

Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil

Practice of physical activity during leisure time and common mental disorders among residents of a municipality of Northeast Brazil

Saulo Vasconcelos Rocha^{I,II}

Tânia Maria de Araújo^{III}

Maura Maria Guimarães de Almeida^{IV}

Jair Sindra Virtuoso Júnior^V

^I Programa de Pós-Graduação em Educação Física / Universidade Federal de Santa Catarina

^{II} Departamento de Saúde - Núcleo de Estudos em Saúde da População / Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

^{III} Universidade Estadual de Feira de Santana- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

^{IV} Departamento de Saúde- Universidade Estadual de Feira de Santana

^V Universidade Federal do Triângulo Mineiro- Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Atenção a Saúde

Correspondência: Saulo Vasconcelos Rocha. Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Avenida José Moreira Sobrinho S/N, Jequiezinho, Jequié, BA CEP: 45200-000. E-mail: svrocha@uesb.edu.br

Resumo

Objetivo: Analisar a associação entre a prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Métodos:** Estudo epidemiológico de corte transversal com amostra representativa da população urbana de Feira de Santana, Bahia, constituída de 3.597 indivíduos com 15 anos ou mais de idade (71,4% do sexo feminino) da população urbana. Foi utilizado um questionário contendo informações sobre aspectos sociodemográficos, doenças referidas, hábitos de vida e atividades físicas no lazer. Para triagem de transtornos mentais comuns (TMC) foi utilizado o SRQ-20. Para avaliar a associação entre atividade física no lazer (ativo/inativo) e TMC foram estimadas as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança por meio de regressão logística múltipla e uso do método Delta. **Resultados:** Encontrou-se uma frequência de 27,7% de indivíduos considerados ativos no lazer. A prevalência de TMC foi menor entre os indivíduos ativos no lazer, após o ajuste, num modelo de regressão logística múltipla, por sexo, faixa etária, renda, escolaridade, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo) (RP = 0.78 [0,70 - 0,87]). **Conclusão:** A população do município de Feira de Santana apresenta uma elevada frequência de indivíduos inativos no lazer, e essa condição estava associada a maior prevalência de TMC. As ações direcionadas à saúde mental devem priorizar programas que favoreçam o incentivo à prática de atividade física entre a população do município, considerando a associação desse comportamento com a prevenção de transtornos mentais comuns.

Palavras-chave: Atividade física. Saúde mental. Aptidão física. Atividades de Lazer. População Urbana.

Abstract

Objective: To analyze the association between physical activity during leisure time and common mental disorders among residents in urban areas of Feira de Santana City, Bahia. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in a representative sample from the urban population. A sample of 3,597 individuals aged 15 years or older (71.4% female) was studied. A questionnaire gathered information about sociodemographic information, self-reported diseases, screening for mental disorders, lifestyle habits and physical activity during leisure time. To evaluate common mental disorders (CMD) the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) was used. To analyze the association between leisure physical activity (active/inactive) and CMD, prevalence ratios (PR) and their respective 95% confidence intervals were estimated by using multiple logistic regression and the Delta method. **Results:** We found a frequency of 27.7% of individuals who were active during leisure time. The prevalence of CMD was lower among those active in leisure time, after adjustment by sex, age, income, education, alcohol consumption and smoking (PR = 0.78; 95% CI 0.70 to 0.87). **Conclusion:** The population of Feira de Santana city has a high frequency of individuals insufficiently active during leisure, and this condition was associated with higher prevalence of CMD. Actions directed to mental health programs must encourage physical activity among the population, considering the association of this behavior with low prevalence of common mental disorders.

Keywords: Physical activity. Mental health. Physical fitness. Leisure Activities. Urban Population.

Introdução

O adoecimento psíquico é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, comprometendo a saúde da população e constituindo elevado ônus para a saúde pública. A Organização Mundial de Saúde¹ aponta que uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em uma dada fase da vida.

Os transtornos mentais comuns são caracterizados por sintomas como fadiga, esquecimento, insônia, dificuldade de concentração, dores de cabeça e queixas somáticas². Estes transtornos vêm se destacando como uma das morbidades psíquicas mais prevalentes.

Estudos transversais e prospectivos têm evidenciado uma forte associação entre os problemas de saúde mental e os baixos níveis de atividade física³⁻⁵.

A atividade física se apresenta como elemento responsável por atuar diretamente nos fatores psicológicos (distração, auto-eficácia e interação social) e nos fatores fisiológicos (aumento da transmissão sináptica das endorfinas)⁶.

A atividade física no tempo livre, principalmente quando praticada em grupo, favorece o estabelecimento de relações sociais. Nessas atividades, o apoio mútuo que ocorre entre os envolvidos desempenha um importante efeito protetor frente a problemas de saúde mental⁶.

Apesar de os benefícios da prática de atividade física para a preservação da saúde mental serem destacados na literatura, ainda é restrita a produção de evidências empíricas sobre a relação da atividade física com fatores relacionados à saúde mental. Essa carência de dados empíricos é especialmente relevante quando se considera a produção de informações oriundas de estudos de base populacional⁵.

O propósito deste estudo foi analisar a associação entre a prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, BA.

Pretende-se, portanto, além de gerar

informações sobre a situação da saúde mental, avaliar se a atividade física no lazer, que se caracteriza como uma terapia não medicamentosa, pode contribuir para a preservação da saúde mental, gerando assim insumos para as políticas de atenção à saúde no município.

Método

Os dados deste estudo foram obtidos do inquérito domiciliar para “Caracterização da saúde mental do município de Feira de Santana, Bahia”, realizado pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana no ano de 2007. Trata-se de um estudo de corte transversal envolvendo uma amostra representativa da população com 15 ou mais anos de idade residente em áreas urbanas, segundo definição do IBGE⁷ (a área urbana corresponde à área interna ao perímetro urbano de uma cidade ou vila, definida por lei municipal), do município de Feira de Santana.

O município de Feira de Santana está localizado a 116 km de Salvador, a capital do Estado da Bahia. É a segunda maior cidade do Estado, sendo o 31º município brasileiro, e ocupa a 13ª posição dos municípios mais populosos do país entre aqueles que não são capitais. Em 2007, a população totalizava 571.997 habitantes⁷.

Para o cálculo do tamanho da amostra do inquérito, assumiu-se estimativa de prevalência de transtornos mentais comuns de 25% (segundo a OMS¹), erro amostral de 3%, com 95% de confiança. Assumindo-se esses parâmetros, estabeleceu-se uma amostra de 800 indivíduos. Considerando-se o efeito do desenho do estudo (amostragem por conglomerado) e recusas e perdas em torno de 20%, definiu-se o tamanho da amostra em 1.920 indivíduos.

A seleção das áreas de estudo foi realizada por amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimentos aleatórios a partir de dados censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁷, e tendo o domicílio como unidade amostral. Todos os indivíduos com 15

ou mais anos de idade foram considerados elegíveis para o estudo. Foi estabelecida a realização de até três visitas como conduta para a redução de possíveis perdas.

Como o estudo não foi desenhado especificamente para estudar a associação entre atividade física no tempo de lazer e transtornos mentais comuns, recalculou-se o n amostral para verificar se o estudo possuía poder suficiente para avaliar tal associação. Para a estimativa do tamanho amostral foram utilizados os seguintes parâmetros: estimativa da frequência esperada de transtornos mentais comuns entre os expostos (inativos nas atividades de lazer) de 33,3%; estimativa da frequência esperada de transtornos mentais comuns em não expostos (ativos durante as atividades de lazer) de 19,7%; intervalo de confiança de 95%; e poder de 80%. Com base nestes parâmetros, a amostra foi definida em 456 indivíduos. Os parâmetros da frequência esperada do evento estudado foram determinados a partir do banco de dados estudado.

A amostra estudada foi constituída de 3.597 indivíduos, 71,4% do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino da população urbana com idade acima de 15 anos do município de Feira de Santana. Portanto, o número estudado foi superior ao tamanho amostral necessário para a avaliação da associação sob investigação.

Os dados foram coletados mediante questionário contendo questões estruturadas incluindo informações sociodemográficas (sexo, faixa etária, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, renda), hábitos de vida (tabagismo e etilismo), prática de atividade física no lazer e saúde mental (TMC). O questionário foi aplicado por meio de entrevista individual com os moradores elegíveis dos domicílios sorteados, conduzida por entrevistadores previamente treinados. Foi elaborado um manual de condutas e procedimentos para padronizar a coleta de dados.

A prática de atividade física no lazer, exposição principal investigada neste estudo, foi avaliada considerando: participação regular (no último mês) ou não em atividades

de lazer e o esforço físico envolvido na atividade realizada. As atividades físicas foram classificadas em leves, moderadas e pesadas, definidas pela intensidade do esforço físico envolvido de acordo com os equivalentes metabólicos (MET): leve (<3 METs), moderada (3-6 METs) e vigorosa (>6 METs)⁸.

Com base na classificação do tipo de atividade foram estabelecidos dois grupos para comparação: um de indivíduos ativos no tempo destinado ao lazer e um de indivíduos inativos. Foram considerados ativos os entrevistados que classificaram seu esforço físico no lazer como de intensidade moderada (caminhar, andar de bicicleta, aula de dança ou atividade física, por pelo menos 2 horas semanais) ou pesada (correr, fazer ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, por pelo menos 4 horas semanais). Inativo correspondeu aos indivíduos que referiram não participar de atividades físicas ou participar de atividades físicas leves durante o lazer (jogo de baralho, jogo de xadrez ou dominó, caminhada leve, por menos de 2 horas semanais). Este procedimento para definição/classificação de ativo e inativo foi semelhante ao de outros estudos encontrados na literatura⁹⁻¹¹.

Os transtornos mentais comuns (TMC), variável resposta investigada, foram avaliados pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Este instrumento, desenvolvido pela OMS¹ e validado no Brasil por Mari e Williams¹², destina-se a avaliar o grau de suspeição de transtorno mental, não oferecendo diagnóstico específico do tipo de transtorno existente. Estudos de validação do SRQ-20, realizados no Brasil, têm mostrado bom desempenho desse instrumento¹³ para avaliação de morbidade psíquica. Para definição de suspeição de TMC foi adotado o ponto de corte de sete ou mais respostas positivas, procedimento adotado e recomendado por outros estudos^{14,15}.

A variável renda foi avaliada por meio de questão sobre a renda média mensal dos entrevistados, que, na análise, foi agrupada em salários mínimos (até um salário mínimo e um salário mínimo ou mais).

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi definido de acordo com as seguintes condições: homens que referiram ingerir mais de duas doses de bebida alcoólica por dia e mulheres que relataram o consumo de mais de uma dose de bebida por dia nos últimos trinta dias.

O tabagismo foi categorizado da seguinte forma: fumantes – indivíduos que fumaram pelo menos 100 cigarros na vida e fumavam na ocasião do inquérito; e não fumantes – aqueles que não se enquadravam nessa condição.

Adicionalmente, para melhor caracterização das atividades de lazer, investigou-se o tipo de atividade física realizada (futebol, ginástica, natação, caminhada, yoga).

As características sociodemográficas e os hábitos de vida foram incluídos, na análise, como covariáveis. A seleção dessas covariáveis foi feita tendo por base estudos de saúde mental que focalizam os determinantes sociais (expressos em variáveis como escolaridade e renda) como importantes preditores do estado de saúde. Idade e sexo são também variáveis comumente associadas à morbidade psíquica.

Foram analisadas as frequências dos dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, renda), hábitos de vida (tabagismo e consumo abusivo de bebidas alcoólicas) e atividade física no lazer, e também estimada a prevalência de TMC.

Para avaliar a associação das variáveis de interesse (atividade física no lazer e TMC), que foram analisadas de forma dicotômica (respectivamente ativo/inativo e com TMC/sem TMC) foi utilizada como medida de associação a razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) a 95%. Para análise da significância estatística foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, adotando-se o nível de significância de $p \leq 0,05$. As covariáveis incluídas na análise foram as características sociodemográficas, mencionadas acima, e hábitos de vida (consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo).

Para avaliação do efeito simultâneo das

variáveis estudadas foi conduzida análise de regressão logística múltipla (ARLM), onde se realizou o ajuste simultâneo das variáveis confundidoras, permitindo, com isso, prever o comportamento da variável desfecho na presença simultânea das covariáveis sob estudo¹⁴.

A ARLM foi conduzida conforme os procedimentos recomendados por Hosmer e Lemeshow¹⁶ e incluiu as seguintes etapas: 1ª) Seleção das variáveis a partir dos objetivos do estudo e da revisão da literatura; 2ª) Verificação de pressupostos do modelo; 3ª) Pré-seleção das variáveis (análise univariada) para inclusão na análise através do teste de razão de verossimilhança, adotando-se um valor de $p \leq 0,25$; 4ª) Análise simultânea de todas as variáveis pré-selecionadas, com avaliação das medidas de associação com e sem a variável sob investigação, utilizando procedimento *backward*. O critério de significância $p < 0,10$ foi adotado para obtenção do modelo final.

Foram testados termos de interação de primeira ordem, incluindo a variável de exposição principal e cada uma das covariáveis incluídas na análise. A modificação de efeito foi analisada por meio do teste de razão da verossimilhança, adotando-se o nível de significância de 20%.

Para a análise das variáveis potencialmente confundidoras foi verificada a magnitude da variação dos coeficientes estimados da variável de exposição principal e de TMC com a introdução de outras variáveis no modelo. Avaliou-se o efeito na associação principal, observando se as covariáveis produziram alterações na associação principal em torno de 10%, mediante comparação do modelo completo com o modelo sem as variáveis potencialmente confundidoras. Uma variação acima de 10% no coeficiente estimado do preditor principal sugeriu a presença de confundimento. Verificada a presença de confundimento, o modelo final foi ajustado pelas variáveis confundidoras.

Considerando que a prevalência de TMC estimada na população investigada foi elevada (29,6%), distanciando-se dos

parâmetros estimados para OR (*odds ratio*), procedeu-se ao cálculo das estimativas de RP (razões de prevalência) e de seus respectivos intervalos de confiança, usando-se procedimentos do método Delta, desenvolvido por Oliveira et al.¹⁷.

A avaliação do desempenho do modelo final obtido foi feita pela bondade do ajuste, análise da curva ROC e dos valores influentes. Na avaliação da bondade do ajuste do modelo, cuja finalidade é verificar se o modelo ajusta satisfatoriamente os dados, foi utilizado o teste de *Le Cessie-van Houwelingen-Copas-Hosmer*¹⁶. A área sobre a curva ROC foi utilizada para discriminação do modelo, e a análise da influência dos padrões de covariáveis foi avaliada comparando-se a estimativa dos parâmetros obtidos a partir da eliminação dos padrões de covariáveis consideradas influentes com a estimativa dos parâmetros obtidos mantendo-se os padrões das covariáveis.

Para confecção do banco de dados foi utilizado o software Epidata, versão 3.1b, e as análises por meio dos pacotes estatísticos SPSS (versão 9.0) e R, versão 2.7.2.

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

Resultados

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

No que diz respeito às características comportamentais, 11,8% referiram fumar

e 28,1% consumiam bebidas alcoólicas em excesso (Tabela 1).

A frequência de participação em atividades físicas no lazer foi baixa, apenas 27,3% (n = 981) tendo sido classificados como ativos no lazer. Na Tabela 2 descreve-se a associação da atividade física com as características sociodemográficas e

comportamentais. A frequência de prática de atividade física no lazer era maior entre os indivíduos do sexo masculino, de faixas etárias mais jovens, com renda maior que um salário mínimo, com menores níveis de escolaridade e entre os solteiros.

A frequência de prática de atividade física no lazer foi maior entre os indivíduos

Tabela 1 - Distribuição dos residentes em áreas urbanas segundo características sociodemográficas e hábitos de vida, Feira de Santana, BA, 2007.

Table 1 - Distribution of residents in urban areas according to sociodemographic characteristics and lifestyle habits, Feira de Santana, BA, 2007.

Variável	Frequências	
	n	%
Sexo		
Feminino	2569	71,4
Masculino	1028	28,6
Faixa etária		
Até 25 anos	1078	30,0
26-39 anos	972	27,0
40-59 anos	983	27,4
60 ou mais	561	15,6
Cor da pele auto-referida		
Preta/Parda	2741	76,9
Branca	532	14,9
Outras*	292	8,2
Situação conjugal		
Solteiro	1305	36,4
Casado/união estável	1743	48,7
Separado/viúvo	533	14,9
Escolaridade		
Nunca foi a escola/Lê e escreve	240	6,7
Ensino Fundamental	1656	46,2
Ensino Médio e Ensino Superior	1692	47,1
Renda		
1 ou menos de 1 SM	2938	81,7
Mais de 1 SM	658	18,3
Fumo		
Não	3169	88,2
Sim	423	11,8
Consumo abusivo de álcool		
Não	2586	71,9
Sim	1010	28,1
Atividade física no lazer		
Ativo	981	27,3
Inativo	2616	72,7

*Indígena e amarela / *Indian and asian

Nota: Informações perdidas: 16 para situação conjugal, 9 para escolaridade, 1 para renda, 9 para tabagismo e 9 para etilismo.
Note: Missed data: 16 for marital status, schooling for 9, 1 for income, 9 for smoking and 9 for alcohol consumption.

que referiram consumir bebidas alcoólicas em excesso e menor entre os fumantes.

A prevalência global de transtornos mentais comuns (TMC) entre os entrevistados foi de 29,6%. A avaliação da prevalência de TMC segundo as características

sociodemográficas e os hábitos de vida é mostrada na Tabela 3. A prevalência de TMC foi maior entre mulheres (35,3%). Em relação à faixa etária, observou-se que a prevalência de TMC aumentava com a idade. Indivíduos com renda menor ou

Tabela 2 - Prática de atividades físicas no lazer segundo características sociodemográficas e hábitos de vida, Feira de Santana, BA, 2007.

Table 2 - Physical activity during leisure time according to sociodemographic characteristics and lifestyle habits, Feira de Santana, BA, 2007.

Variável	Ativos no lazer		Valor de p
	n	%	
Sexo			
Masculino	481	46,8	< 0.001
Feminino	500	19,5	
Faixa etária			
Até 25 anos	367	34,0	< 0.001
26-39 anos	267	27,5	
40-59 anos	243	24,7	
60 ou mais	103	18,4	
Cor da pele auto-referida			
Branca	161	30,3	0.021
Preta/ Parda	747	27,3	
Outras*	62	21,2	
Renda			
> que um salário mínimo mensal	277	42,1	< 0.001
≤ que um salário mínimo mensal	704	24,0	
Escolaridade			
Ensino Médio e Superior	546	33,0	< 0.001
Fundamental I/Fundamental II	404	23,9	
Nunca foi à escola/Lê e escreve o nome	29	12,1	
Situação conjugal			
Solteiro	436	33,4	< 0.001
Casado/união estável	441	25,3	
Separado/viúvo	100	18,8	
Fumo**			
Não	636	28,1	0.002
Sim	89	21,0	
Consumo abusivo de álcool***			
Não	636	24,6	<0.001
Sim	345	34,2	

*Indígena e amarela / *Indian and asian

**Fumo - Sim: ser fumante ou ter fumado 100 ou mais cigarros durante a vida; Não: nunca ter fumado ou ter fumado até 99 cigarros na vida / **Smoking - Yes: being a smoker or have smoked 100 or more cigarettes in his/her lifetime; No: never having smoking or had smoked up to 99 cigarettes in his/her lifetime.

*** Consumo abusivo - Sim: Homem: beber duas ou mais doses de álcool por dia nos últimos 30 dias; Mulher: beber uma ou mais doses de álcool por dia nos últimos 30 dias / ***Alcohol abuse - Yes: Man: drink two or more drinks of alcohol in the last 30 days; Woman: drinking one or more drinks of alcohol per day in the last 30 days

igual a um salário mínimo apresentaram maior prevalência de TMC (32,5%), quando comparados aos que possuíam renda acima de um salário mínimo (16,7%). Indivíduos com escolaridade baixa (38% entre aqueles

que nunca foram à escola) e que viviam sem companheiro (separados/viúvos) apresentaram maiores prevalência de TMC.

As estimativas de TMC segundo o tipo de atividade física realizada durante as

Tabela 3 - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns de acordo com características sociodemográficas, comportamentais e prática de atividade física no lazer. Feira de Santana, BA, 2007.

Table 3 - Prevalence of Common Mental Disorders according to sociodemographic and behavioral characteristics and physical activity during leisure time. Feira de Santana, BA, 2007.

Variável	Prevalência		RP	IC95%	Valor de p
	n	%			
Sexo					
Masculino*	156	15,2			< 0.001
Feminino	908	35,3	2,32	1,99-2,71	
Faixa etária					
Até 25 anos*	261	24,2	-	-	< 0.001
26-39 anos	285	29,3	1,07	1,01-1,13	
40-59 anos	339	34,5	1,15	1,09-1,22	
60 ou mais	177	31,6	1,10	1,03-1,18	
Cor da pele auto-referida					
Branca	115	21,6	-	-	< 0.001
Preta/ Parda	840	30,6	1,13	1,07-1,18	
Outras*	99	33,9	1,18	1,08-1,30	
Renda					
≤ 1 salário mínimo mensal	954	32,5	1,94	1,62-2,32	< 0.001
Mais de 1 salário mínimo mensal*	110	16,7			
Escolaridade					
Nunca foi à escola/Lê e escreve	93	38,8	1,26	1,13-1,39	< 0.001
Fundamental I/Fundamental II	593	35,0	1,18	1,13,1,24	
Ens. Médio/Ens. Superior	378	22,8	*		
Situação conjugal					
Separado/viúvo	184	34,5	1,15	1,07-1,46	< 0.001
Casado/união estável	558	32,0	1,30	1,16-1,46	
Solteiro	320	24,5			
Hábito de fumar					
Não	881	27,8	*		< 0.001
Sim	180	42,6	1,53	1,35-1,73	
Consumo abusivo de álcool					
Não	787	30,4	*		0.073
Sim	276	27,3	0,89	0,79-1,00	
Atividade física no lazer					
Leve	622	30,1	1,54	1,31-1,80	< 0.001
Moderada	152	19,5			
Intensa	41	20,3	1,05	1,01-1,54	

*Grupo de referência / *Reference group.

atividades de lazer identificaram que apenas as atividades de futebol ($p = 0,001$) e ciclismo ($p = 0,039$) estavam estatisticamente associadas à ocorrência de TMC (Tabela 4).

A análise de modificação de efeito não identificou interação entre atividade física no lazer e as variáveis analisadas (características sociodemográficas e hábitos de vida).

Ao analisar a associação bruta entre atividade física no lazer (ativo e inativo) e TMC, detectou-se que os expostos, ou seja, os indivíduos ativos no lazer, tinham prevalência 17% menor de TMC do que os inativos no lazer (Tabela 5), em níveis estatisticamente significantes.

O modelo final obtido na análise de regressão logística múltipla incluiu, além da exposição principal, as covariáveis sexo, faixa etária, renda, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo. A associação inversa entre atividade física e ocorrência de

TMC manteve-se significante mesmo após ajuste por essas variáveis confundidoras (Tabela 5). Indivíduos ativos no lazer (com esforço físico moderado e pesado) apresentaram menor prevalência de TMC do que indivíduos inativos (sem atividade de lazer ou atividade física leve), sendo a prevalência de TMC 22% menor no primeiro grupo.

A avaliação da bondade do ajuste do modelo por meio do teste de *Le Cessie-van Houwelingen-Copas-Hosmer* ($p = 0,1855$) e da área sobre a curva ROC (ROC = 0,6586) demonstrou que o modelo se ajustava satisfatoriamente aos dados.

Discussão

A maioria dos entrevistados foi classificada como inativa no lazer. Evidências da literatura indicam que grande parcela da população não atinge as recomendações

Tabela 4 – Prevalência de TMC segundo tipo de atividade física praticada no lazer e TMC, Feira de Santana, BA, 2007.

Table 4 - Prevalence of CMD according to type of physical activity during leisure time and CMD, Feira de Santana, BA, Brazil, 2007

Variável	Preval. (%)	RP	IC (95%)	Valor de p
Ginástica aeróbia				
Sim*	20,0	-	-	0,057
Não	26,9	1,09	1,00-1,18	
Caminhada				
Sim*	24,0	-	-	0,108
Não	27,2	1,04	0,99-1,09	
Futebol				
Sim*	12,4	-	-	0,001
Não	28,7	1,22	1,17-1,28	
Ciclismo				
Sim*	18,3	-	-	0,039
Não	26,9	1,11	1,02-1,21	
Dança				
Sim*	29,3	-	-	0,831
Não	26,5	0,96	0,79-1,17	
Outras atividades				
Sim*	30,0	-	-	0,668
Não	26,5	0,95	0,75-1,20	

* Grupo de referência / * Reference group.

Tabela 5 - Razões de prevalências bruta e ajustadas* e intervalos de confiança (95%) entre atividade física no lazer e TMC, Feira de Santana, BA, 2007.

Table 5 - Prevalence Ratios Crude and adjusted* and confidence intervals (95%) between physical activity during leisure and TMC, Feira de Santana, BA, 2007.

		TMC			
		RP _{bruta} [IC 95%]	Valor de p	RP _{ajustada} [IC95%]	Valor de p
Atividade física no lazer	Inativo	1	<0.001	1	<0,001
	Ativo	0,83 (0,79-0,86)		0,78 (0,70-0,87)	

*Nota: Os ajustes foram feitos para as variáveis que permaneceram no modelo final obtido na análise de regressão logística múltipla (sexo, faixa etária, renda, escolaridade, consumo abusivo de álcool e hábito de fumar) / *Note: The adjustments were made to the variables in the final model obtained in the multiple logistic regression analysis (gender, age, income, education level, alcohol abuse and smoking).

atuais quanto à prática de atividades físicas. Ao avaliar apenas as atividades físicas realizadas no tempo livre, a prevalência de inatividade física é mais elevada^{3,5,10}.

A prevalência de TMC na população estudada foi de 29,6%. Outros estudos encontraram resultados próximos ao observado neste estudo. Puertas, Rios e Valle Fortes¹⁸ detectaram prevalência de 27,2% de TMC entre a população de bairros marginais da Colômbia. Ludermir e Melo Filho¹⁹ (2002) identificaram prevalência de 35% entre indivíduos com 15 ou mais anos de idade residentes em Olinda, PE.

No entanto, Fortes, Villano, Lopes²⁰ encontraram prevalência superior (56%) entre usuários atendidos no Programa de Saúde da Família no município de Petrópolis, RJ. Observa-se que os TMC apresentam-se como um sério problema de saúde pública. O conjunto de dados gerados até o momento sobre a situação de saúde mental das populações no Brasil revela que a situação é muito preocupante e aponta para a necessidade de reflexões acerca da criação, implantação e monitoramento das políticas amplas de saúde mental. Nesse sentido, este estudo buscou produzir conhecimento sobre um fator que pode contribuir para a promoção e proteção da saúde mental: a atividade física no lazer.

Nossos resultados fortalecem a hipótese de que indivíduos ativos no lazer apresentam menores prevalências de TMC do que os inativos. Também evidenciam que fatores como idade, faixa etária, renda, escolaridade, consumo abusivo de bebidas alcoólicas

e tabagismo estavam associados aos TMC. Cabe registrar que essas variáveis também foram relevantes para atividade ou inatividade física no lazer. A relevância dos fatores sociodemográficos e de hábitos de vida para a saúde mental tem sido consistentemente observada na literatura¹⁸⁻²⁰.

Com relação ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas pode-se conjecturar que a formação de redes sociais durante as atividades físicas de lazer podem favorecer o consumo em excesso de bebidas alcoólicas e outras drogas lícitas. A frequência de participação em atividades físicas no lazer foi maior entre os indivíduos que consumiam abusivamente bebidas alcoólicas em levantamento realizado com a população residente no município de Pelotas, RS²¹ e Gomes et al.²², e em estudo realizado entre usuários do Programa de Saúde da Família residentes em Guanambi, BA, também corroborando nossos achados.

O tipo de atividade física foi associado à prevalência de TMC apenas para a prática de futebol e ciclismo. O futebol e o ciclismo têm características diferentes com relação ao sistema energético utilizado (anaeróbio alático e aeróbio, respectivamente) e com relação à característica da atividade. O futebol é uma atividade realizada em grupo e o ciclismo pode ser realizado individualmente, mas é comum as pessoas se organizarem em grupos para realizarem essa atividade no momento do lazer, o que favorece a interação social^{6,23,24}.

A literatura evidencia que as alterações nas concentrações de β endorfinas

(responsáveis pela sensação de bem-estar e que são importantes no tratamento dos TMC) em resposta ao exercício são influenciadas pelo tipo/intensidade/volume do esforço^{25,26}, como foi identificado no presente estudo.

A prática de atividade física no lazer foi inversamente associada aos TMC. Evidências atuais avalizam esse achado. Wiles et al.³ detectaram que, no final do período de cinco anos, os indivíduos ativos no lazer apresentaram 46% menos probabilidade de suspeição para TMC. Zaitune et al.²⁷ identificaram associação positiva entre transtornos mentais comuns e sedentarismo no lazer entre a população de idosos no município de Campinas, SP. Considerando alguns balizadores dos TMC, Benedetti et al.²⁸, em levantamento realizado com idosos de Florianópolis, SC, identificaram que os indivíduos sedentários tinham uma probabilidade de 2,74 e 2,38 vezes maior de apresentarem demência e depressão, respectivamente, do que os indivíduos fisicamente ativos.

A prática de atividades físicas no tempo livre favorece a interação social, a auto-eficácia e proporciona melhoria nos sintomas depressivos, ansiedade, tolerância ao estresse e aumento da auto-estima e da sensação de bem-estar^{6,29-31}. Neste sentido, estratégias de saúde pública projetadas para a adoção de um estilo de vida ativo poderão contribuir para a diminuição de problemas de saúde mental³¹.

Entre as limitações deste estudo pode-se apontar o próprio delineamento da pesquisa, onde o fato de ser um estudo transversal impede que se assegure relações implícitas de causalidade entre as variáveis estudadas.

O instrumento utilizado para análise da atividade física no lazer não foi construído especificamente para uma investigação sobre atividade física, mas para inquérito populacional com propósito primário de investigar as condições de saúde mental dos residentes em áreas urbanas do município, o que pode ser uma limitação relevante do estudo. A análise da atividade física no lazer foi definida após a coleta dos dados, não houve validação nem foi verificada a

concordância teste-reteste do questionário com esta finalidade, contudo foi realizado estudo piloto para análise e reconstrução das questões do questionário. Além disso, possíveis vieses de seleção podem ter ocorrido, especialmente com relação ao número de mulheres na amostra, bem superior ao esperado em comparação com o número de homens. Ainda que, na composição da amostra, tenham sido utilizados métodos de seleção aleatória e que tenham sido estabelecidas condutas para evitar perdas (três visitas tentativas), estas parecem não ter sido eficientes para reduzir as perdas no sexo masculino. Ressalta-se que, apesar disso, os dados encontrados neste estudo sobre atividade física no lazer e TMC com relação ao sexo são similares aos resultados relatados na literatura. Desse modo, embora não possa ser descartada a ocorrência de um possível viés de seleção, este não parece ser o responsável pelos resultados obtidos.

Por outro lado, ainda que se considerem as possíveis limitações do estudo realizado, deve ser destacado que foi feito um estudo de base populacional, investigando um número significativo de pessoas, e que adotou procedimentos de coleta e de análise de dados reconhecidamente válidos. Além disso, a fundamentação encontrada na literatura, no que diz respeito à associação principal estudada (atividade física no lazer e TMC), demonstra que os resultados encontrados suportam as evidências dos modelos explicativos de produção dos transtornos mentais comuns na população, oferecendo informação útil para as ações e políticas de saúde pública.

Conclusões

A participação em atividades físicas no tempo livre mostrou associação com a prevalência de TMC. Entre os ativos, a prevalência de TMC foi menor quando comparada aos inativos no lazer.

A evidência da associação da prática de atividade física com o adoecimento psíquico é um elemento importante que poderá subsidiar a redefinição nas políticas

de promoção à saúde mental no município.

O município de Feira de Santana, de modo similar a várias cidades na América Latina, dispõe de quantidade insuficiente de espaços públicos para práticas de atividades físicas no tempo livre, além de não oferecer políticas públicas de incentivo a essa prática. Os escassos espaços existentes são restritos às regiões centrais do município, ficando a população residente nas áreas periféricas desprovida desses equipamentos de lazer.

Nesse sentido, recomenda-se a adoção de algumas estratégias para aumentar o

nível de atividade física da população: a) ampliação dos equipamentos de lazer existentes (quadras, pistas para caminhada, campos de futebol); b) construção de equipamentos de lazer, a exemplo de parques, praças, piscinas e academias de ginástica; e c) formulação e implementação de programas de educação e de saúde direcionados à mudança de comportamentos, priorizando a adoção de estilo de vida ativo.

Conflito de interesses: Não há conflito de interesses a declarar.

Referências

1. World Health Organization. *Bull World Health Organ* 2001; 79(2): 161-70.
2. Goldberg, D.; Huxley, P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.
3. Wiles NJ, Haase AM, Gallacher J, Lawlor DA, Lewis G. Physical activity and Common Mental Disorder: Results from the Caerphilly Study. *Am J Epidemiol* 2007; 165: 946-54.
4. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2): 302-7.
5. Ademoli AN, Azevedo. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. *Ciência e Saúde Coletiva* 2009; 14(1): 243-51.
6. Peluso MAM, Andrade LHSG. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics* 2005; 60: 61-70.
7. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico de 1999/2000*. Brasília; 2006.
8. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009, 41(7): 1510-30.
9. Masson CR, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Meneghel S, Costa CC, Bairros F et al. Prevalência de sedentarismo em mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(6): 1685-94.
10. Gerber M, Puhse U. “Dont crack under pressure!” – Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between scholl-based stress and psychosomatic complaints? *J Psychosomatic Research* 2008; 65: 363.
11. Pitanga FJG, Lessa I. Associação entre inatividade física no tempo livre e internações hospitalares em adultos na cidade de Salvador – Brasil. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2008; 10(4): 347-53.
12. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-6.
13. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(1): 214-22.
14. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 424-33.
15. Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino AS, IS Ferreira. Working conditions and health of doctors in Salvador, Brazil. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52: 97-102.
16. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
17. Oliveira NF, Santana VS, Lopes AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(1): 90-9.
18. Puertas G, Ríos C, Del Valle H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 20(5): 324-30.
19. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2): 213-21.
20. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(1): 32-7.

21. Dias-da-Costa JS, Hallal PC, Wells JC, Daltoe T, Fuchs SC, Menezes AM et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1): 275-82.
22. Gomes et al. Inatividade física habitual e fatores associados em população nordestina atendida pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009, 11(4): 365-72.
23. Reevers JB, Darville RL. Social contact patterns and satisfaction with retirement of woman in dual career families. *J Aging Human Dev* 1994; 39(2): 163-75.
24. Camargo RAA, Bueno SMV. Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. *Rev Latino-Am Enferm* 2003; 11(4): 490-8.
25. Goldfarb AH, Hatfield BD, Armstrong D, Potts J. Plasma beta-endorphin concentration: response to intensity and duration of exercise. *Med Sci Sports Exerc* 1990; 22(2): 241-4.
26. Cunha GS, Ribeiro JL, Oliveira AR. Levels of Beta-Endorphin In Response to Exercise and Overtraining. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008; 52(4): 589-98.
27. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Pública* 2007; 23(6): 1329-38.
28. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saude Pública* 2008, 42(2): 302-7.
29. Reijneveld, Westhoff, Hopman-Rock. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomized controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 405-11.
30. Cunha IC, Peixoto MRG, Garden PCB, Alexandre VP. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(3): 495-504.
31. Rohrer JE, Pierce Júnior JR, Blackburn C. Lifestyle and mental health. *Prev Med* 2005; 40(4): 438-43.

Recebido em: 26/11/10

Versão final apresentada em: 15/12/11

Aprovado em: 16/01/12