

# Análise espacial da prática de atividade física no lazer em área urbana

## *Spatial analysis of leisure-time physical activity in an urban area*

Crizian Saar Gomes<sup>1</sup> , Carolina Santiago Vieira<sup>1</sup> , Fabiana Lucena Rocha<sup>II</sup> , Hanrieti Rotelli Temponi<sup>I</sup> , Maria Alice Souza Vieira<sup>I</sup> , Mayara Santos Mendes<sup>I</sup> , Sabrina Daros Tiensoi<sup>I</sup> , Marcelo Azevedo Costa<sup>I</sup> , Gustavo Velasquez-Melendez<sup>I</sup> 

**RESUMO:** *Objetivo:* Analisar a distribuição espacial da prevalência da prática de atividade física (AF) no lazer suficiente em uma área urbana brasileira, no período de 2008 a 2010, e verificar se ela é influenciada por características dos ambientes físico e social. *Métodos:* Estudo transversal com dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis, realizado em Belo Horizonte (MG), entre os anos 2008 e 2010. O desfecho foi a realização de AF no lazer e as exposições foram densidade residencial e populacional, densidade de locais de prática de AF no lazer, taxa de homicídio, renda familiar média e índice de vulnerabilidade da saúde. Foi empregada a técnica de varredura espacial para identificar *clusters* de alta prevalência de AF no lazer. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparar variáveis ambientais dentro e fora do *cluster*. *Resultados:* A amostra foi constituída de 5.779 participantes, dos quais 33,3% referiram praticar AF no lazer suficientemente. Identificou-se um *cluster* significativo de alta prevalência de prática de AF no lazer. Após ajustes, ele apresentou raio de 3.041,99 m e 603 indivíduos, dos quais 293 (48,6%) realizavam AF no lazer suficiente. A probabilidade de um indivíduo praticar AF no lazer suficiente no *cluster* foi 27% maior (razão de prevalência — RP = 1,27; p = 0,002) do que nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde não pertencentes a ele. Esse *cluster* teve maior densidade de locais para a prática de AF no lazer, maior densidade populacional e residencial e maior renda familiar. *Conclusão:* Constatou-se *cluster* de alta prevalência de AF no lazer em um contexto físico e econômico privilegiado de Belo Horizonte, o que demonstra que diminuir desigualdades pode aumentar a prática de AF no lazer.

**Palavras-chave:** Análise espacial. Atividade motora. Prevalência. Ambiente construído. Meio social.

<sup>I</sup>Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal de Campina Grande – Cajazeiras (PB), Brasil.

**Autor correspondente:** Gustavo Velasquez-Melendez. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brazil. E-mail: guverne@ufmg.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundo Nacional de Saúde (TED 148/2018).

**ABSTRACT: Objective:** To analyze the spatial distribution of the prevalence of leisure-time physical activity (LTPA) in a Brazilian urban area and its association with the characteristics of the physical and social environments. **Methods:** A cross-sectional study conducted with data from the Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Diseases from the years 2008–2010, in Belo Horizonte, state of Minas Gerais, Brazil. The outcome was the practice of LTPA and the independent variables were residential and population density, the density of places for physical activity, homicide rates, average family income, and health vulnerability index. The spatial scanning technique was employed to identify clusters with a high prevalence of PA at leisure time. The Mann-Whitney test was used to compare variables inside and outside the cluster. **Results:** The sample included 5,779 participants, 33.3% (SE = 0.73) of whom reported sufficient PA during leisure time. We identified a significant cluster of a high prevalence of LTPA. After adjustments, the cluster presented a radius of 3,041.99 meters and 603 individuals, and 293 (48.6%) of them reported sufficient LTPA. The probability of performing sufficient LTPA in the cluster was 27% higher (PR = 1.27; p = 0.002) than in the coverage areas of primary healthcare units outside the cluster. There was a higher density of places for LTPA practice, higher population and residential density, and higher family income in the cluster. **Conclusion:** The results evidenced a cluster of high prevalence of LTPA in a privileged physical and socioeconomic environment in Belo Horizonte, even after adjustments, demonstrating that reducing inequalities can increase LTPA.

**Keywords:** Spatial analysis. Motor activity. Prevalence. Built environment. Social environment.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde pública global, uma vez que promovem mortes prematuras, incapacidades e elevados custos para o sistema de saúde. Em 2016, 71% (41 milhões) do total de mortes foram causadas por DCNT<sup>1</sup>.

Um fator importante para a promoção da saúde e prevenção das DCNT é a prática de atividade física (AF), por estar associada à melhoria da resistência cardiorrespiratória, da composição corporal, ao controle da pressão arterial e de níveis glicêmicos, à redução do colesterol total, da incidência de câncer de mama e de cólon, de depressão, entre outros<sup>2</sup>. Estudos mostram que a prevalência de prática de AF na população brasileira é baixa. Em um estudo nacional, demonstrou-se que 22,5% dos adultos brasileiros realizam AF suficiente no lazer, sendo a prevalência menor entre as mulheres e na população rural (18,4 e 13,8%, respectivamente)<sup>3</sup>. Resultados de tendências com base em análises dos sistemas de vigilância mostraram que, no período de 2006 a 2016, o percentual de prática de AF no lazer passou de 30,3 para 37,6%. Esse aumento foi maior em indivíduos do sexo feminino, na faixa etária de 25 a 34 anos, e com maior grau de escolaridade<sup>4</sup>.

Nos últimos anos, têm sido implementadas no Brasil propostas para o enfrentamento de DCNT com foco no aumento da prática de AF, por meio de políticas e programas<sup>4</sup>, tais como: a Política Nacional de Promoção da Saúde; o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT; o Programa Academia da Saúde<sup>3</sup>; o aumento das atividades

ofertadas pelo Sistema Único de Saúde, como *Lian Gong*, *Tai Chi Chuan* e musculação e a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Os estudos sobre fatores associados à prática de AF no lazer suficiente têm evidenciado a importância dos determinantes individuais, como idade, sexo, escolaridade e renda<sup>5</sup>. Porém, observa-se que esse enfoque é insuficiente para explicar a adoção de práticas de AF e aumentar os seus níveis populacionais. Dessa forma, tem-se dado atenção aos aspectos do contexto em que o indivíduo reside, como ambiente construído e social, visto que eles podem oferecer oportunidades ou barreiras para a prática de AF<sup>6</sup>, além de ser determinantes passíveis de intervenção<sup>7,8</sup>.

Estudos em contextos urbanos do Brasil indicam que residir em locais com maior acesso a equipamentos urbanos recreativos para AF — como áreas verdes, praças, estabelecimentos para a prática de atividades, academias —, o uso misto do solo, a percepção de segurança e as melhores condições socioeconômicas são fatores associados a maiores níveis de AF no lazer<sup>5,9,10</sup>. Em populações de países com diversidade socioeconômica, demonstrou-se a associação entre o aumento da prática de AF e a maior densidade residencial, o maior número de cruzamentos de ruas acessíveis aos pedestres, a maior densidade de transporte público e o maior número de parques<sup>11</sup>.

Áreas urbanas com alta densidade populacional podem influenciar sistematicamente a distribuição de doenças e agravos. Dessa forma, a identificação de características do contexto em que vivem os indivíduos pode ser útil para identificar vulnerabilidades em saúde<sup>12</sup>. Nesse cenário, as técnicas de análise espacial têm surgido como uma ferramenta importante para a identificação de padrões de ocupação do espaço geográfico e sua associação com desfechos de saúde<sup>13</sup>.

O conhecimento da distribuição espacial da AF é fundamental para a melhor compreensão desse comportamento. Além disso, é importante para a elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento de estratégias eficazes, com foco na ampliação de programas que contemplem aspectos de ambientes construídos e sociais, que têm o potencial de influenciar comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Destaca-se que ainda há carência de estudos sobre a distribuição espacial de doenças e agravos em áreas específicas, tais como pequenas áreas urbanas, os quais são fundamentais para entender como a prática de AF no lazer se distribui nos espaços urbanos e para viabilizar estratégias locais direcionadas à promoção da saúde. Diante disso, os objetivos deste trabalho foram analisar a distribuição espacial da prevalência da prática de AF no lazer em uma área urbana brasileira, no período de 2008 a 2010, e verificar se ela é influenciada por características dos ambientes físico e social.

## MÉTODOS

Este é um estudo epidemiológico transversal realizado com a base de dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

(Vigitel), nos anos de 2008 a 2010, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Essa cidade é a capital de um dos estados da Região Sudeste do Brasil, a mais desenvolvida do país, com área de 331 km<sup>2</sup>, densidade populacional de 7.177 habitantes por km<sup>2</sup> e população de 2.365.151 habitantes<sup>14</sup>.

O inquérito Vigitel tem abrangência nacional e é promovido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas telefônicas realizadas com população adulta (18 anos ou mais) residente nas 26 capitais e no Distrito Federal. Usaram-se amostras probabilísticas da população adulta com base no cadastro de linhas telefônicas fixas residenciais das cidades e pesos de pós-estratificação. O questionário do Vigitel contém 94 questões sobre DCNT e seus fatores de risco. Informações detalhadas sobre o sistema Vigitel encontram-se em publicação prévia<sup>15</sup>.

Entre 2008 e 2010, foram entrevistados 6.034 indivíduos na cidade de Belo Horizonte. Excluíram-se da amostra mulheres grávidas (n = 43), mulheres que não sabiam se estavam grávidas no momento da entrevista (n = 4) e dados não georreferenciados (n = 208). Dessa forma, a amostra final foi composta de 5.779 adultos.

A variável desfecho deste estudo foi a prática suficiente de AF no lazer, definida por pelo menos 150 minutos semanais de exercícios de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa<sup>2</sup>. Para sua caracterização, foram adotadas as seguintes perguntas, contidas no questionário Vigitel: “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 em que o(a) Sr(a). pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura essa atividade?”. Consideraram-se atividades de intensidade leve ou moderada: caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, ciclismo, dança e voleibol/futevôlei. Consideraram-se como AF de intensidade vigorosa: corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol/futsal, basquetebol e tênis<sup>15</sup>.

Para caracterizar o ambiente, desenvolveu-se uma base geocodificada com os dados ambientais, na qual foram incorporados os dados individuais dos participantes. As seguintes variáveis ambientais foram selecionadas para este estudo:

- densidade populacional: população da área de abrangência / área em km<sup>2</sup> da área de abrangência da unidade básica de saúde (AAUBS);
- densidade residencial: número de domicílios da área de abrangência / área em km<sup>2</sup> da AAUBS;
- densidade de locais para a prática de AF: número de parques, praças e pistas públicas, academias da cidade, estabelecimentos de ensino de esporte, dança, clubes sociais esportivos na área de abrangência / área em km<sup>2</sup> da AAUBS;
- densidade de locais privados para a prática de AF: número de estabelecimentos de ensino de esporte, dança, academias, clubes sociais esportivos na área de abrangência / área em km<sup>2</sup> da AAUBS;

- densidade de locais públicos para a prática de AF: número de parques, praças e pistas públicas, academias da cidade na área de abrangência/área em km<sup>2</sup> da AAUBS;
- taxa de homicídio: número de homicídios na área de abrangência/população da AAUBS multiplicada por 10 mil;
- renda média familiar da AAUBS: renda total das pessoas com 10 anos ou mais da AAUBS;
- índice de vulnerabilidade à saúde (IVS): trata-se de um indicador composto de variáveis socioeconômicas (moradores por domicílio, percentual de pessoas analfabetas, percentual de domicílios particulares com rendimento *per capita* de até meio salário mínimo, rendimento nominal médio dos responsáveis, percentual de pessoas de cor parda, preta e indígena) e de saneamento (esgotamento sanitário, abastecimento de água e destino dos resíduos sólidos)<sup>16</sup>. Cada variável em sua dimensão apresenta um peso e, no fim, é gerado um escore. O valor do IVS varia de 0 a 1, sendo valores próximos de 1 indicativos de alta vulnerabilidade social e piores condições de vida da população e valores próximos a zero indicativos de baixa ou inexistente vulnerabilidade social. O IVS foi utilizado para analisar as características de grupos populacionais que vivem em determinadas áreas geográficas e evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos<sup>16</sup>.

As variáveis sexo (feminino e masculino), idade (< 60 anos e ≥ 60 anos), escolaridade (< 12 anos de estudo e ≥ 12 anos de estudo) e estado civil (com companheiro e sem companheiro) foram usadas como variáveis de ajuste.

Para a descrição dos resultados, utilizaram-se proporção e intervalos de confiança de 95% (IC95%), medidas de tendência central e de dispersão. As análises descritivas foram realizadas no programa Stata, versão 14.0.

Para a análise espacial, a unidade geográfica empregada foi a AAUBS. As AAUBS são compostas de setores censitários e constituem uma das formas de organização territorial do sistema público de prestação de serviços de saúde.

Adotou-se a técnica de varredura espacial *scan* para identificar *clusters* de alta prevalência de AF no lazer<sup>17</sup>. Essa técnica procura identificar regiões contíguas, em que a ocorrência de um determinado evento de interesse é estatisticamente superior quando comparada a um padrão espacial de aleatoriedade<sup>18</sup>. Adicionalmente, realizou-se a análise de varredura espacial ajustada por covariáveis (sexo, idade, escolaridade e estado civil)<sup>19</sup>. Segundo Kulldorff<sup>9</sup>, o ajuste pode ser realizado após o uso do modelo de regressão de Poisson para a estimação do número esperado de casos para cada área, considerando-se a sua população em risco. Os coeficientes estimados para as covariáveis são empregados para reestimar a população de referência em cada área. Dessa forma, as covariáveis não são incluídas diretamente no método de varredura espacial, mas sim na estimativa da população ajustada. O risco relativo (RR) estimado para o *cluster* de alta incidência representa a razão entre a taxa de incidência do evento de interesse no *cluster* e a taxa de incidência do evento de interesse fora dele. Como se trata de um

evento prevalente, neste estudo será usada a denominação razão de prevalências (RP) em substituição ao RR.

Para a identificação de *cluster*, o *software* foi programado para realizar a análise puramente espacial (quando os casos ocorrem em uma mesma região ou espaço), obedecendo ao modelo de distribuição de probabilidade de Bernoulli e considerando os seguintes fatores: intervalo anual dos dados; tamanho máximo do *cluster* igual a 50% da população sob risco; aglomerado com formato circular; não sobreposição geográfica dos aglomerados. A técnica de varredura espacial foi realizada no *software* SaTScan, versão 9.2, e adotou-se o valor  $p < 0,05$ .

O teste U de Mann-Whitney foi utilizado para comparar os valores das variáveis ambientais de acordo com a presença de *cluster*, uma vez que as variáveis não apresentaram distribuição simétrica. As diferenças foram consideradas significativas quando o valor  $p$  foi menor que 0,05.

O inquérito Vigitel foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, e esta pesquisa está integrada a um projeto intitulado “Desigualdades em pequenas áreas geográficas dos indicadores de doenças crônicas não transmissíveis, violências e seus fatores de risco”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer nº 3.258).

## RESULTADOS

A amostra foi composta de 5.779 participantes, dos quais 53,9% eram do sexo feminino e 35,2% tinham entre 9 e 11 anos de estudo. A média de idade foi de 42 anos ( $EP = 0,24$ ). Em relação à cor da pele, 54,1% dos participantes relataram cor parda. A prática de AF no lazer foi reportada por 33,3% ( $EP = 0,73$ ) dos indivíduos. A Figura 1 apresenta a distribuição da prevalência da prática de AF no lazer de acordo com a AAUBS.

A análise espacial identificou um *cluster* significativo de alta prevalência de prática de AF no lazer (Figura 2). Esse *cluster* apresenta população de 1.215 indivíduos, dos quais 505 (41,6%) praticam AF no lazer. A probabilidade de encontrar um participante que realiza AF no lazer no *cluster* foi 33% maior ( $RP = 1,33$ ;  $p < 0,001$ ) em comparação com as áreas não pertencentes a ele (Tabela 1).

Após o ajuste por sexo, idade, escolaridade e estado civil, não houve mudanças na localização do *cluster* (Figura 3). Houve mudança somente na sua extensão, visto que algumas AAUBS deixaram de fazer parte dele. Esse *cluster* apresentou raio de 3.041 m e 603 indivíduos, dos quais 293 (48,6%) relataram praticar AF no lazer. A probabilidade de encontrar um indivíduo que pratica AF no lazer no *cluster* foi 27% maior ( $RP = 1,27$ ;  $p = 0,002$ ) em comparação com as AAUBS não pertencentes a ele (Tabela 1).

Ao comparar as características contextuais do *cluster* com as das AAUBS não pertencentes a ele, verifica-se maior densidade de locais para a prática de AF, maior densidade de locais privados para a prática de AF, maior densidade populacional e residencial e maior renda familiar (Tabela 2).

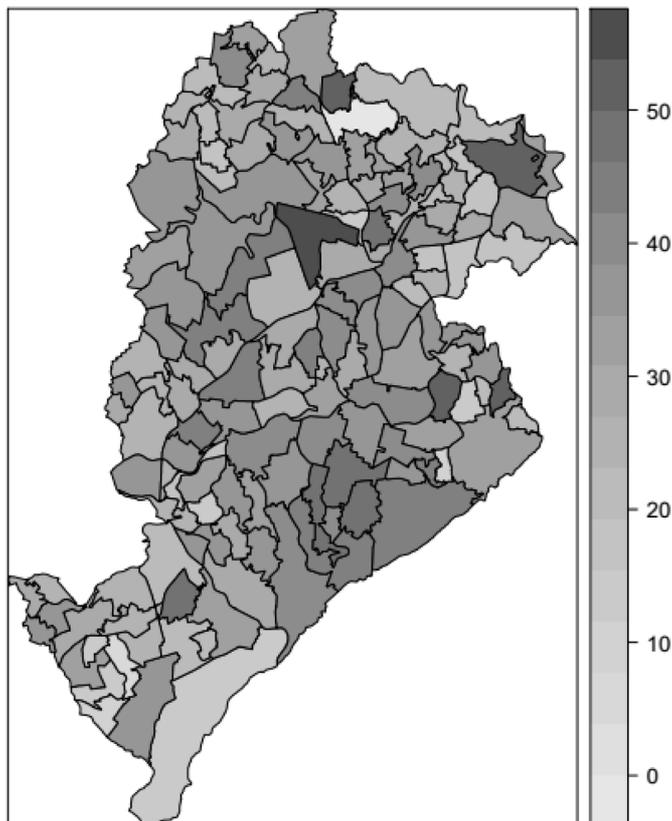


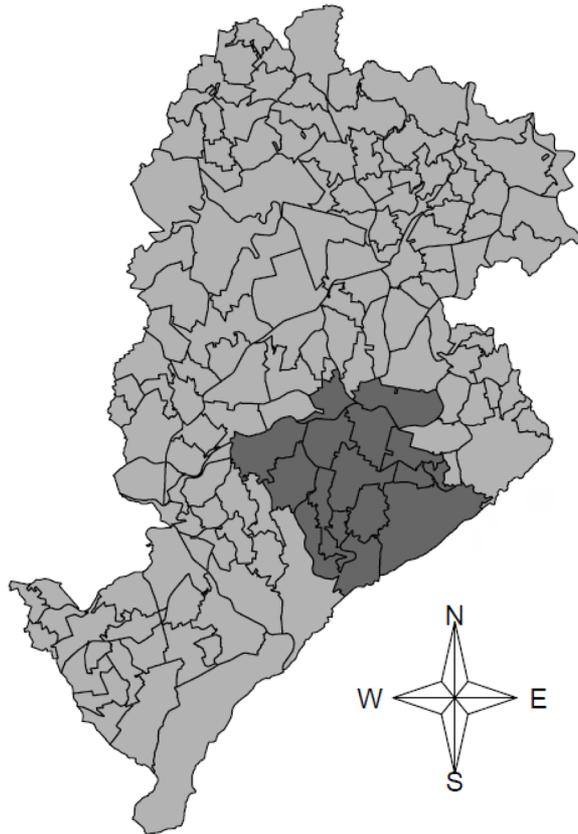
Figura 1. Distribuição da prática de atividade física no lazer, de acordo com as áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, Belo Horizonte (MG), 2008–2010.

## DISCUSSÃO

Este estudo verificou a distribuição espacial da AF no lazer em uma área urbana do Brasil, usando dados do inquérito telefônico Vigitel. A prevalência de AF no lazer suficiente foi de 33,3% e um *cluster* significativo de alta prevalência desse evento foi encontrado, mantendo-se significativo após ajustes. A área geográfica desse *cluster* teve maior densidade populacional e residencial, maior renda familiar e maior densidade de locais para a prática de AF.

O *cluster* de alta prevalência de AF suficiente no lazer foi localizado nas proximidades da região central e nos bairros de maior nível socioeconômico da cidade, o que é consistente com a hipótese de que boas condições do ambiente são determinantes para a adoção de comportamentos saudáveis, como a AF no lazer<sup>6</sup>.

A área geográfica onde o *cluster* foi identificado apresentou melhores equipamentos urbanos, como maior densidade de locais para a prática de AF. A proximidade de locais na vizinhança propícios para essa prática é um dos fatores que está associado a maiores níveis



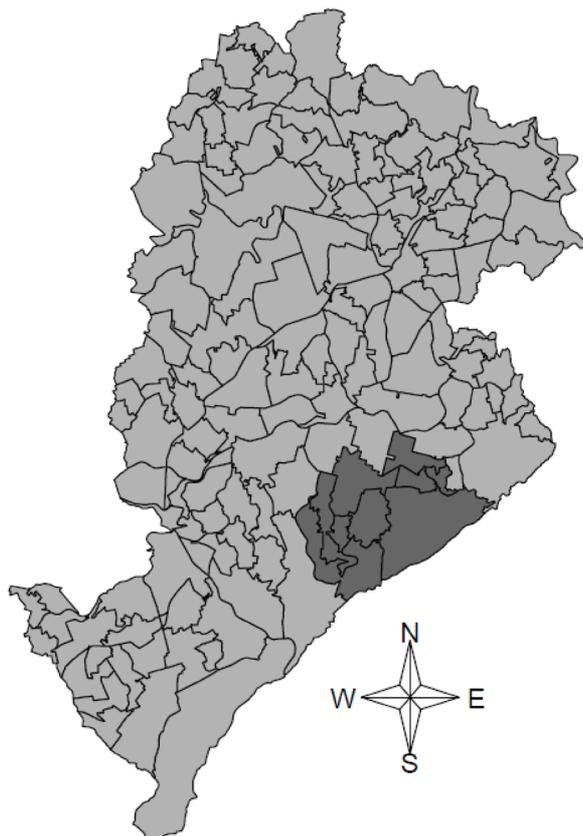
\*A cor escura representa o *cluster* de alta prevalência de prática de atividade física no lazer.

Figura 2. *Cluster* de alta prevalência de prática suficiente de atividade física no lazer, Belo Horizonte (MG), 2008–2010\*.

Tabela 1. Características do *cluster* espacial de alta prevalência de prática suficiente de atividade física no lazer, Belo Horizonte (MG), 2008–2010.

Características do cluster	Sem ajuste	Com ajuste*
Raio (m)	3.477	3.041
População	1.215	603
Casos observados	505	293
Casos esperados	406	239
Porcentagem de casos na área	41,6	48,6
Razão de prevalência (ativos/não ativos)	1,33	1,27
Valor p	< 0,001	0,002

\*Ajustado por sexo, idade, escolaridade e estado civil.



\*A cor escura representa o *cluster* de alta prevalência de prática de atividade física no lazer.

Figura 3. *Cluster* de alta prevalência de prática suficiente de atividade física no lazer ajustado por sexo, idade, escolaridade e estado civil, Belo Horizonte (MG), 2008–2010\*.

de AF em outros contextos urbanos<sup>7,9-11</sup>, visto que esses locais constituem estímulos visuais e motivam essa prática<sup>20</sup>. É importante destacar que não foi encontrada diferença para os locais públicos, somente para os privados. Uma possível explicação para esses achados deve-se ao reduzido número de instalações públicas para AF na cidade, que pode ter sido insuficiente para detectar uma associação, ainda que ela realmente exista.

Verificou-se ainda maior densidade residencial e populacional no *cluster*. Esse resultado pode ser explicado pela relação dessas variáveis com a maior acessibilidade e proximidade dos diversos destinos, favorecendo o deslocamento a pé ou de bicicleta<sup>21,22</sup>, ou seja, a maior densidade populacional estaria associada ao maior *walkability*, a mais destinos “caminháveis”. Adicionalmente, acredita-se que em locais mais densos existem mais pessoas nas ruas, levando à menor percepção de insegurança<sup>23,24</sup>.

Neste estudo, as AAUBS pertencentes ao *cluster* apresentaram melhor condição socioeconômica, determinada pela renda familiar média. Estudos mostram que áreas com níveis

Tabela 2. Mediana e intervalo interquartil das variáveis contextuais segundo a presença ou não do *cluster*\* de alta prevalência de atividade física no lazer, Belo Horizonte (MG), 2008–2010.

Características	Cluster*	Externo ao cluster	Valor p
	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	
<b>Ambiente físico</b>			
Densidade de locais para a prática de AF (número/km <sup>2</sup> )	9,32 (4,15 – 12,41)	2,42 (0,91 – 4,05)	0,002
Densidade de locais públicos para a prática de AF (número/km <sup>2</sup> )	0,41 (0,00 – 0,55)	0,44 (0,00 – 0,96)	0,849
Densidade de locais privados para a prática de AF (número/km <sup>2</sup> )	9,32 (3,63 – 11,49)	1,81 (0,47 – 3,27)	0,004
Densidade populacional (habitantes/km <sup>2</sup> )	13.913 (8.953 – 15.997)	9.376 (7.109 – 11.498)	0,040
Densidade residencial (domicílio/km <sup>2</sup> )	4.277 (3.231 – 5.419)	2.952 (2.185 – 3.605)	0,017
<b>Ambiente social</b>			
Taxa de homicídio (por 10 mil habitantes)	4,58 (3,51 – 6,82)	5,98 (4,04 – 8,64)	0,212
Renda média familiar (R\$)	6.614 (2.916 – 12.234)	915 (574 – 1.757)	0,001
Índice de vulnerabilidade à saúde (IVS)	0,11 (0,08 – 0,31)	0,25 (0,21 – 0,30)	0,218

IQ: intervalo interquartil; \**cluster* ajustado por sexo, idade, escolaridade e estado civil; AF: atividade física

de renda mais baixos possuem pior infraestrutura física, acarretando pouca oferta de serviços, como os de saúde, além de apresentarem baixa disponibilidade de áreas de lazer, o que pode resultar em maiores ocorrências de inatividade física<sup>25,26</sup>.

Em adultos, associações positivas foram encontradas entre a prática de AF no lazer e melhores condições de renda, escolaridade e residência em ambientes com oportunidades para a prática de AF<sup>7</sup>. Além disso, maior disponibilidade de instalações privadas para AF e menores taxas de criminalidade também foram associadas à prática de AF suficiente no lazer<sup>9,27</sup>.

No presente estudo, a prevalência de AF no lazer suficiente foi de 33,3%, superando a estimativa encontrada na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, na qual 22,5% dos adultos atingiram as recomendações de AF no lazer<sup>3</sup>. Em comparação com as estimativas nacionais obtidas de dados do Vigitel entre 2009 e 2016 (30,3 e 37,6%), verifica-se que Belo Horizonte apresentou prevalência de AF no lazer próxima à encontrada nesse período para as capitais brasileiras e Distrito Federal<sup>4</sup>. Ainda assim, a prática de AF no lazer deve ser incentivada, visto que, apesar de existirem em Belo Horizonte programas de incentivo à prática de AF,

como as Academias da Saúde, eles têm sido mais utilizados pelas pessoas como prevenção secundária<sup>28</sup>. Essa informação revela que o serviço merece ser divulgado como um espaço de promoção da saúde para toda a população e direcionado também para a atenção primordial e básica.

Neste estudo, algumas limitações devem ser reconhecidas. Uma delas relaciona-se com a representatividade da amostra de domicílios com linha telefônica fixa. Contudo, a cobertura de linhas fixas na cidade é uma das mais altas do Brasil, o que possibilita a redução de um possível viés de seleção<sup>29</sup>. Outra limitação é a utilização de dados secundários obtidos de fontes governamentais e comerciais para descrever as características contextuais, que podem estar sujeitos a imprecisões, além de terem sido obtidos entre 2009 e 2012, enquanto os dados individuais foram coletados entre 2008 e 2010. No entanto, acredita-se que esses sistemas de registro não sejam tão dinâmicos em termos de suas características ao longo do tempo. Uma limitação adicional refere-se à utilização de dados autorreferidos para avaliar a prática de AF no lazer, o que pode fragilizar a estimativa dos níveis e intensidade das atividades. Porém, estudos de validação dos indicadores de AF que utilizaram dados do Vigitel mostraram bom desempenho nas análises de sensibilidade e especificidade<sup>30,31</sup>. Deve-se considerar também a natureza transversal dos dados, que limita qualquer possibilidade de estabelecer relações causais.

Em conclusão, neste estudo observou-se um *cluster* de alta prevalência de prática de AF no lazer em um ambiente urbano físico e socioeconômico privilegiado. Assim, a diminuição das desigualdades nos ambientes urbanos pode aumentar a prática de AF no lazer e reduzir o risco de doenças crônicas. Os resultados deste trabalho podem ajudar e facilitar a concepção e implementação de políticas públicas mais eficazes para tornar os ambientes físicos e sociais urbanos mais saudáveis.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. Mielke GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, Szwarcwald CL, Santos FV, 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. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200010>
4. Cruz MS, Bernal RTI, Claro RM. Tendência da prática de atividade física no lazer entre adultos no Brasil (2006-2016). *Cad Saúde Pública* 2018; 34(10): e00114817. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00114817>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS): 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
6. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. *Annu Rev Public Health* 2006; 27: 297-322. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100>
7. 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(9838): 258-71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1)
8. Sugiyama T, Howard NJ, Paquet C, Coffee N, Taylor A, Daniel M. Do Relationships Between Environmental Attributes and Recreational Walking Vary According to Area-Level Socioeconomic Status? *J Urban Health* 2015; 92(2): 253-64. <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9932-1>

9. Gomes CS, Matozinhos FP, Mendes LL, Pessoa MC, Velasquez-Melendez G. Physical and Social Environment Are Associated to Leisure Time Physical Activity in Adults of a Brazilian City: A Cross-Sectional Study. *PLoS One* 2016; 11(2): e0150017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150017>
10. Hino AA, Reis RS, Sarmiento OL, Parra DC, Brownson RC. The built environment and recreational physical activity among adults in Curitiba, Brazil. *Prev Med* 2011; 52(6): 419-22. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.03.019>
11. Sallis JF, Cerin E, Conway TL, Adams MA, Frank LD, Pratt M, et al. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *Lancet* 2016; 387(10034): 2207-17. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01284-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01284-2)
12. Yamaguti FTB, Ruiz T, Barrozo LV, Corrente JE. Distribuição espacial dos idosos no município de Botucatu segundo o grau de atividade física em atividades de recreação e lazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2011; 6(20): 187-92. [https://doi.org/10.5712/rbmf6\(20\)251](https://doi.org/10.5712/rbmf6(20)251)
13. Waller LA, Gotway CA. *Applied spatial statistics for public health data*. Nova York: Wiley; 1965.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. 2012 [acessado em 9 dez. 2019]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigilância Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
16. Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Epidemiologia e Informação. Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2012 [Internet]. Minas Gerais: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2013 [acessado em 9 dez. 2019]. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice\\_vulnerabilidade2012.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf)
17. Kulldorff M. A spatial scan statistic. *Commun Stat* 1997; 26(6): 1481-96. <https://doi.org/10.1080/03610929708831995>
18. Moran PAP. Notes on continuous stochastic phenomena. *Biometrika* 1950; 37(1-2): 17-23. <https://doi.org/10.2307/2332142>
19. Kulldorff M. SaTScan™ User Guide [Internet]. 2015 [acessado em 10 jul. 2020]. Disponível em: [https://www.satscan.org/cgi-bin/satscan/register.pl/SaTScan\\_Users\\_Guide.pdf?todo=process\\_userguide\\_down](https://www.satscan.org/cgi-bin/satscan/register.pl/SaTScan_Users_Guide.pdf?todo=process_userguide_down)
20. Sallis JF, Hovell MF, Hofstetter CR, Elder JP, Hackley M, Caspersen CJ, et al. Distance between homes and exercise facilities related to frequency of exercise among San Diego residents. *Public Health Rep* 1990; 105(2): 179-85.
21. Balbé GP, Biesdorf M, Souza JC, Santos LC, Schlemper CDS, Wathier CA. O contexto do ambiente percebido na atividade física de lazer e deslocamento em idosos. *LICERE* 2018; 21(2): 170-85. <https://doi.org/10.35699/1981-3171.2018.1814>
22. Kowaleski-Jones L, Fan JX, Wen M, Hanson H. Neighborhood Context and Youth Physical Activity: Differential Associations by Gender and Age. *American J Health Prom* 2016; 31(5): 426-34. <https://doi.org/10.1177/0890117116667353>
23. Oakes JM, Forsyth A, Schmitz KH. The effects of neighborhood density and street connectivity on walking behavior: the Twin Cities walking study. *Epidemiol Perspect Innov* 2007; 4: 16. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1742-5573-4-16>
24. Forsyth A, Oakes M, Schmitz KH, Hearst M. Does Residential Density Increase Walking and Other Physical Activity? *Urban Studies* 2007; 44(4): 679-97. <https://doi.org/10.1080%2F00420980601184729>
25. Duncan BB, Stevens A, Iser BPM, Malta DC, Silva GA, Schmidt MI. Mortalidade por Doenças Crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: *Saúde Brasil 2010. Uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 117-33.
26. Santana P, Santos R, Nogueira H. The link between local environment and obesity: a multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *Soc Sci Med* 2009; 68(4): 601-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.11.033>
27. Sallis JF, Bowles RH, Bauman A, Ainsworth BE, Bull FC, Craig CL, et al. Neighborhood environments and physical activity among adults in 11 countries. *Am J Prev Med* 2009; 36(6): 484-90. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.01.031>
28. Ramalho JRO, Lopes ACS, Toledo MTT, Peixoto SV. Nível de atividade física e fatores associados ao sedentarismo em usuários de uma unidade básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. *REME* 2014; 18(2): 426-32. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140032>
29. Bernal R, Silva NN. Cobertura de linhas telefônicas residenciais e vícios potenciais em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 421-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000024>
30. Monteiro CA, Florindo AA, Claro RM, Moura EC. Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4): 575-81. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400001>

31. Moreira AD, Claro RM, Felisbino-Mendes MS, Velasquez-Melendez G. Validade e reprodutibilidade de inquérito telefônico de atividade física no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(1): 136-46. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010012>

Recebido em: 27/08/2020

Revisado em: 15/11/2020

Aceito em: 26/11/2020

Pré-print em: 15/12/2020

Contribuição dos autores: CSG contribuiu para a concepção, análise e interpretação dos dados; a redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; e a aprovação final da versão a ser publicada. CSV contribuiu para a redação e revisão crítica do manuscrito e a aprovação final da versão a ser publicada. FLR contribuiu para a

redação, revisão crítica do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada. HRT contribuiu para a redação e revisão crítica do manuscrito e a aprovação final da versão a ser publicada. MAC contribuiu para a análise de interpretação dos dados, a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito e a aprovação da versão final a ser publicada. MASV contribuiu para a redação e revisão crítica do manuscrito e a aprovação final da versão a ser publicada. MSM contribuiu para a redação e revisão crítica do manuscrito e a aprovação final da versão a ser publicada. SDT contribuiu para a redação e revisão crítica do manuscrito e a aprovação final da versão a ser publicada. GVM contribuiu para a concepção, análise e interpretação dos dados; a redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; e a aprovação final da versão a ser publicada.

