAS, Dias MAS, Malta DC, Caiáffa WT. Programa Academias da Saúde e a promoção da atividade física na cidade: a experiência de Belo Horizonte, MG, Brasil. Cien Saude Colet. 2017;22(12):3903-14.
28. Mendes LL, Campos SF, Malta DC, Bernal RTI, Sá NNB, Velásquez-Meléndez G. Validade e reprodutibilidade de marcadores do consumo de alimentos e bebidas de um inquérito telefônico realizado na cidade de Belo Horizonte (MG), Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2011;14(1):80-9.
29. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Claro RM. Validade de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico. Rev Saude Publica. 2008;42(4):582-89.
30. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. Cad Saúde Pública. 2010;26(1):70-8.

Recebido: 18/01/2021
Aprovado: 25/05/2021

Como citar este artigo:

Oliveira LN, Freitas PP, Lopes MS, Lopes ACS. Participação em programas públicos para prática de atividade física e comportamentos de saúde. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2021;26:e0204. DOI: 10.12820/rbafs.26e0204