



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TAÍSE SANTOS DO NASCIMENTO

**FATORES ASSOCIADOS À INATIVIDADE FÍSICA EM MULHERES COM
EXCESSO DE PESO.**

SALVADOR

2017

TAÍSE SANTOS DO NASCIMENTO

**FATORES ASSOCIADOS À INATIVIDADE FÍSICA EM MULHERES COM
EXCESSO DE PESO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", Linha de pesquisa "O cuidar em enfermagem no desenvolvimento humano".

Orientadora: Dra. Fernanda Carneiro Mussi

SALVADOR

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistemas de Biblioteca da UFBA

S237 Nascimento, Taíse Santos do
Fatores associados à inatividade física em mulheres com excesso de
peso / Taíse Santos do Nascimento. -- Salvador, 2017.
91 f.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Fernanda Carneiro Mussi.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós Graduação em
Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Enfermagem, 2017.

1. Atividade Motora. 2. Mulheres. 3. Fatores
 2. Epidemiológicos. 4. Estilo de Vida Sedentário. 5. Obesidade.
- I. Carneiro Mussi, Fernanda. II. Título.

CDU: 616-083

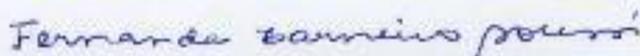
TAÍSE SANTOS DO NASCIMENTO

**FATORES ASSOCIADOS À INATIVIDADE FÍSICA EM MULHERES COM
EXCESSO DE PESO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", linha de pesquisa "O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano".

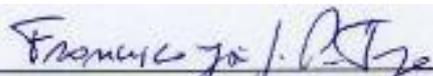
Aprovada em 15 de maio de 2017

BANCA EXAMINADORA



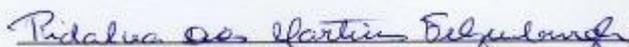
Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia



Prof. Dr. Francisco José Gondim Pitanga

Doutor em Saúde Coletiva e Professor da Universidade Federal da Bahia



Profa. Dra. Ridalva Dias Martins Felzemburg

Doutora em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa e Professora da Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa - Suplente

Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

*“A mente que se abre a uma
nova idéia, jamais volta ao
seu tamanho original.”*

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Eu dedico este trabalho às pessoas mais importantes na minha vida: meus filhos, Analice e Antônio, que me ensinaram o que é amor verdadeiro e que apesar do meu distanciamento nesse período difícil e turbulento de nossas vidas sempre me ajudaram e entenderam minha ausência; meu marido, meu porto seguro, que me apoiou e continua apoiando em nossa caminhada e nosso projeto de vida e à meu pai, que sempre buscou com muita dificuldade o melhor para suas quatro filhas e que nos passou seu conhecimento sobre a vida, dificuldades e valores humanos.

Não menos importante, agradeço à minha orientadora, Fernanda Carneiro Mussi, professora, fonte de inspiração profissional, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado.

Às minhas colegas de curso, Cátia Suely Palmeira e Tássia Teles de Macedo, pela cumplicidade e ombro amigo.

Às alunas da graduação Melissa Almeida e Larissa, pela ajuda e por estarem sempre prontas para ajudar.

Aos integrantes do GISC que me estimulam a pesquisar e trabalhar cada vez mais.

Às mulheres atendidas no Ambulatório para Estudo do Excesso de Peso e Doença Cardiometabólica (PEPE) para tratamento da obesidade, obrigado por terem concordaram em participar desta pesquisa, pela disponibilidade e atenção oferecidas.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação e aos seus funcionários, em especial, Márcia Mendes e Samuel Real, pela atenção e solicitude com que me atenderam durante a realização da pesquisa

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia por ter colaborado para minha formação de pós-graduação. A todos aqueles que contribuíram implícita ou explicitamente para a realização desta pesquisa e que não foram citados.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento e Pesquisa pela bolsa concedida.

RESUMO

NASCIMENTO, Taíse Santos do. Fatores associados à inatividade física em mulheres com excesso de peso. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

Introdução: O excesso de peso é um fenômeno universal cuja prevalência é crescente nos últimos anos. Associa-se ao modo de viver da sociedade moderna, mais especificamente à prática de atividade física e ao padrão alimentar. Por esta razão, a atividade física é um fator crítico para determinar se um indivíduo será capaz de manter um peso saudável. **Objetivo:** Verificar os fatores associados à inatividade física total e no lazer em mulheres com excesso de peso. **Método:** Estudo transversal, com 142 mulheres submetidas a entrevista e avaliação antropométrica em ambulatório para tratamento da obesidade, em Salvador, Bahia. Na análise bivariada empregou-se a razão de prevalência com intervalo de confiança (IC) de 95% para analisar a associação entre variáveis de interesse e a inatividade física total e no lazer. Na análise bivariada, empregou-se também o teste de Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher e as variáveis com $p \leq 0,20$ entraram no modelo de regressão logística múltipla sendo a *Odds Ratio* corrigida pelo modelo de Poisson. Adotou-se significância estatística de 5%. **Resultados:** A idade média foi 50,66 anos (DP=11,59); predominaram mulheres negras (93,7%), com filhos (81,8%), ensino médio completo/incompleto (58%), união estável (55,9%), baixa renda (39,2%), \leq oito horas de trabalho/dia (65,7%). Houve maior proporção de obesidade grau III (31,5%) seguida do grau I (29,4%) e II (21,7 %). A prevalência da inatividade física por domínio, avaliada pelo *International Physical Activity Questionnaire*, foi de 64,4% no trabalho; 78,1% no deslocamento; 54,2% no domicílio e 85,2% no lazer. Considerando o nível de atividade física total 34,5% eram inativas. Na análise bivariada houve associação significativa entre inatividade física no lazer e índice de massa corporal, autoeficácia para atividade física, percepção do ambiente, dependentes no domicílio, estado de saúde percebido e número de comorbidades. Na regressão, a inatividade física no lazer associou-se ao número de comorbidades (RP:1,31; IC 95% 1,06;1,64); a autopercepção de saúde ruim (RP: 1,28; 1,01;1,61); a baixa autoeficácia (RP:1,27; 1,06; 1,51) e a percepção do ambiente ruim (RP:1,27; IC 95% 1,01;1,60). Para o nível de atividade física total, na análise bivariada verificou-se associação entre inatividade física e idade ≥ 60 anos, mulheres com companheiro, sobrepeso; duas comorbidades e autopercepção de saúde e autoeficácia regular/ruim e, no modelo multivariado, mulheres com autopercepção de saúde regular e ruim tiveram aumento respectivo de 124% (RP 2,24; IC 95% 1,05;4,77) e 150% (RP: 2,50; IC 95% 1,10;5,67) na inatividade física total. Mulheres com pior autoeficácia, ≥ 60 anos, com companheiro e agregação de comorbidades apresentaram direção de aumento da inatividade física total. **Conclusão:** A maioria das mulheres eram ativas no escore total de atividade física. Na análise multivariada a autopercepção de saúde associou-se significativamente à inatividade física total. Houve alta prevalência de inatividade física no lazer. No modelo multivariado, a inatividade física no lazer associou-se significativamente ao número de comorbidades, a autopercepção de saúde ruim, a baixa autoeficácia e a percepção do ambiente ruim. O estudo orienta para a elaboração de programas de promoção da saúde e redução de agravos associados a inatividade física.

Descritores: atividade motora; mulheres; fatores epidemiológicos; estilo de vida sedentário, obesidade.

ABSTRACT

NASCIMENTO, Taíse Santos. Factors associated with physical inactivity in women with overweight. 91 f. Dissertation (Nursing Masters) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

Introduction: Overweight is a universal phenomenon whose prevalence has increased in recent years. It is associated to the way of life of modern society, more specifically to the practice of physical activity and to the dietary pattern. For this reason, physical activity is a critical factor in determining if an individual will be able to maintain a healthy weight. **Objective:** To verify the factors associated with total physical inactivity and leisure time in overweight women. **Method:** A cross-sectional study with 142 women submitted to an interview and anthropometric evaluation in an outpatient clinic for treatment of obesity, in Salvador, Bahia. In the bivariate analysis, the prevalence ratio with a 95% confidence interval (CI) was used to analyze the association between variables of interest and total and physical inactivity in leisure. In the bivariate analysis, the Pearson's Chi-square test or the Fisher's exact test were also used, and the variables with $p \leq 0.20$ entered into the multiple logistic regression model and the Odds Ratio was corrected by the Poisson model. Statistical significance was set at 5%. **Results:** The mean age was 50.66 years (SD = 11.59); (81.8%), complete / incomplete high school (58%), stable union (55.9%), low income (39.2%), \leq eight hours Of work / day (65.7%). There was a higher proportion of grade III obesity (31.5%) followed by grade I (29.4%) and grade II (21.7%). The prevalence of physical inactivity per domain, evaluated by the International Physical Activity Questionnaire, was 64.4% at work; 78.1% in displacement; 54.2% at home and 85.2% at leisure. Considering the level of total physical activity, 34.5% were inactive. In the bivariate analysis there was a significant association between physical inactivity in leisure and body mass index, autoefficacy for physical activity, perception of the environment, dependents at home, perceived health status and number of comorbidities. In the regression, physical inactivity in leisure was associated with the number of comorbidities (RP: 1.31, 95% CI 1.06, 1.64); Self-perception of poor health (RP: 1.28, 1.01, 1.61); (RP: 1.27, 1.06, 1.51) and the perception of poor environment (RP: 1.27, CI 95% 1.01, 1.60). For the level of total physical activity, in the bivariate analysis there was an association between physical inactivity and age ≥ 60 years, women with partners, overweight; Two comorbidities and self-perception of health and regular / poor self-efficacy, and in the multivariate model, women with regular and poor self-perception of health had a respective increase of 124% (PR 2.24, CI 95% 1.05, 4.77) and 150 % (RP: 2.50, CI 95% 1.10, 5.67) in overall physical inactivity. Women with worse self-efficacy, ≥ 60 years, with companion and aggregation of comorbidities presented a direction of increase of total physical inactivity. **Conclusion:** Most of the women were active in the total physical activity score. In the multivariate analysis the self-perception of health was significantly associated to the total physical inactivity. There was a high prevalence of physical inactivity in leisure. In the multivariate model, physical inactivity in leisure was significantly associated with the number of comorbidities, poor self-perception of health, low self-efficacy and poor environment perception. The study guides the development of health promotion programs and the reduction of diseases associated with physical inactivity.

Keywords: motor activity; women; epidemiological factors; sedentary lifestyle; obesity.

RESUMEN

NASCIMENTO, Taise Santos do. Factores asociados con la inactividad física en mujeres con sobrepeso. 91 f. Disertación (Máster en Enfermería) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

Introducción: El exceso de peso es un fenómeno universal cuya prevalencia está aumentando en los últimos años. Se une a la forma de vida de la sociedad moderna, más específicamente la práctica de la actividad física y los patrones dietéticos. Por esta razón, la actividad física es un factor crítico en la determinación de si un individuo será capaz de mantener un peso saludable. **Objetivo:** Evaluar los factores asociados con la inactividad física en general y de ocio de las mujeres con sobrepeso. **Métodos:** Estudio transversal de 142 mujeres sometidas a la entrevista y evaluación antropométrica en la clínica para el tratamiento de la obesidad, en Salvador, Bahia. En el análisis bivariante se utilizó la razón de prevalencia con intervalo de confianza (CI) de 95% a analizar la asociación entre variables de interés y la inactividad física general y el ocio. En el análisis bivariante, también empleó la prueba de chi cuadrado o exacta Pearson y variables con $p \leq 0,20$ de Fisher entró en el modelo de regresión logística múltiple con una relación de probabilidades corregidas por el modelo de Poisson. Se adoptó la significación estadística del 5%. **Resultados:** La edad media 50,66 años (SD = 11,59); las mujeres negras predominantes (93,7%) con niños (81,8%), la educación completo / incompleto secundaria (58%), la unión estable (55,9%), de bajos ingresos (39,2%), \leq ocho horas trabajo / día (65,7%). Una mayor proporción de clase III obesidad (31,5%) seguido de grado I (29,4%) y II (21,7%). La prevalencia de inactividad física por área medida por el *Cuestionario Internacional de Actividad Física* era 64,4% en el trabajo; 78,1% en el offset; 54,2% en el hogar y el 85,2% en el ocio. Considerando el nivel de actividad física total, 34,5% eran inactivos. En el análisis bivariante mostró una asociación significativa entre la inactividad física y el índice de masa corporal, la autoeficacia para la actividad física, la percepción del medio ambiente, dependiente en el país, el estado de salud percibido y el número de comorbilidades. En la regresión, la inactividad física se asoció con el número de comorbilidades (RP: 1,31; IC 95% 1,06, 1,64); mala autopercepción de la salud (PR: 1,28; 1,01; 1,61); bajo eficacia (RP: 1,27; 1,06; 1,51) y la percepción de mal ambiente (RP: 1,27; IC 95% 1,01, 1,60). Para el nivel general de actividad física en el análisis bivariante encontrado una asociación entre la inactividad física y la edad ≥ 60 años, las mujeres con una pareja, el sobrepeso; dos comorbilidades y la autopercepción de la salud y / pobre auto-eficacia y justo, en el modelo multivariado, las mujeres con la salud regular y mala autopercepción había aumentado su 124% (PR 2,24; IC 95%: 1,05 a 4,77) y 150 % (RP: 2,50; IC 95% 1,10, 5,67) en la inactividad física en general. Las mujeres con baja auto-eficacia, ≥ 60 años, con una pareja y la agregación de las comorbilidades mostraron hacia el aumento de la inactividad física en general. **Conclusión:** La mayoría eran activas en la puntuación total de la actividad física. En el análisis multivariante la autopercepción de la salud se asoció significativamente con la inactividad física en general. Hubo una alta prevalencia de inactividad física. En el modelo multivariado, la inactividad física se asoció significativamente con el número de comorbilidades, la mala autopercepción de la salud, baja auto-eficacia y la percepción del mal ambiente. Las guías de estudio para el desarrollo de programas de promoción de la salud y lesiones reducción asociada con la inactividad física.

Palabras-claves: actividad motora; mulheres; factores epidemiológicos, estilo de vida sedentario; obesidad.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1. Fatores associados à inatividade física no lazer em mulheres obesas.

Tabela 1 - Prevalência e razão de prevalência da inatividade no lazer de acordo com as características sociodemográficas, clínicas, autopercepção de saúde e percepção do ambiente de mulheres obesas, Salvador, Bahia, 2017.

Tabela 2- Associação entre as variáveis preditoras para inatividade física no lazer em mulheres obesas, Salvador, Bahia, 2017.

Artigo 2. Fatores associados à inatividade física total em mulheres com excesso de peso.

Tabela 1 - Prevalência e Razão de Prevalência (RP) da inatividade física total pelo IPAQ de acordo com as características sociodemográficas e clínicas das mulheres obesas, Salvador, Bahia, 2017.

Tabela 2 - Associação entre as variáveis preditoras para inatividade física total em mulheres obesas, Salvador, Bahia, 2017.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira de Estudos sobre Obesidade e Síndrome Metabólica
AF	Atividade física
CDC	<i>Centers for Disease and Control</i>
DCNT	Doenças Crônico Não Transmissíveis
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
IF	Inatividade física
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
RP	Razão de Prevalência
OR	<i>Odds Ratio</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 Excesso de peso: um problema de saúde pública	19
2.2 Sobre a prática de atividade física	20
2.3 Modelos teóricos associados à compreensão da inatividade física	23
2.4 As mulheres e a prática de atividade física.....	25
3 MATERIAIS E MÉTODOS	29
3.1 Desenho do Estudo	29
3.2 Local do Estudo	29
3.3 População e Amostra do Estudo	29
3.4 Critérios de Inclusão e de Exclusão.....	30
3.5 Coleta de dados.....	30
3.5.1 Instrumentos de coleta dos dados.....	30
3.5.2 Operacionalização.....	33
3.6 Variáveis do estudo	34
3.6.1 Variáveis dependentes	34
3.6.2 Variáveis independentes para o nível de atividade física total.....	34
3.6.2 Variáveis independentes para o nível de atividade física no lazer	35
3.7 Aspectos Éticos	36
3.8 Análise dos Dados	36
4 RESULTADOS	38
4.1 ARTIGO 1.....	39
4.2 ARTIGO 2.....	54
5 CONCLUSÃO.....	72

REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
APÊNDICE B- Instrumentos para coleta dos dados.....	84
ANEXO A - Escala de Percepção de Ambiente	85
ANEXO B - Escala de autoeficácia adaptada para a prática de atividade física em adultos brasileiros	87
ANEXO C- Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) - versão longa	88
ANEXO D- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	91

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o excesso de peso é um fenômeno universal e sua prevalência vem crescendo de maneira significativa nos últimos anos, incluindo países ricos, pobres e em desenvolvimento (BRASIL, 2014). Em 2014 mais de 1,9 bilhões de adultos com 18 anos ou mais estavam com excesso de peso e 13% da população mundial adulta (11% dos homens e 15% das mulheres estavam obesas) (OMS, 2017).

O Brasil, por meio do Ministério da Saúde, vem realizando desde 2005 um sistema de monitoramento telefônico denominado Vigilância para Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), o qual evidenciou prevalências elevadas de excesso de peso. Em 2015, no conjunto da população adulta a prevalência do excesso de peso foi de 53,9%, sendo maior entre homens (54,6%) do que entre mulheres (50,8%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tende a aumentar com a idade. As maiores frequências de excesso de peso foram observadas, no caso de homens, em Manaus (67,7%), Boa Vista (64,0%) e Porto Alegre (63,2%) e, para as mulheres, em Campo Grande (57,8%), Manaus (55,3%) e Rio de Janeiro (54,9%). A obesidade atinge 18,9% da população brasileira, sendo as maiores frequências, no caso de mulheres, observadas em Manaus (24,7%), Campo Grande (24,2%) e Porto Velho (23,2%) (BRASIL, 2016).

O incremento na prevalência do sobrepeso e da obesidade torna-se um problema de saúde pública considerando o impacto dessa condição na saúde e qualidade de vida. O excesso de peso é fator de risco para diversas doenças incluindo as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, trombose venosa profunda, insuficiência cardíaca), os distúrbios endócrinos (diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, hipercolesterolemia e infertilidade), os distúrbios respiratórios (apnéia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação) e alguns tipos de neoplasias (câncer de mama, próstata e colorretal) (CARDIOLOGIA, 2016; OMS, 2016).

O impacto do excesso de peso na saúde física soma-se ao psicossocial expressando-se por distúrbios emocionais e psicológicos como depressão, transtornos de ansiedade e alteração de imagem corporal (INSKIP et al., 2010; TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010). A pessoa obesa sofre ou impõe-se restrições em importantes aspectos da vida, como ir à escola, mudar de emprego, comprar roupas, namorar ou mesmo procurar

serviços de saúde. Ao longo da vida, o peso excessivo proporciona outras dificuldades, como menor índice de emprego, timidez e problemas de relacionamento com o sexo oposto (BARBIERI, 2012; CRISPIN, 2010).

Dentre os maiores problemas sociais encontrados pelas pessoas obesas estão o preconceito e a discriminação no trabalho, na sociedade em geral e nos relacionamentos interpessoais. O preconceito contra a obesidade começa em crianças descritas como preguiçosas, sujas, burras, mentirosas e feias. As pessoas obesas, para alguns tipos de trabalho, são classificadas como menos qualificadas, com problemas emocionais e interpessoais, tendo ainda menos chance de serem admitidas em escolas de prestígio ou em profissões mais atraentes (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010)

Considerando os prejuízos da obesidade para o indivíduo e a sociedade torna-se um desafio a prevenção e controle deste fator de risco à saúde, devendo-se dirigir atenção aos fatores causais. Há consenso de que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação entre genes, ambiente e estilo de vida (KNUTH *et al.*, 2011; WHO, 2013). Os aumentos recentes dos índices de massa corpórea em níveis epidêmicos apontam para influências ambientais no ganho de peso (DE SÁ-SILVA; YOKOO; SALLES-COSTA, 2013; PRINCE *et al.*, 2011).

Entre os fatores determinantes da obesidade dois incluem-se na explicação de um balanço energético positivo: um aumento na ingestão de energia ou diminuição do gasto calórico (ABESO, 2016). A oferta de calorias na forma de carboidratos e gorduras é alta e barata, assim como as facilidades da vida moderna e as novas formas de trabalho e estilo de vida estimulam a inatividade física. Por esta razão, a atividade física é um fator crítico para se determinar se um indivíduo será capaz de manter um peso saudável (BARBIERI, 2012).

Assim, o desenvolvimento de obesidade está fortemente associado ao estilo de vida, mais especificamente à prática de atividade física e ao padrão alimentar. Sabe-se que quanto mais ativo é o estilo de vida de uma pessoa, menor é a probabilidade desta tornar-se obesa (BARBIERI, 2012).

Os benefícios da atividade física para a redução do peso corporal são bem conhecidos, trazendo contribuições fisiológicas como aumento da taxa metabólica basal, melhor controle glicêmico e da qualidade do sono, minimização das queixas de dor, melhora do perfil lipídico (SILVA *et al.*, 2016) e da capacidade física, além da redução ou

prevenção de algumas doenças como osteoporose e desvios de postura (PORTO, 2014). Na esfera psicológica observa-se redução dos níveis de ansiedade e estresse, melhora do estado de espírito, maior relaxamento e ganhos cognitivos (JOSHI *et al.*, 2016; TRIBESS; VIRTUOSO JÚNIOR; OLIVEIRA, 2012). Na dimensão social, os indivíduos podem obter melhor integração social e cultural (SOUZA; ARGENTO, 2010).

Apesar dos benefícios estabelecidos da atividade física na promoção e prevenção de agravos à saúde, no Brasil, de acordo com o último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, no conjunto das 27 cidades, considerando o conjunto da população adulta estudada, 47,5% não alcançaram um nível suficiente de atividade física, sendo este percentual maior entre mulheres (56,3%) do que entre homens (37,2%) (BRASIL, 2016).

O comportamento do indivíduo e sua relação com a prevenção e manutenção da saúde têm sido uma área de investigação e de intervenção dos profissionais de saúde (ALMEIDA, 2013; BANDURA, 1991; DELA COLETA, 2010). Nesse sentido, modelos teóricos tem sido desenvolvidos para compreender a razão do envolvimento, ou não, das pessoas na realização de atividade física (ALMEIDA, 2013). A Teoria do Modelo Ecológico, proposta por Sallis *et al.* (1999), prevê que o comportamento sedentário está relacionado à influência de múltiplas variáveis, entre elas as intrapessoais (biológico, psicológico); a interpessoal/cultural, organizacional, o ambiente físico (construído e natural) e ambiente político (leis, regras e regulações). No modelo citado, as intervenções para a mudança no comportamento devem incluir aspectos relativos à segurança pública, atratividade e espaços convenientes para a prática de atividade física, medidas motivacionais e programas educativos para encorajar o uso destes espaços, além do uso da mídia de massa e organizações comunitárias para mudar normas sociais e culturais (SALLIS *et al.*, 2006).

Na busca e análise da literatura realizada nas bases de dados Pubmed, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), CINAHL, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os descritores atividade física, barreiras e mulheres, no período dos últimos dez anos, identificou-se artigos que focalizaram sobre os fatores associados à prática de (in) atividade física. No Brasil, diversos pesquisadores tem buscado compreender de que forma a atividade física pode ser influenciada e motivada (ALMEIDA, 2013; FLORINDO *et al.*, 2011; PITANGA, CRISTIANO PENAS SEARA *et al.*, 2012). Entre alguns fatores que tem sido associados ao nível de atividade física destacam-se as variáveis intrapessoais,

como a autoeficácia para a prática de atividade física (RECH, 2013); as variáveis interpessoais (falta de apoio familiar e de amigos) (FLORINDO *et al.*, 2011; RECH, 2013); o baixo nível de escolaridade ((PITANGA, FJG *et al.*, 2016; PITANGA, FJG; LESSA, 2005; ZANCHETTA *et al.*, 2010), a falta de tempo ((MOURA JUNIOR *et al.*, 2011); a percepção do ambiente físico e construído (BOSCATTO, 2011; FLORINDO *et al.*, 2011; RECH, 2013; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ *et al.*, 2012) e as condições climáticas (REIS, 2001). Entretanto, estudos sobre a influência do ambiente na percepção do indivíduo em relação a prática de atividade física ainda são escassos e pouco explorados, sendo a maior parte das evidências provenientes de países desenvolvidos (CARROLL-SCOTT *et al.*, 2013; REIS, 2001; SALLIS *et al.*, 2006; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ *et al.*, 2013).

Quanto aos fatores associados à inatividade especificamente em mulheres com excesso de peso, poucos estudos foram encontrados. Um deles evidenciou a falta de tempo como uma das principais barreiras para a prática de atividade física em mulheres, principalmente, naquelas com excesso de peso (WELCH *et al.*, 2009). Em uma revisão de literatura realizada por Joseph *et al.* (2015) com mulheres negras americanas verificou-se que as principais barreiras intrapessoais para a inatividade física foram a falta de tempo, falta de motivação, cansaço/fadiga; falta de conhecimento sobre os benefícios da atividade física e problemas de saúde como artrite, diabetes *mellitus*, obesidade e doenças cardiovasculares. Dentre as barreiras interpessoais destacaram-se o engajamento com questões familiares e papéis relacionados ao de esposa, mãe, cuidadora e a falta de suporte social. Aspectos relacionados à segurança para a prática também se constituíram em barreiras (JOSEPH *et al.*, 2015).

Conhecer os fatores associados à inatividade física em mulheres com excesso de peso é de relevância científica e social tendo em vista que poderá contribuir para aprofundar o conhecimento sobre o padrão epidemiológico da prática de atividade física e para monitorar a sua prevalência em subgrupos populacionais. Poderá contribuir também para a elaboração de programas de saúde pública e como guia para a construção de projetos educativos em saúde na prática de enfermagem às populações urbanas em situação de excesso de peso.

Como enfermeira assistencial no atendimento de pessoas com infarto agudo do miocárdio em uma unidade de cardiologia, observei o incremento de pessoas com

obesidade e sedentarismo, surgindo a motivação pessoal para o desenvolvimento deste trabalho. Soma-se a isso a minha inserção no GISC - Grupo interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular - na linha de pesquisa fatores de risco cardiovascular: prevenção e controle, no qual desenvolve-se um projeto matriz de pesquisa denominado o "Monitoramento remoto de enfermagem de mulheres com excesso de peso", ao qual essa dissertação está vinculada.

Diante da importância da prevenção e controle precoces dos fatores de risco cardiovascular, das repercussões desta temática para a saúde pública e qualidade de vida e considerando que o cuidar em saúde e em enfermagem deve ser orientado pelo diagnóstico de uma situação, configurou-se como objeto de estudo "fatores associados à inatividade física em mulheres com excesso peso". Para tanto, elegeu-se como questão da pesquisa: "Quais os fatores associados à inatividade física em mulheres com excesso peso?".

Constituiu-se, portanto, em objetivo geral do estudo:

- Analisar os fatores associados à inatividade física total e no lazer em mulheres com excesso de peso.

E os objetivos específicos foram:

- Identificar o nível de atividade física total e por domínio das mulheres com excesso de peso;
- Descrever a caracterização sociodemográfica, os antecedentes clínicos e o índice de massa corpórea dessas mulheres;
- Descrever a percepção do ambiente para a prática de atividade física das mulheres com excesso de peso;
- Descrever a autoeficácia para prática de atividade física dessas mulheres;
- Descrever a autopercepção de saúde das mulheres com excesso de peso.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Excesso de peso: um problema de saúde pública

O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, não é favorável à saúde da população (BRASIL, 2014b).

É sabido que as doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DCNT), dentre elas a obesidade, vêm aumentando significativamente na população mundial, sendo um dos fatores de maior risco para o adoecimento e óbito. Em países desenvolvidos como Estados Unidos da América (EUA) o sobrepeso e a obesidade alcançam proporções epidêmicas afetando, aproximadamente, 65% dos adultos (cerca de 130 milhões de pessoas) com 33,4% de prevalência em mulheres e 27,5% em homens (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011).

O Brasil, por meio da realização de consecutivos inquéritos (BRASIL, 2014b; IBGE, 2010a) evidenciou nas últimas décadas mudanças em sua composição demográfica, com aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos na população; na transição epidemiológica, com diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas; e na transição nutricional, com queda da desnutrição em todas as idades e aumento do excesso de peso (BRASIL, 2014a).

Em 1975 a obesidade estava presente em 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres; já em 2003 a prevalência entre homens era de 8,8% e de 12,7% em mulheres. Em 2009, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada pelo Ministério da Saúde, evidenciou um incremento da obesidade para 12,5% entre homens e de 16,9% entre as mulheres, sendo o excesso de peso prevalente entre 50,1% dos homens e 48% das mulheres (BRASIL, 2014b; IBGE, 2010a).

A obesidade é compreendida como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura. Seu diagnóstico é realizado através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), classificando o indivíduo com sobrepeso (IMC 25-29,9 Kg/m²) ou obesidade (IMC > de 30 Kg/m²) (ABESO, 2016).

Dentre os fatores associados à etiologia da obesidade encontra-se a influência genética. Carnel *et al.* (2008) ao comparar gêmeos criados em ambientes distintos com seus pais biológicos e adotivos verificaram associação positiva (60%) entre o índice de

massa corpórea dos adotados com o índice de seus pais biológicos, e não com seus pais adotivos, para qualquer classificação de massa corpórea, inclusive a obesidade, sugerindo a genética como importante influência (CARNEL et al., 2008). O risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, enquanto, quando um dos genitores é obeso, eleva-se a 50%, atingindo 80% quando ambos são obesos (ABESO, 2016).

Fatores ambientais e estilo de vida também tem sido associados à gênese da obesidade. O estilo de vida sedentário contribui para o aparecimento da obesidade através da globalização, no predomínio de ocupações que demandam menor esforço, do marketing e consumo exacerbado de alimentos processados, tornando a obesidade um problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento (BRASIL, 2014b; WHO, 2013).

Somado às repercussões à saúde física e psicológica a obesidade traz repercussões econômicas e sociais principalmente nos países em desenvolvimento, na medida em que diminui a atividade e capacidade produtiva da população economicamente ativa, aumenta os custos diretos (médicos e não médicos) e os custos intangíveis, como por exemplo, a qualidade de vida da população (BAHIA; ARAÚJO, 2014).

Dessa forma, diante do rápido incremento da obesidade em âmbito nacional o Ministério da Saúde elaborou em 2006 a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) tendo como eixo prioritário: vigilância alimentar e nutricional; promoção da alimentação adequada e saudável e estímulo à prática de atividade física. Essas ações devem ocorrer no cotidiano dos serviços de saúde potencializando uma vida mais saudável (BRASIL, 2014a).

Desse modo, faz-se necessário aprofundar a discussão acerca dos fatores que podem estar relacionados ao incremento da obesidade na população para subsidiar o planejamento de políticas públicas em saúde, mais especificamente, para a promoção da saúde e prevenção de agravos crônicos.

2.2 Sobre a prática de atividade física

Atualmente, tem-se discutido sobre a importância da prática da atividade física na promoção da saúde, entretanto é importante diferenciar o conceito de atividade física e de exercício físico. A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético maior que os níveis

de repouso, podendo ser exemplificada por jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e deslocamentos (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Assim, a atividade física é composta pelos domínios das atividades realizadas no ambiente do trabalho, no deslocamento, nas atividades domésticas e no tempo livre. Já o exercício físico é definido como uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva, que tem como objetivo final ou intermediário aumentar ou manter a saúde/aptidão física (PITANGA, 2002; SUZUKI; MORAES; FREITAS, 2011). Pode-se também avaliar o nível total de atividade física, no conjunto das quatro dimensões. Para obtenção dos seus benefícios recomenda-se a prática de pelo menos 150min/semana, de intensidade leve ou moderada ou, no mínimo, de 75min/semana de atividade vigorosa (WHO, 2010b).

Somente nas quatro últimas décadas a atividade física vêm sendo considerada e estudada mais intensamente como importante fator de proteção no desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis e diversos estudos têm demonstrado que a atividade física pode contribuir na prevenção destes agravos (PITANGA, FJG 2002; WHO, 2013).

A prática regular de atividade física traz benefícios fisiológicos para o indivíduo como aumento da taxa metabólica basal, melhor controle glicêmico e perfil lipídico (SILVA *et al.*, 2016), qualidade do sono, minimização das queixas de dor (SILVA *et al.*, 2016) e da capacidade física, promove redução ou prevenção de algumas doenças osteomusculares como osteoporose e os desvios de postura (BRUM *et al.*, 2004). Na esfera psicológica, observa-se redução dos níveis de ansiedade e estresse, melhora da autoestima, da imagem corporal e da qualidade de vida. Na dimensão social, os indivíduos podem se beneficiar de uma melhor integração social e cultural (SOUZA; ARGENTO, 2010).

Entretanto, apesar dos benefícios já conhecidos da atividade física, o século vinte foi marcado pelo crescimento progressivo de inatividade física que atingiu na atualidade prevalências extremamente elevadas (ZANCHETTA *et al.*, 2010).

Dados recentes do *Centers for Disease and Control* apontam que mais de dois milhões de mortes por ano podem ser atribuídas à inatividade física, em função de sua repercussão no incremento de doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, câncer e diabetes), que corresponderam em 1998 por quase 60% das mortes no mundo; índice que mantidas as tendências atuais alcançará 73% das mortes no mundo no ano de 2020 (CDC, 2011).

No Brasil, de acordo com o último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, no conjunto das 27 cidades, considerando o conjunto da população adulta, utilizando *International Physical Activity Questionnaire*, identificou que 47,5% não alcançaram um nível suficiente de atividade física, sendo este percentual maior entre mulheres (56,3%) do que entre homens (37,2%). Entre homens, as maiores frequências foram encontradas em Porto Alegre (43,1%), Recife (42,4%) e Maceió (42,1%) e as menores em Florianópolis (28,5%), em Macapá (30,1%) e no Distrito Federal (30,8%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Recife (63,2%), João Pessoa (62,9%) e Teresina (62,1%) e as menores no Distrito Federal (44,2%), em Florianópolis (47,7%) e em Palmas (47,8%)(BRASIL, 2016).

Em um estudo de base populacional entre homens e mulheres do município de Duque de Caxias, com 1246 adultos, foram realizadas visitas domiciliares e aplicados questionários avaliando a prática de atividade física por meio do IPAQ, constatou-se prevalência global de inatividade física elevada (70%), sendo os homens mais ativos (43,3%) que as mulheres (20%) (PATRÍCIA; SILVA; SANDRE-PEREIRA, 2011).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) ocorrida no Brasil em 2008, com 292.443 indivíduos, evidenciou que a prevalência de atividade física no lazer nos níveis recomendados foi de apenas 10,5%, sendo que a maior proporção de homens realizava atividade física no lazer em relação as mulheres (12,7% *versus* 8,5%), reforçando os dados já encontrados na literatura. Na pesquisa houve associação entre o maior nível de escolaridade e a prática de atividade física no lazer e a atividade física no deslocamento (caminhada e uso de bicicleta) foi maior nos indivíduos com menor o nível de escolaridade (IBGE, 2010b).

Prevalências superiores para a inatividade física tem sido encontradas em mulheres, podendo ser atribuído ao fato de que estas são responsáveis pelas tarefas domésticas e geralmente desenvolvem atividades como cuidadoras de crianças e parentes com limitações, além de também exercerem trabalho remunerado. Em consequência tem menor disponibilidade de tempo e de oportunidades para as atividades de lazer (ZANCHETTA, MARILISA B, CHESTER et al., 2010)

Com base no exposto, fica evidente que a atividade física regular constitui um comportamento de grande importância na promoção de um estilo de vida saudável, assumindo um papel fundamental na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e

com benefícios evidentes na qualidade de vida (BLAIR, 1993). Evidencia-se também o desafio de se reduzir a prevalência do comportamento sedentário e do baixo nível de atividade física na população.

2.3 Modelos teóricos associados à compreensão da inatividade física

Diante do incremento da prevalência da inatividade física no mundo, modelos teóricos vêm sendo desenvolvidos para compreender a razão do estilo de vida sedentário, e o envolvimento ou não das pessoas em determinados comportamentos relativos à prática de atividade física, bem como para identificar de que forma estes comportamentos podem ser modificados (ALMEIDA, 2013).

Diante deste contexto, teorias comportamentais têm sido utilizadas para entender o processo e a adoção pelo indivíduo de um comportamento saudável. Na teoria comportamental o foco é o indivíduo e as ações se centram somente no nível individual, buscando fatores intrapessoais para entender o comportamento do indivíduo.

Outro modelo aplicado para o entendimento no engajamento do indivíduo para a prática da atividade física foi inicialmente proposto por Albert Bandura em 1991 e refere-se ao conceito denominado “*self-efficacy*” autoeficácia ou seja, o grau de confiança/crença que o indivíduo deposita na realização de determinada atividade ou na mudança de comportamento. A relação entre autoeficácia e a prática de atividade física tem sido verificado em estudos (BANDURA, 1977; MEURER *et al.*, 2015; RESNICK; JENKINS, 2000). Indivíduos com maior autoeficácia apresentam maiores níveis de atividade física e aderência a programas de promoção à saúde (BANDURA, 1977; OPDENACKER *et al.*, 2008).

Diversos instrumentos têm sido utilizados para verificar a autoeficácia. Rech *et al.* (2011) validaram no Brasil uma Escala de autoeficácia adaptada para a prática de atividade física em adultos brasileiros, na qual são considerados a autoeficácia do indivíduo para a prática de caminhada no tempo livre e para a prática de atividade física vigorosa ou moderada intensidade (RECH *et al.*, 2011).

Em 1999, o pesquisador americano Sallis (1999) propôs a compreensão da inatividade física como resultado da inter-relação do indivíduo com o meio ambiente, conhecido como Modelo Ecológico. Segundo esse modelo, múltiplos fatores influenciam o comportamento sedentário e incluem aspectos de ordem intrapessoal (biológicos,

psicológicos), interpessoal/cultural, organizacional, ambiental (ambiente físico e natural) e político (leis, normas, regulamentos, códigos). No Modelo Ecológico as intervenções para a mudança do comportamento para serem efetivas devem ser baseadas na inter-relação entre os diversos níveis: pessoal, social e ambiental (SALLIS *et al.*, 2006).

O ambiente físico (construído e natural) e social podem ser analisados por uma variedade de características, como acesso aos locais para realização de atividade física, qualidade dos locais e equipamentos, estética, segurança e temperatura e pode ser visto como fatores determinantes para o comportamento ativo. Por exemplo, indivíduos podem ter acesso aos locais para a atividade física (parques), porém, percebem que o mesmo é inseguro para a prática de atividade física, tornando-se uma barreira para o desenvolvimento de estilo de vida ativo (SALLIS *et al.*, 2006).

O ambiente construído como determinante para a prática de atividade física vem sendo objeto de estudo de outros pesquisadores. No Brasil, na cidade de Curitiba, Paraná, Reis *et al.* (2001), realizaram em um estudo com adultos usuários de um parque (n=721), identificando que o ambiente físico exerce forte influência na prática de atividade física. A distância entre o local de residência e o parque está diretamente associada com a frequência de utilização do mesmo. Além disso, constataram que a existência e disponibilidade de instalações e equipamentos no parque como estacionamentos, equipamentos para exercícios e pista de caminhadas foram estímulos positivos para a prática de atividade física e que as condições climáticas (frio, chuvas) foram fator de inibição para a realização dessas atividades (REIS, 2001).

A rede de suporte social também tem sido citada como importante papel para a prática de atividade física. É sabido da importância do apoio dado pela família e amigos, governo e comunidade nos processos de tomada de decisão, aquisição de hábitos e mudança de comportamento relacionados à prática de atividade física (CARROLL-SCOTT *et al.*, 2013; REIS, 2001; SALLIS *et al.*, 2006).

Entretanto, nota-se que a efetividade das estratégias para a mudança do sedentarismo e da prática insuficiente de atividade física é dificultada pela identificação de barreiras percebidas e declaradas pelo indivíduo, as quais representam um fator negativo no processo de tomada de decisão, que podem interferir diretamente na mudança, na adoção e na manutenção do comportamento pretendido, nesse caso o comportamento ativo (BOSCATTO, 2011).

Um estudo que procurou identificar as barreiras percebidas para a prática de atividade física em indivíduos obesos submetidos à cirurgia bariátrica, com idade entre 23 e 61 anos, no município de São Paulo, evidenciou que 56,7% dos entrevistados declararam existir barreiras ambientais, sendo a mais citada foi a falta de equipamentos para a prática de atividade física. As barreiras sociais foram citadas por mais de 80,0% da amostra, sendo a jornada de trabalho extensa a mais prevalente (BOSCATTO, 2011).

Sallis *et al.* (2006) a partir do Modelo Ecológico propõe que as intervenções utilizadas para a promoção da atividade física devem garantir segurança, atratividade e espaços convenientes. Programas motivacionais e educacionais devem encorajar o uso destes espaços e o uso em massa da mídia e organizações comunitárias devem focar na mudança das normas sociais e culturais.

Assim, é importante conhecer os fatores associados à inatividade física e reconhecê-los implica em perceber os “porquês” das atitudes de indivíduos, comunidades e populações em relação à um determinado comportamento. Estudar estas interações em países em desenvolvimento, onde as diferenças sociais e ambientais são elevadas pode melhorar o seu entendimento (REIS, 2001).

2.4 As mulheres e a prática de atividade física

A mudança demográfica populacional no cenário mundial e nacional nos últimos anos revelam um maior número de mulheres em relação aos homens, contribuindo para o aumento da expectativa de vida e o desenvolvimento de doenças crônicas, dentre elas a obesidade, resultantes do estilo de vida inadequado ao longo da vida (TRIBESS, VIRTUOSO E PETROSKI, 2008).

Apesar dos avanços ocorridos para o entendimento dos fatores que possam estar associados à inatividade física de mulheres em situação de sobrepeso e obesidade a maior parte destes estudos são oriundos de países desenvolvidos. Entre as barreiras intrapessoais encontradas na literatura destacam-se a falta de tempo, cansaço, falta de conhecimento sobre os benefícios, o medo de se machucar, problemas de saúde, tais como diabetes, artrose e dores osteomusculares, que podem dificultar a realização da prática da atividade física. Em relação às barreiras interpessoais, o engajamento com questões familiares e papéis relacionados ao de esposa, mãe e cuidadora, bem como a falta de suporte social, de segurança pública e aspectos climáticos foram os principais dificultadores para o alcance

dos níveis recomendados (JOSEPH et al, 2015; WECH et al.,2008; TRIBESS, VIRTUOSO e PETROSKI, 2008).

O excesso de peso, como condição de saúde, também parecer ser um fator associado negativamente para a prática de atividade física (PITANGA, FJG *et al.*, 2016; TUCKER *et al.*, 2013). No estudo de corte transversal, realizado por Tuakli-Wosornu, Rowan e Gittelsohn (2014), com 218 mulheres revelaram as altas taxas de obesidade na população, sobretudo nas mulheres, com média do índice de massa corporal (IMC) de 30,3kg/m² e taxa de obesidade de 18%. Através da técnica do grupo focal o estudo verificou que as três principais barreiras relatadas para a prática da atividade física, foram: falta de tempo para realizar AF; trabalho e obrigações domésticas e ausência de facilidades para a prática. A maioria das mulheres relatou a prática de exercícios frequentes (75,9%) e 24,1% relataram nunca ter feito qualquer tipo de exercício. Mais da metade relataram não ter perdido peso através da prática do exercício físico, sendo a caminhada (69%) a atividade mais relatada entre as mulheres. Chama a atenção que o histórico de saúde (presença de diabetes, hipertensão) foi associado a um aumento de 3.7 unidades no índice de massa corpórea (TUAKLI-WOSORNU; ROWAN; GITTELSON, 2014).

No estudo feito por Jonck et al. (2014) em 400 mulheres na região urbana de Florianópolis, encontrou 58-76% de mulheres suficientemente ativas, havendo destaque para a faixa etária de 46 a 59 anos com 76% sendo consideradas muito ativas segundo a classificação do *International Activity Physical Questionnaire*. No estudo, apenas peso corporal e escolaridade apresentaram significância estatística para a atividade física e parecem influenciar sua prática (JONCK *et al.*, 2014).

No estudo de coorte realizado por Troped et al. (2014) em 23.434 mulheres em três estados norte-americanos que procurou identificar associações entre o ambiente construído (densidade populacional, densidade intersetorial e densidade de facilidades, ou seja, estabelecimentos comerciais e serviços públicos que podem servir como destinações para caminhada) e a prática de atividade física evidenciou que apenas 23% da população atingiu os níveis de recomendação para a prática de atividade física e 56% foram classificadas como excesso de peso ou obesas (IMC \geq 25kg/m²). Em relação à atividade física, foi verificada associação com a densidade populacional, com 6% maiores chances de pessoas que residem em áreas mais populosas atingirem os níveis de recomendação física e com 18% maiores chances de indivíduos que residem em áreas de acesso

intersectorial atingirem os níveis de recomendação para caminhada, bem como a presença de facilitadores também foi associada com a caminhada. Dessa forma, a densidade de facilidades de atividade física foi associada com um aumento de 91% das chances para a obtenção dos níveis de caminhada no modelo ajustado para idade (TROPED *et al.*, 2014)

Nesse sentido, percebe-se a prática de atividade física relacionada com fatores ambientais e acesso a serviços (supermercados, restaurantes, farmácias) podem contribuir para a prática de caminhada nos níveis recomendados.

Sabe-se que os fatores sócio-demográficos e econômicos são determinantes na prática de atividade física. Em algumas situações sendo facilitadores do comportamento ativo, em outras sendo percebido como barreiras para a prática de atividade física (PITANGA, FJG *et al.*, 2016).

Estudo qualitativo sobre as barreiras e percepções de mulheres com excesso de peso para a prática de atividade física foi realizado nos Estados Unidos, a partir do relato de 8 mulheres somalis onde foi identificado que 100% das mulheres não atingiram os níveis recomendados e 7 das 8 mulheres estavam com excesso de peso. As principais barreiras que emergiram estavam relacionados aos fatores ambientais (tais como condições das calçadas, tráfego de veículos, presença de gangues e cachorros (devido ao medo de ataque por cães). Além de fatores religiosos, associados à cultura muçulmana (uso de roupas de banho não são aceitos e experiências prévias com discriminação) os recursos financeiros e obrigações familiares (cuidados com filhos e idosos, atividades domésticas) também surgiram como barreiras (PERSSON *et al.*, 2014).

O Relatório Lalonde, elaborado pelo Ministro da Saúde canadense em 1974 foi um dos marcos para a elaboração de políticas públicas que objetivassem a construção de espaços coletivos e familiares para a prática esportiva (LALONDE, 1981). Atualmente o Canadá é um dos países que se destaca na elaboração de estudos sobre a aquisição e manutenção da prática de hábitos saudáveis pela população (CAPERCHIONE *et al.*, 2015; MANSFIELD; DUCHARME; KOSKI, 2012; PRINCE *et al.*, 2011). No estudo de Mansfield, Ducharme e Koski (2012), utilizando análise quantitativa e qualitativa procurou identificar fatores individuais, sociais e ambientais de mulheres imigrantes com diversidade multiétnica e em desvantagem socioeconômica, sendo verificado que o excesso de peso esteve presente em 57,6% das mulheres.

Estes estudos demonstram que o comportamento de um indivíduo, pode ser influenciado por estímulos externos e internos, como leis, características e estruturas existentes em uma comunidade, políticas públicas existentes, relações sociais, educação e cultura, características individuais do sujeito, ou outros fatores existentes no meio onde vivem (CASSOU, 2009).

Nesse sentido, torna-se fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o estímulo da atividade física e bem-estar, o conhecimento das barreiras encontradas pela população residentes em países e comunidades de baixa renda para a aquisição de hábitos e prática de exercício física, reconhecendo seus hábitos alimentares, estilo de vida, acesso aos alimentos de alto valor nutritivo e o ambiente socioambiental.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho do Estudo

Estudo de corte transversal, integrante de um projeto matriz intitulado “Monitoramento Remoto de Enfermagem de Mulheres com Excesso de Peso” sob orientação da Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi.

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no Ambulatório Docente-Assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (ADAB), na cidade de Salvador, Bahia, que atende usuários do Sistema Único de Saúde.

Neste serviço vem sendo desenvolvido há dois anos o projeto de pesquisa intitulado "Estudo do Excesso de Peso e Doença Cardiometabólica (PEPE)". Este projeto tem como objetivo o acompanhamento de pessoas com excesso de peso e conta com a participação de equipe multiprofissional e discentes da graduação e pós-graduação da área da saúde.

Atualmente o programa conta com cerca de 300 pessoas com excesso de peso, sendo 91% mulheres, razão pela qual foram selecionadas para o estudo. A admissão no programa geralmente é feita por enfermeira e estudantes da graduação, sendo o primeiro atendimento por meio um roteiro pré-estabelecido com avaliação do estado clínico, mensuração de dados antropométricos e da pressão arterial e levantamento de informações sobre o estilo de vida. A seguir, ocorre o encaminhamento para consulta com a nutricionista e o médico. Se, durante atendimento for observado algum distúrbio psicológico é realizado o encaminhamento para a psicológica. As consultas de retorno são agendadas entre de 3 a 5 meses.

3.3 População e Amostra do Estudo

A população do presente estudo foram todas as mulheres com excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) matriculadas e acompanhadas no ambulatório que atenderem aos critérios de seleção definidos para o projeto matriz.

A escolha de mulheres deveu-se ao fato de representarem 91% de todas as pessoas

matriculadas no PEPE. Mediante consulta aos registros das mulheres cadastradas no ambulatório, 174 atenderam aos critérios de elegibilidade definidos para o projeto matriz. As elegíveis foram consultadas sobre o interesse em participar da pesquisa por telefone e convidadas a virem ao ambulatório em data acordada. Dessas, foi possível a coleta e a entrevista com 142 mulheres com excesso de peso que constituíram a amostra do estudo.

3.4 Critérios de Inclusão e de Exclusão

Foram consideradas elegíveis para participar do estudo mulheres com excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) acompanhadas pelo PEPE, com idade superior a 18 anos, que tenham comparecido, no mínimo a uma consulta nos últimos doze meses e que possuam telefone fixo e/ou celular.

Foram excluídas as mulheres que não apresentaram condições físicas (amputações, hérnias) para realização das medidas do peso e altura, ou que apresentaram confusão mental, distúrbios psiquiátricos já diagnosticados e/ou condições cognitivas que impediram de responder aos instrumentos de pesquisa e de ler mensagens escritas ou em uso de drogas para perda de peso.

3.5 Coleta de dados

3.5.1 Instrumentos de coleta dos dados

Para a coleta dos dados foram empregados cinco instrumentos, descritos a seguir:

1. Caracterização sociodemográfica: foi formada por questões fechadas e semi-estruturadas para levantamento de dados como idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, situação laboral, carga horária diária de trabalho, renda familiar mensal, empregada doméstica no domicílio e dependentes sob seus cuidados.

2. Caracterização clínica e antropométrica: formado por itens para registro da aferição do peso e da altura e do cálculo do índice de massa corporal (Kg/m^2). Incluiu ainda questões fechadas referentes à presença de comorbidades referidas como hipertensão arterial, diabetes *mellitus tipo 2* e artrose.

3. Escala de Percepção do Ambiente: instrumento validado no Brasil por Florindo *et al.* (2012), composto por 38 questões para avaliar diferentes aspectos do ambiente físico que podem favorecer a caminhada no lazer e como deslocamento e a prática de atividade

física (FLORINDO *et al.*, 2011). A primeira parte do questionário é constituída por 18 questões (questões 1 a 18) nos quais os sujeitos foram questionados sobre a presença de pontos comerciais, de serviços e de lazer no bairro onde residem (parques, praças, locais para caminhar, academias, clubes, quadras de esportes, campos de futebol, pontos de ônibus, estações de trem, postos de saúde, farmácias, igrejas ou templos religiosos, padarias, agências bancárias, bares, feiras, armazéns, mercados e supermercados). Na presença destes, foram questionados sobre o tempo de deslocamento caminhando do domicílio até cada local (FLORINDO *et al.*, 2012).

A segunda parte da escala foi composta por questões relacionadas à presença e qualidade de estruturas ambientais próximas das residências. Os indivíduos foram questionados quanto à presença e qualidade de calçadas e de áreas verdes; de ruas planas; de locais com acúmulo de lixo, de esgoto a céu aberto e fumaça de poluição perto das residências. Além disso, questionou-se sobre o trânsito de carros, caminhões e motos dificultava a caminhada ou o uso de bicicleta; se existiam faixas de pedestres para atravessar perto das residências e se os motoristas costumavam respeitar os pedestres nas faixas. Ainda nesta parte, foram realizadas perguntas relacionadas à segurança percebida no ambiente questionando-os se as ruas perto de suas residências eram bem iluminadas à noite; se as pessoas consideravam seguro caminhar durante o dia e à noite nas proximidades da residência. Outras perguntas referiram-se ao suporte social, identificando se os indivíduos recebiam convite de amigos, vizinhos e parentes para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes no bairro e se ocorriam eventos esportivos e/ou caminhadas orientadas no bairro. Constataram uma pergunta para verificar se o clima (frio, chuva ou calor) dificultava a caminhada, andar de bicicleta ou a prática de esportes no bairro; e por último uma questão sobre animal de estimação identificando se os entrevistados possuíam cachorro e, caso tivessem, se costumavam passear com ele nas ruas de seu bairro.

A pontuação da escala variou de 0 a 58 pontos e para análise e interpretação das respostas os escores obtidos pelos quartis permitiram a classificação da percepção do ambiente pelos indivíduos em: boa (36 a 51 pontos), satisfatória (31 a 35 pontos), regular (27 a 30 pontos) e ruim (13-26 pontos), (ANEXO A).

4. Autoeficácia adaptada para a prática de atividade física em adultos brasileiros: escala validada no Brasil por Rech *et al.* (2011), sendo formada por dez itens divididos em dois blocos; 1) prática de caminhada no tempo livre (5 itens) e 2) prática de atividade física

de intensidade moderada e/ou vigorosa (5 itens), os quais devem ser analisados separadamente. Os escores da escala de autoeficácia foram computados com a soma das respostas de cada bloco considerando-se a resposta "sim" como valor 1 e "não" como valor 0. Portanto, considerando 5 itens em cada bloco, o escore variou de 0 a 5 pontos em cada um. Os escores obtidos indicam a autoeficácia, sendo que, quanto maior o valor, mais é elevada para a prática de atividade física (RECH *et al.*, 2011). Dessa forma, utilizando-se os quartis, os escores permitiram a classificação da autoeficácia em: boa (7 a 10 pontos); regular (5 a 6 pontos); satisfatório (3 a 4 pontos) e ruim (0 a 2 pontos), (ANEXO B).

4. O *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ): utilizado em sua versão longa, devidamente validada por Matsudo *et al.* (2001), contendo perguntas relacionadas à frequência da atividade física (dias por semana), duração (tempo por dia) e intensidade (caminhada, moderada e vigorosa) da atividade física desenvolvida nos quatro domínios: trabalho, deslocamento, atividades domésticas e no tempo livre (MATSUDO *et al.*, 2001), (ANEXO C).

No IPAQ, as atividades divididas em caminhadas são apenas consideradas se, pelo menos, ocorrerem durante dez minutos contínuos; moderadas são as que precisam de algum esforço físico e fazem as pessoas respirar um pouco mais forte que o normal, como quando carregam pesos leves, limpam vidros, varrem, limpam o chão, pedalam, nadam a velocidade regular, jogam bola, vôlei, basquete, tênis; vigorosas são as caminhadas que precisam de grande esforço físico e fazem respirar muito mais forte que o normal, como também trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxadas, subir escadas, lavar o quintal, esfregar o chão, correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer *jogging* (MATSUDO *et al.*, 2001).

Assim as mulheres foram classificadas segundo os seguintes critérios: a) muito ativas quando cumpriram as recomendações de prática de atividade física vigorosa: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão ou vigorosa, ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + moderada ou caminhada e/ou ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; b) ativas quando cumpriram as recomendações de prática de atividade física vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; ou moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa); c) irregularmente ativas quando não cumpriram de forma suficiente para ser classificado como ativo as recomendações quanto à frequência ou duração e d) sedentárias

quando não realizaram nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

A atividade física total foi analisada no conjunto dos diferentes domínios, assim, as mulheres que atingiram a recomendação de ativas/muito ativas em um dos domínios foram classificadas como ativas no nível total e aquelas que não atingiram essa recomendação (insuficientemente ativas/sedentárias) foram consideradas inativas.

3.5.2 Operacionalização

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2016 a julho de 2017. Todas as mulheres elegíveis foram convidadas por telefone a virem ao ambulatório. Na chegada ao serviço foram recepcionadas pela equipe da pesquisa e convidadas a participar de uma atividade lúdica que consistiu em uma atividade de relaxamento e uma roda de conversa sobre o tema estresse, com duração de cerca de quarenta e cinco minutos. Na ocasião, esclareceu-se objetivos e procedimentos da pesquisa e foi realizada a explicação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aquiescência iniciou-se a coleta de dados sendo empregada a entrevista para aplicação de todos os instrumentos descritos anteriormente e a avaliação antropométrica, em consultório privativo. A equipe envolvida na coleta de dados recebeu treinamento prévio sobre a utilização dos instrumentos de pesquisa e preenchimento do IPAQ versão longa. O treinamento foi realizado com instruções para nortear o trabalho de campo, auxiliando na correta aplicação do formulário, de forma a garantir a fidedignidade e a precisão dos dados coletados.

Para a aferição do peso e altura as participantes do estudo estavam descalças, usando roupas leves e sem adereços, conforme os padrões descritos na literatura (BRASIL, 2013).

O peso (em quilogramas) foi obtido através de uma balança digital, modelo *TEC 30 da marca Techline®*, com variação de 0,1kg, com selo de garantia de calibração do Instituto Nacional de Metrologia Qualidade e Tecnologia (INMETRO). A altura (metros) foi verificada por meio de um estadiômetro portátil (graduado a cada 0.5cm).

Para aferição do peso foi solicitado que a mulher ficasse em pé, de frente para o mostrador da balança, braços ao longo do corpo e olhar fixo no horizonte. Após aferição do peso, foi solicitada que permanecesse em pé para verificação da altura, com a cabeça e dorso encostados na régua do estadiômetro, abaixo da haste horizontal, mantendo a cabeça

e braços esticados ao longo do corpo, ombros, omoplatas, nádegas, calcanhares encostados à parede e pés apoiados no chão.

O índice de massa corporal (IMC) foi obtido pela divisão do peso pela altura ao quadrado, sendo expresso em Kg/m^2 , adotando-se a classificação da Organização Mundial da Saúde (2017): sobrepeso (25 a $29,9\text{kg/m}^2$); obesidade grau I (30 a $34,9\text{kg/m}^2$); obesidade grau II (35 a $39,9\text{kg/m}^2$) e obesidade grau III ($\geq 40\text{kg/m}^2$)

3.6 Variáveis do estudo

3.6.1 Variáveis dependentes

O nível de atividade física total foi avaliado pelo IPAQ em: muito ativo/ativo (0) e irregularmente ativo/sedentário (1)

O nível de atividade física no lazer foi avaliado pelo IPAQ na seção lazer em: muito ativo/ativo (0); irregularmente ativo/sedentário (1)

3.6.2 Variáveis independentes para o nível de atividade física total

Variáveis sociodemográficas:

Idade: 18 a 39 anos - (0); 40 a 59 anos - (1) e ≥ 60 anos - (2);

Raça/cor autodeclarada: branca - (0); negra (cor preta e parda) - (1);

Estado civil: com companheiro (casadas/união estável) - (0), sem companheiro (separadas, viúvas, solteiras) - (1);

Escolaridade: até ensino fundamental incompleto/completo - (1); ensino médio incompleto/completo, superior incompleto/completo - (0);

Situação laboral: com ocupação (empregado, autônomo, aposentado com atividade) - (1); sem ocupação (aposentado sem atividade, estudante, desempregado)- (0);

Renda familiar mensal: > 3 salários mínimos - (0); ≥ 1 a < 3 salários - (1) e ≤ 1 salário mínimo - (2);

Ter alguém dependente de cuidados no domicílio: não - (0) e sim - (1).

Variáveis clínicas:

IMC: sobrepeso - (0) e obesidade - (1);

Número de comorbidades: (hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e artrose): nenhuma - (0); uma - (1); duas - (2) e três - (3).

Autopercepção de saúde: muito boa/boa - (0); regular - (1) e ruim/muito ruim - (2).

Escala de autoeficácia: boa - (0); satisfatória - (1), regular - (2) e ruim - (3).

3.6.2 Variáveis independentes para o nível de atividade física no lazer

Variáveis socioeconômicas:

Idade: 18 a 39 anos - (0); 40 a 59 anos - (1) e ≥ 60 anos - (2);

Raça/cor autodeclarada: branca - (0); negra (cor preta e parda) - (1);

Estado civil: com companheiro (casadas/união estável) - (0), sem companheiro (separadas, viúvas, solteiras) (1).

Escolaridade: até ensino fundamental incompleto/completo - (1); ensino médio incompleto/completo, superior incompleto/completo - (0);

Situação laboral: com ocupação (empregado, autônomo, aposentado com atividade) - (1); sem ocupação (aposentado sem atividade, estudante, desempregado - (0);

Ter alguém dependente de cuidados no domicílio: não - (0) e sim - (1);

Renda familiar mensal: > 3 salários mínimos - (0); ≥ 1 salário mínimo a ≤ 3 salários - (1) e ≥ 3 salários mínimos - (2);

Ter alguém dependente de cuidados no domicílio: não - (0) e sim - (1).

Variáveis clínicas:

IMC: sobrepeso - (0); obesidade grau I - (1); obesidade grau II - (2) e obesidade grau III - (3);

Número de comorbidades (hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e artrose): nenhuma - (0); uma - (1); duas - (2) e três - (3).

Autopercepção de saúde: muito boa/boa (0); regular (1) e ruim/muito ruim (2).

Percepção do ambiente: boa - (0), satisfatória - (1), regular (2) e ruim - (3).

Escala de autoeficácia: boa - (0); satisfatória - (1), regular (2) e ruim - (3).

3.7 Aspectos Éticos

O projeto matriz “Monitoramento remoto de enfermagem de mulheres com excesso de peso”, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com nº de parecer 1.152.259 (ANEXO D). A proposta desse estudo foi contemplada no projeto matriz não sendo necessária a submissão de adendo ao parecer original. A pesquisa respeitou os princípios éticos de acordo com a Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos

As mulheres elegíveis para a pesquisa receberam explicação sobre os objetivos do estudo, riscos, benefícios, procedimentos, direito de desistência a qualquer momento e sigilo da identidade pessoal.

3.8 Análise dos Dados

Os dados constituíram um banco no programa *Statistical Package for Social Science*® (IBM SPSS versão 18.0) o qual foi exportado para análise no programa estatístico STATA®, versão 12.

As variáveis categóricas foram analisadas em frequências absolutas e relativas e as contínuas em médias e desvio padrão. Empregou-se a razão de prevalência, com intervalo de confiança (IC) de 95% para analisar a associação entre as variáveis de interesse e a inatividade física total. Na análise bivariada, empregou-se também o teste de Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher e as variáveis com valor de $p \leq 0,20$ entraram no Modelo de Regressão Logística Múltipla. Na modelagem utilizou-se o procedimento *backward* e na escolha do modelo, o critério de informação de Akaike (AIC), escolhendo-se aquele com menor valor.

Para avaliar o grau de acurácia e a qualidade do ajuste do modelo logístico utilizou-se o teste de Hosmer-Lemeshow e a área da curva ROC, tomando-se como hipótese nula o modelo ajustado e como hipótese alternativa o modelo não ajustado. Quanto mais próximo de 1,0 estiver o valor de p melhor a qualidade do ajuste do modelo. Considerando a prevalência elevada de inatividade física na amostra, distanciando-se dos parâmetros

estimados para *Odds Ratio*, calculou-se as estimativas de razão de prevalência (RP) e de seus respectivos IC (95%), utilizando-se o Modelo de Regressão de Poisson Robusto.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram apresentados na forma de dois artigos que respondem ao objetivo geral e aos específicos e atenderam as normas dos periódicos escolhidos.

O primeiro manuscrito foi intitulado “Fatores associados à inatividade física no lazer em mulheres obesas”, sendo submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem, Qualis CAPES A2 para a área da Enfermagem.

O segundo manuscrito foi denominado “Fatores associados à inatividade física total em mulheres com excesso de peso” e responde aos dois objetivos específicos. Este artigo será submetido para publicação à Revista de Saúde Pública, cujo Qualis CAPES é A2 para a área da Enfermagem.

4.1 ARTIGO 1

Fatores associados à inatividade física no lazer em mulheres obesas

Taíse Santos do Nascimento¹

Fernanda Carneiro Mussi²

¹Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. MBA em Gestão em Saúde pela FGV. Especialista em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Salvador, BA, Brasil. E-mail: santos.taíse2015@gmail.com

²Enfermeira. Profa. Associada IV da Universidade Federal da Bahia. Líder do Grupo Interdisciplinar sobre Saúde Cardiovascular. Av. Doutor Augusto Viana Filho, SN, Salvador, BA, Brasil. CEP: 40110-060 E-mail: femussi@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: Verificar os fatores associados à inatividade física no lazer (IFL) em mulheres com excesso de peso. **Método:** Estudo transversal, com 143 mulheres submetidas a entrevista e avaliação antropométrica em ambulatório para obesidade. Na análise bivariada empregou-se o Qui-quadrado de Pearson e, na multivariada, o modelo de regressão logística múltipla sendo a *odds ratio* corrigida pelo modelo de Poisson. Adotou-se significância estatística de 5%. **Resultados:** Houve alta prevalência de IFL (85,2%) e associação significativa entre IFL e índice de massa corporal, autoeficácia para atividade física, percepção do ambiente, dependentes no domicílio, estado de saúde percebido e número de comorbidades. Na regressão, a IFL associou-se ao número de comorbidades (RP:1,31; IC 95% 1,06;1,64); a autopercepção de saúde ruim (RP: 1,28; 1,01;1,61); a baixa autoeficácia (RP:1,27; 1,06; 1,51) e a percepção do ambiente ruim (RP:1,27; IC 95% 1,01;1,60). **Conclusão:** A IF no lazer associou-se a variáveis individuais e ambientais. **Descritores:** Atividade motora; Mulheres; Fatores epidemiológicos; Sedentarismo; Obesidade.

INTRODUÇÃO

As doenças e agravos crônicos não transmissíveis como a obesidade aumentam significativamente em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, em 2015, no conjunto da população adulta a prevalência do excesso de peso foi de 53,9,5%, sendo de 57,6% para homens e 50,8% para mulheres. Esse panorama associa-se ao modo de viver da sociedade moderna determinando um padrão alimentar que aliado ao sedentarismo, não é favorável à saúde da população.⁽¹⁾

O excesso de peso é fator de risco para doenças cardiovasculares, distúrbios endócrinos e respiratórios e alguns tipos de neoplasias, sendo um dos fatores de maior risco para adoecimento e óbito.⁽²⁾ O incremento na prevalência do excesso de peso é um problema de saúde pública considerando o impacto dessa condição na saúde e qualidade de vida. Torna-se um desafio a prevenção e o controle deste fator de risco, devendo-se dirigir atenção aos fatores causais.

Há consenso de que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação entre genes, ambiente, estilo de vida, prática de atividade física e padrão alimentar.⁽³⁾ Sabe-se que quanto mais ativo é o estilo de vida menor é a probabilidade da pessoa tornar-se obesa.⁽⁴⁾

Apesar dos benefícios estabelecidos da atividade física na promoção e prevenção de agravos à saúde, mais de dois milhões de mortes anuais são atribuídas à inatividade física devido a sua repercussão no incremento de doenças crônicas não transmissíveis que, se mantidas as tendências atuais, estarão relacionadas a 73% das mortes no mundo em 2020.⁽²⁾ No Brasil, no último levantamento do Ministério da Saúde, a prevalência da inatividade física continua elevada, atingindo 47,5% da população em 2015.⁽⁵⁾

Diversos pesquisadores têm buscado compreender como a atividade física é influenciada e motivada na população. Características sociodemográficas como sexo, idade, escolaridade, ocupação e estado civil aparecem como fatores determinantes de um estilo de vida sedentário. Somado à isso, outras variáveis como a autoeficácia e os fatores ambientais parecem estar associados.^(6,7)

Entretanto, apesar dos avanços no estado da arte sobre fatores implicados na inatividade física, permanecem lacunas na literatura relativas os fatores individuais e

ambientais que afetam as mulheres, particularmente com sobrepeso e obesidade. Cabe destacar que a maior parte dos estudos são oriundos de países desenvolvidos.^(8,9)

Considerando a importância da atividade física regular na coletividade e de um estilo de vida saudável para o controle do peso corporal e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, surge a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o padrão epidemiológico dessa prática e de monitorá-la em subgrupos populacionais para orientar as práticas de cuidado em saúde e políticas públicas de apoio a prática de atividade física e de controle do peso corporal.

Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi verificar os fatores associados à inatividade física no lazer em mulheres obesas.

METODOLOGIA

Estudo transversal, recorte de um projeto matriz denominado "Monitoramento remoto de enfermagem de mulheres com excesso de peso", desenvolvido em ambulatório de referência para obesidade, em Salvador, Bahia, Brasil, no qual uma equipe multidisciplinar cerca de 300 usuários do Sistema Único de Saúde, sendo 91% mulheres, razão pela qual foram selecionadas para o estudo.

Mediante consulta aos prontuários 174 mulheres foram recrutadas atendendo aos critérios de inclusão para o projeto matriz: ter excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$), idade superior a 18 anos, comparecido a consulta médica nos últimos doze meses e telefone fixo e/ou celular. Foram critérios de exclusão: ausência de condições físicas para medidas antropométricas e cognitivas para responder aos instrumentos da pesquisa, distúrbios psiquiátricos, uso de drogas para perda de peso e realização de cirurgia bariátrica.

As elegíveis foram consultadas sobre o interesse em participar da pesquisa por telefone e convidadas a virem ao ambulatório em data acordada. Na ocasião, esclareceu-se objetivos e procedimentos da pesquisa e assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido. A aquiescência iniciou-se a entrevista e avaliação antropométrica, em sala privativa.

O peso foi verificado com balança digital scale, model TEC 30 da marca Techline®, com variação de 0,1Kg e a estatura com estadiômetro portátil, cumprindo os procedimentos especificados na literatura.⁽¹⁰⁾ O índice de massa corpórea foi obtido pelo peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros. Adotou-se a seguinte

classificação⁽¹¹⁾: sobrepeso (25 a 29,9kg/m²); obesidade grau I (30 a 34,9kg/m²); obesidade grau II (35 a 39,9kg/m²) e obesidade grau III (\geq 40kg/m²).

Utilizou-se um instrumento para caracterização sociodemográfica, com questões fechadas sobre idade, raça/cor autodeclarada, situação conjugal, escolaridade, situação laboral, renda familiar mensal e dependentes no domicílio.

Para a avaliação do padrão de atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ-versão longa), com perguntas relacionadas à frequência, duração e intensidade das atividades físicas realizadas por mais de 10 minutos contínuos, durante a última semana, abrangendo os quatro domínios da atividade física (trabalho, deslocamento, atividades domésticas e lazer). A sua validade e confiabilidade está descrita na literatura.⁽¹²⁾ Obedeceu-se as orientações do processamento e de análise dos dados do IPAQ, por meio do site www.ipak.ki.se.

A autopercepção de saúde foi avaliada pela pergunta: "como você considera sua saúde atualmente?"⁽¹³⁾ As respostas foram categorizadas em muito boa/boa; regular e ruim/muito ruim.

Utilizou-se a Escala de Percepção do Ambiente para a Prática de Atividade Física, validada por Florindo et al. (2009), com 38 questões, com escores variando de 0 a 58 pontos. Quanto maior o escore obtido melhor a percepção do ambiente. Avalia diferentes aspectos do ambiente físico que podem favorecer a caminhada e a prática de atividade física no lazer e deslocamento.⁽¹⁴⁾ A primeira parte contém 18 questões sobre a presença e a proximidade de acesso, a menos de 10 minutos de caminhada do domicílio, como estruturas de lazer, serviços e conveniências no bairro de residência. A segunda parte, contém 20 questões relacionadas a presença e qualidade de estruturas ambientais (áreas verdes, calçadas, acúmulo de lixo) próximas das residências, a segurança percebida no trânsito e no ambiente, o suporte social, o clima e a presença de animal de estimação no domicílio. O estudo de validação da escala não sugere pontos de corte, mas indica que quanto maior o escore, melhor a percepção do ambiente. Assim, os escores obtidos pelos quartis permitiram a classificação da percepção do ambiente pelos indivíduos em: boa (36 a 51 pontos), satisfatória (31 a 35 pontos), regular (27 a 30 pontos) e ruim (13-26 pontos).

A autoeficácia para a prática de atividade física foi avaliada pela escala validada no Brasil por Rech et al. (2011), com 10 itens, divididos em dois blocos, com escores variando de 0 a 10 pontos: 1) prática de caminhada no tempo livre (5 itens) e 2) prática de

atividade física de intensidade moderada e/ou vigorosa (5 itens). Os escores da escala foram computados com a soma das respostas de cada bloco considerando-se a resposta "sim" como valor 1 e "não" como 0. Quanto maior o valor obtido, mais elevada a autoeficácia. Dessa forma, utilizando-se os quartis, os escores permitiram a classificação da autoeficácia em: boa (7 a 10 pontos); regular (5 a 6 pontos); satisfatório (3 a 4 pontos) e ruim (0 a 2 pontos).

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética, sob parecer nº 1.152.259 e atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Dados analisados em frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. Utilizou-se a razão de prevalência, com intervalo de confiança (IC) de 95% para analisar a associação entre as variáveis de interesse e a inatividade física no lazer. Na análise bivariada, empregou-se também o teste de Qui-quadrado de Pearson e as variáveis com valor de $p \leq 0,20$ entraram no modelo de regressão logística: pessoa dependente no domicílio; índice de massa corpórea; número de comorbidades; autopercepção de saúde, autoeficácia e percepção do ambiente. A modelagem foi realizada com o procedimento *backward*. Para escolha do modelo utilizou-se o critério de informação de Akaike (AIC) escolhendo-se o com menor valor. Para avaliar o grau de acurácia e a qualidade do ajuste do modelo logístico utilizou-se o teste de Hosmer-Lemeshow e a área da curva ROC. Devido ao evento inatividade física ser comum na amostra aplicou-se o Modelo de Regressão de Poisson Robusto para a correção dos riscos.

RESULTADOS

Cento e quarenta e duas mulheres atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo. A média de idade foi de 50,66 anos (DP=11,59), idade mínima de 21 e máxima de 81 anos. Predominaram mulheres da raça/cor negra (93,7%), casadas/união estável (55,6%), com nível educacional médio, pois 66,4% tinham o ensino médio completo/incompleto/ensino superior. A maioria tinha ocupação remunerada (51,4%) por serem autônomas, aposentadas com atividade ou estarem empregadas. A renda familiar mensal prevalente foi de 1 a 3 salários mínimos (39,2%) da qual dependiam em média três pessoas (DP= 1,32) e 31,0% tinham pessoas no domicílio que dependiam de seus cuidados.

A média do IMC foi 36,3Kg/m² (DP=6,2), com maior proporção de mulheres obesas (83,1%), estando 31,7% com obesidade grau III, 29,5% grau I e 21,8% grau II.

Constatou-se sobrepeso em 16,9%. A maioria agregava uma ou mais comorbidades como hipertensão, diabetes *mellitus* e artrose e considerava regular o seu estado de saúde (54,9%).

A análise da inatividade física total avaliada pelo IPAQ, considerando a avaliação conjunta dos domínios trabalho, deslocamento, ambiente doméstico e tempo livre, evidenciou-se que 65,5% das mulheres eram ativas/muito ativas, pois atingiram a recomendação de prática de atividade física de ≥ 150 min/semana. Menor proporção (34,5%) foram irregularmente ativas/sedentárias. Quanto ao nível de inatividade física por domínio do IPAQ, 54,2% eram inativas no domicílio; 64,4% no trabalho; 78,1% no deslocamento e 85,2% no lazer. A autoeficácia para a prática de atividade física foi regular/ruim para 53,5% delas (dados não apresentados em tabela).

Maiores prevalências de inatividade física no lazer foram identificadas nas mulheres com idade 40-59 anos (87,8%); cor/raça branca (88,9%); sem união estável companheiro (88,9%); ensino fundamental (89,6%); sem ocupação (88,4%); com pessoas dependentes de cuidados (93,2%); renda de 1 a 3 salários (89,3%); obesidade grau III (95,6%); duas comorbidades associadas (90,6%); autopercepção de saúde muito ruim/ruim (96,3%); autoeficácia ruim para a prática de atividade física (97,6 %) e percepção do ambiente regular e/ou satisfatória (89,7%) (Tabela 1).

Na análise bivariada, evidenciou-se associação de inatividade física no lazer naquelas com dependentes de cuidados no domicílio (RP: 1,14; IC 95% 1,01;1,29), obesas grau III (RP 1,27; IC 95% 1,00;1,62); duas comorbidades associadas (RP:1,23; IC 95% 0,98;1,56); autopercepção de saúde regular (RP:1,33; IC 95% 1,05;1,68) e ruim/muito ruim (RP:1,43; IC 95% 1,13;1,80); autoeficácia ruim (RP 1,25; IC 95% 1,03;1,51) e percepção do ambiente satisfatória/ruim (RP: 1,26; IC 95% 0,97;1,63), (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência (RP) da inatividade no lazer de acordo com as características sociodemográficas, clínicas, autopercepção de saúde e percepção do ambiente de mulheres obesas, Salvador, Bahia, 2017

Características sociodemográficas	Total n (%)	Prevalência (%)	p- value	RP	IC 95%
Idade			0,520		
18 - 39 anos	25 (17,6)	80,0			
≥40 anos a 59 anos	90 (63,4)	87,8		1,10	(0,89;1,36)
≥60 anos	27 (19,0)	81,8		1,02	(0,78; 1,33)
Raça/Cor			0,748		
Branca	9 (6,3)	88,9			
Negra (parda e preta)	133 (93,7)	85,0		0,96	(0,75; 1,22)
Situação conjugal			0,270		
Sem companheiro	63 (44,4)	88,9			
Com companheiro	79 (55,6)	82,3		0,93	(0,81; 1,06)
Escolaridade			0,294		
Até ensino fundamental	48 (33,8)	89,6			
Ensino médio/superior inc/completo	94 (66,2)	83,0		0,57	(0,19; 1,65)
Situação Laboral			0,297		
Sem ocupação	69 (48,6)	88,4			
Com ocupação	73 (51,4)	82,2		0,93	(0,81; 1,07)
Dependentes de cuidado no domicílio			0,073*		
Não	98 (69,0)	81,6			
Sim	44 (31,0)	93,2		1,14	(1,01;1,29)
Renda Familiar Mensal			0,310		
≥ 3 SM	36 (25,4)	77,8			
> 1 a <3 SM12	56 (39,4)	89,3		1,15	(0,94;1,40)
≤ 1 SM (2)	50 (35,2)	86,0		1,11	(0,90;1,36)
IMC			0,063*		
Sobrepeso	24 (16,9)	75,0			
Obesidade	42 (29,6)	85,7		1,14	(0,88;1,48)
Obesidade II	31 (21,8)	77,4		1,03	(0,77;1,40)
Obesidade III	45 (31,7)	95,6		1,27	(1,00;1,62)
Número de comorbidades			0,200*		
Nenhuma (0)	30 (21,1)	73,3			
Uma (1)	45 (31,7)	86,7		1,18	(0,92;1,51)
Duas (2)	53 (37,3)	90,6		1,23	(0,98;1,56)
Três (3)	14 (9,9)	85,7		1,17	(0,86;1,59)

Autopercepção de saúde			0,001*		
Bom/ muito bom	37 (26,1)	67,6			
Regular	78 (54,9)	89,7	1,33	(1,05;1,68)	
Muito ruim/ruim (2)	27 (19,0)	96,3	1,43	(1,13;1,80)	
Autoeficácia para AF (n=140)			0,059*		
Boa	32 (22,9)	78,1			
Satisfatória	33 (23,6)	78,8	1,00	(0,78;1,30)	
Regular	34 (24,2)	82,3	1,05	(0,83;1,34)	
Ruim	41 (29,3)	97,6	1,25	(1,03;1,51)	
Percepção do Ambiente (n=140)			0,143*		
Bom	28 (20,0)	71,4			
Satisfatório	39 (27,9)	89,7	1,26	(0,97;1,63)	
Regular	34 (24,2)	85,3	1,19	(0,91;1,57)	
Ruim	39 (27,9)	89,7	1,26	(0,97;1,63)	

*p-value do teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher; SM - Salário Mínimo; RP - Razões de Prevalência; IC - Intervalo de confiança;

Escolheu-se o melhor modelo logístico ajustado de acordo com o menor critério de informação de Akaike, avaliou-se a acurácia do modelo pela curva ROC cuja área foi de 0,88 e a qualidade do modelo pelo teste de Hosmer-Lemeshow obtendo-se $p=0,83$. Observou-se que no modelo multivariado que as mulheres com uma e duas comorbidades tiveram aumento respectivo de 27% (RP 1,27; IC 95%: 1,02;1,58) e 31% (RP: 1,31; IC 95%:1,06;1,64) na inatividade física no lazer. Aquelas com autopercepção de saúde ruim (RP: 1,28; IC 95%:1,01;1,61) e regular (RP: 1,25; IC 95%:1,00;1,56) foram respectivamente 28% e 25% mais inativas. Observou-se ainda que as mulheres com autoeficácia ruim para a prática de atividade física foram 27% mais inativas (RP: 1,27; IC 95% 1,06;1,51), assim como as com percepção satisfatória do ambiente (RP: 1,27; IC 95% 1,01;1,60). Embora não se tenha constatado associação estatisticamente significativa entre inatividade física e percepção de ambiente notou-se que mulheres com uma pior percepção apresentaram direção para o aumento da inatividade física no lazer. Do mesmo modo, a direção para esse aumento foi notada naquelas com dependentes de cuidado no domicílio e obesidade grau I e III.

Tabela 2. Associação entre as variáveis preditoras para inatividade física no lazer em mulheres obesas, Salvador, Bahia (2017)

Variáveis	RP	IC (95%)
Pessoas dependentes de cuidados no domicílio		
Não	1	1,00
Sim	1,14	(0,99;1,32)
IMC		
Sobrepeso	1	1,00
Obesidade Grau I	1,14	(0,90;1,46)
Obesidade Grau II	0,95	(0,73;1,23)
Obesidade Grau III	1,21	(0,97;1,51)
Número de Comorbidades*		
Nenhuma	1	1,00
Uma	1,27	(1,02;1,58)
Duas	1,31	(1,06;1,64)
Três	1,29	(0,98;1,70)
Autopercepção de saúde*		
Bom	1	1,00
Regular	1,25	(1,00;1,56)
Ruim	1,28	(1,01;1,61)
Autoeficácia (n=140)		
Bom	1	
Satisfatório	1,09	(0,86;1,37)
Regular	1,15	(0,92;1,43)
Ruim	1,27	(1,06;1,51)
Percepção do Ambiente*(n=140)		
Bom	1	1,00
Satisfatório	1,27	(1,01;1,60)
Regular	1,15	(0,90;1,46)
Ruim	1,21	(0,96;1,53)

AIC = 299,0284

Modelo de regressão logística.p-value < 0,05; RP - Razões de Prevalência.

DISCUSSÃO

A atividade física no lazer é uma das dimensões da atividade física, recomendada mundialmente⁽¹⁵⁾ no entanto, no presente estudo a prevalência de inatividade física foi elevada e superior a de outras investigações.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

O perfil sociodemográfico da amostra corroborou com outros estudos, havendo maior proporção de inatividade física naquelas com idade entre 40-59 anos⁽¹⁹⁾, menor nível de escolaridade⁽²⁰⁾, casadas⁽²¹⁾ e dependentes de seus cuidados no domicílio^(21,22). A inatividade física no lazer também está associada a renda familiar pois, mulheres com menor rendimento tendem a possuir menos conhecimento sobre hábitos saudáveis, tempo para sustentar níveis de atividade física saudáveis e oportunidades para atividades

recreacionais, sendo uma das principais barreiras para a prática de atividade física em países em desenvolvimento.⁽²³⁾

A prevalência de inatividade física foi maior nas mulheres com dependentes no domicílio (filhos e/ou pessoas doentes), relacionando-se aos papéis históricos desempenhados pelas mulheres de esposa, mãe e cuidadora, corroborando com os achados de outro estudo, no qual a presença elevada de crianças no domicílio, dificultou a prática de atividade física no lazer quando não tinham com quem deixar os filhos.⁽²¹⁾ Outra investigação mostrou que obrigações familiares e renda foram associadas à inatividade física no lazer no conjunto da população (45,4%) e, para as mulheres, tais obrigações apresentaram significância estatística.⁽²⁴⁾

Outro dado relevante foi de que quanto mais elevado o índice de massa corpórea maiores as prevalências de inatividade física no lazer, demonstrando que o excesso de peso é um fator associado negativamente à prática de atividade física, como previamente evidenciado.⁽²⁵⁾

A autopercepção de saúde, apesar de pouco utilizada na clínica, apresenta forte associação com mortalidade, morbidade e qualidade de vida.^(13,19,26) Neste trabalho foi um preditor para o comportamento inativo no lazer. Nesse sentido, as enfermeiras podem conhecer a autopercepção de saúde das mulheres no cotidiano assistencial, assim como do adoecimento, da perspectiva de autocuidado, assim como constatar necessidades de saúde visando a proposição e implementação de estratégias de cuidado à saúde centradas no atendimento de suas características e necessidades.⁽¹³⁾

Constatou-se neste estudo a autoeficácia preditora de inatividade física, ou seja, a crença do êxito do indivíduo no resultado da atividade física é fundamental para a sua prática. Meurer et al. (2015), identificaram que idosos permanentes em programas de atividade física apresentavam maior autoeficácia para caminhada comparados aos não permanentes, destacando a importância da avaliação da autoeficácia no planejamento e sistematização de ações para aumento da atividade física.⁽²⁷⁾ Assim, elevar os níveis de autoeficácia pode ser um componente importante em estratégias para a promoção da saúde.^(6,28) Atividades nas quais as mulheres expressam suas crenças podem proporcionar melhor entendimento sobre as reais perspectivas de resultados. Além disso, a visualização de outras pessoas adotando o comportamento, pode aumentar a crença na realização da atividade. Técnicas que envolvam discussão de grupo, conversas particulares, por telefone,

mensagens de email e leitura de textos sobre o comportamento, podem ser estratégias para aumentar a confiança da capacidade do indivíduo em realizar e manter o comportamento.⁽²⁸⁾

A pior percepção do ambiente foi também associada à inatividade física no lazer. No estudo americano realizado com 3.434 mulheres, aquelas que viviam em áreas com maior número de facilidades e centros comerciais tinham maiores chances de atender as recomendações de caminhada e aquelas que residiam próximas às lojas de alimentação, tinham quase duas vezes mais chances de estarem com excesso de peso (OR = 1.77; 95% CI: 1.33, 2.20).⁽²⁹⁾ Dados semelhantes foram encontrados no estudo que identificou que pessoas que praticavam atividade física no tempo de lazer tiveram maiores médias nos escores de facilidades/conveniências, percepção de segurança geral e de apoio social para a prática de atividade física.⁽³⁰⁾ Nesse sentido, variáveis relacionadas ao ambiente podem ajudar na compreensão dos comportamentos individuais e das barreiras para a manutenção do comportamento inativo. Políticas e ações públicas devem focalizar a melhoria das condições ambientais à prática de atividade física.

Diante destas constatações, é um desafio para a equipe multidisciplinar de saúde estimular a aquisição e a manutenção da prática regular de atividade física no lazer desde as idades mais jovens. Ademais, a oferta de espaços públicos para a prática de atividades físicas no lazer, de forma individual ou em grupo, são estratégias governamentais fundamentais para a melhoria da saúde, especialmente, nos subgrupos menos favorecidos.

Os resultados auxiliam no desenvolvimento de programas de intervenção que enfatizam características individuais e ambientais para o bom nível de atividade física.

Uma das limitações refere-se ao estudo transversal que não permite inferir causalidade dos resultados (causalidade reversa) uma vez que exposição e desfecho são coletados simultaneamente.

CONCLUSÃO

Houve alta prevalência de inatividade física no lazer. No modelo multivariado, a inatividade física associou-se significativamente ao número de comorbidades; a autopercepção de saúde ruim; a baixa autoeficácia e a percepção do ambiente ruim.

Agradecimentos: ao Conselho Nacional de Desenvolvimento de Pesquisa e Tecnologia - CNPQ, pelo financiamento do projeto de Pesquisa “Monitoramento remoto de enfermagem de mulheres com excesso de peso”, ao qual o artigo está vinculado.

Colaborações: Nascimento, TS, Mussi FC e Palmeira CS contribuíram na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, adequação às normas da revista e aprovação da versão final a ser publicada. Santos CAST colaborou no plano de análise, análise e interpretação dos dados e aprovação da versão final. Almeida, M contribuiu na coleta dos dados, tratamento dos dados e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. [VIGITEL BRASIL 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. [Internet]. 2016:53-160 [cited 2016 jul 17]. Available from: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/16/vigitel_brasil_2015.pdf. Portuguese
2. Who. Total status report on noncommunicable diseases. World Health 2010;176.
3. Knuth AG, Malta DC, Dumith SC, Pereira CA, Moraes Neto OL, Temporão JG, et al. [Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008]. **Cien Saude Colet** [Internet]2011 [cited 2016 sept 15];16:3697–705. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a07v16n9.pdf>. Portuguese
4. Barbieri AF, Mello RA. [As Causas Da Obesidade: Uma Análise Sob a Perspectiva Materialista Histórica]. **Conex Rev da Fac Educ Física da UNICAMP** [Internet] 2012;10(1):133–53. Available from: <http://fefnet178.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/view/653>. Portuguese
5. Brasil. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico (Vigitel Brasil 2014). **Ministério da Saúde** 2014;
6. Barros MB de, Iaochite RT. [Self-efficacy for the practice of physical activity by adults]. **Motricidade [Internet]**. 2012 [cited 2017 jan 12];8(2):32–41. Available from: <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/710>. Portuguese
7. Velásquez-meléndez G, Mendes LL, Maria C, Padez P. [Built environment and social environment: associations with overweight in adults]. **Cad Saude Publica** 2012;29(10):1988–96. Portuguese
8. Mansfield ED, Ducharme N, Koski KG. [Individual, social and environmental factors influencing physical activity levels and behaviours of multiethnic socio-economically disadvantaged urban mothers in Canada: A mixed methods approach]. **Int J Behav Nutr Phys Act** [Internet]. 2012 [cited 2017 fev 12];9(1):42. Available from: 9/1479-5868-9-

42%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462678/pdf/1479-5868-9-42.pdf.
English

9. Rhodes RE, Mark RS, Temmel CP. [Adult sedentary behavior: A systematic review]. **Am J Prev Med** [Internet]. 2012 [cited 2016 nov 28];42(3):e3–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.020>
10. Ministério da Saúde, Fiocruz. [National Health Survey - Anthropometry Manual]. **Bol Serviço** [Internet]. 2010[cited 2016 out 25];2–36. Available from: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Portaria.pdf>. Portuguese
11. WHO. [Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health]. [Internet] 2003 [cited 2016 nov 15]; EXR.02.2_Rev.1. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67433/1/WHO_NMH_EXR.02.2_Rev.1.pdf. English
12. Pardini R, Matsudo S, Matsudo V, Andrade E, Braggion G, Andrade D. [Validation of the international questionnaire on physical activity level (IPAQ - version 6): a pilot study in young Brazilian adults]. **Rev Bras Ciência e Mov** 2001;9(3):45–51. Portuguese
13. Arruda GO de, Santos A de L, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. [Association between self-perception of health and sociodemographic characteristics with cardiovascular diseases in adults]. **Rev da Esc Enferm** 2015;49(1):60–7. Portuguese
14. Florindo AA, Péricles E, Ii S, Siqueira R, Iv R. [Perception of the environment and practice of physical activity in adults living in a region of low socioeconomic status]. **Rev Saúde Pública** 2011;45(2):302–10. Portuguese
15. World Health Organization. [Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020]. **World Heal Organ** [Internet] 2013 [cited 2016 nov 19];102. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf. English
16. Del Duca GF, Nahas MV, Garcia LMT, Mota J, Hallal PC, Peres MA. [Prevalence and sociodemographic correlates of all domains of physical activity in Brazilian adults]. **Prev Med** [Internet] 2013[cited 2017 Apr 20]; 56(2):99-102. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23200875>. Portuguese
17. Who. [Global recommendations on physical activity for health]. Geneva **World Heal Organ** [Internet] 2010 [cited 2016 out 25];60. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Global+Recomendations+on+physical+activity+for+health#0>. English
18. Jonck VTF, Soares A, Araújo C da CR de, Machado Z, Reis NM, Guimarães AC de A. [Prevalence of physical activity in women]. **Rev Bras Promoção Saúde** 2014;27(4):533–40. Portuguese

19. Suzuki Claudio Shigueki, Moraes Suzana Alves de, Freitas Isabel Cristina Martins de. [Physical activity and correlates among adults living in Ribeirão Preto, Southeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 20]; 45(2): 311-320. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000200010>. Portuguese
20. Pitanga FJG, Beck CC, Pitanga CPS, Mota MF, Bastos LA. [Prevalence and sociodemographic and environmental factors associated with physical activity in free time and in displacement in adults]. *Motricidade* [Internet] 2014 [cited 2017 fev 22];10(1):3–13. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=94989901&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>. Portuguese
21. De Sá-Silva SP, Yokoo EM, Salles-Costa R. [Demographic factors and life habits related to physical inactivity between genders]. *Rev Nutr* 2013;26(6):633–45. Portuguese
22. Romeiro-lobes TC, França-Gravena A, Agnolo CMD, Rocha-Brischiliari SC, Carvalho MDDB, Pelloso SM. [Factors associated with physical inactivity in leisure in a municipality in the South of Brazil]. *Rev Salud Pública* 2014;16(1):40–52. Portuguese
23. Ward J, Friche AA de L, Caiaffa WT, Proietti FA, Xavier CC, Roux AVD. [Association of socioeconomic factors with body mass index, obesity, physical activity, and dietary factors in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: The BH Health Study]. *Cad Saude Publica* [Internet] 2015 [cited 2017 jan 05];31:182–94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300182&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Portuguese
24. Silva SG Da, Silva MC Da, Nahas MV, Viana SL. [Factors associated with physical inactivity in leisure and main barriers in the perception of workers in the industry of Southern Brazil]. *Cad Saude Publica* [Internet] 2011[cited 2017 jan 05];27(2):249–59. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200006. Portuguese
25. Tucker JM, Tucker LA, Lecheminant J, Bailey B. [Obesity increases risk of declining physical activity over time in women: A prospective cohort study]. *Obesity*. [Internet] 2013[cited 2017 apr 20]; 21(12):715–20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23512799>. English
26. Poubel PB, Lamar E, Araújo FC, Leite GG, Freitas S, Moisés R, et al. [Self-perception of health and clinical-functional aspects of the elderly attended in a basic health unit in the north of Brazil]. *J Heal Biol Sci* 2017;5(979):71–8. Portuguese
27. Meurer S, Borges L, Graup S, Benedetti T. [Self-efficacy of Beginning Seniors in a Physical Exercise Program: Comparison Between Permanents and Non-Residents]. *Rev Bras Atividade Física Saúde* [Internet] 2015[cited 2017 fev 12];20(1):57–64. Available from: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/4825>. Portuguese

28. Souza CA de, Rech CR, Sarabia TT, Añez CRR, Reis RS. [Self efficacy and physical activity in adolescents from Curitiba, Paraná, Brazil]. **Cad Saude Publica** [Internet] 2013[cited 2016 nov 22];29(10):2039–48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000020&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Portuguese
29. Prince SA, Kristjansson EA, Russell K, Billette J, Sawada M, Ali A, et al. [A Multilevel Analysis of Neighbourhood Built and Social Environments and Adult Self-Reported Physical Activity and Body Mass Index in Ottawa, Canada]. **IntJournal Environ Res Public Heal** [Internet] 2011 [cited 2016 oct 15];7600(July):3953–78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22073022>. English
30. Florindo AA, Guimarães VV, de Farias Júnior JC, Salvador EP, de Sá TH, Reis RS, et al. [Validação de uma escala de percepção do ambiente para a prática de atividade física em adultos de uma região de baixo nível socioeconômico.] **Rev Bras Cineantropometria e Desempenho Hum** [Internet] 2012. [cited 2016 nov 15];14(6):647–59. Available: <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v14n6/a04v14n6.pdf>. Portuguese

4.2 ARTIGO 2

Inatividade física total e fatores associados em mulheres com excesso de peso

Total physical inactivity and associated factors in overweight women

Taíse Santos do Nascimento¹

Fernanda Carneiro Mussi²

¹ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PGENF) da Universidade Federal da Bahia. MBA em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Especialista em Enfermagem em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Bahia. Email: santos.taíse2015@gmail.com.

² Enfermeira. Doutora. Professora Associada IV da EEUFBA. Líder do Grupo de Pesquisa GISC – Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado a Saúde Cardiovascular. femussi@uol.com.br.

RESUMO

Objetivo: Descrever os fatores associados à inatividade física total em mulheres com excesso de peso. **Método:** Estudo transversal, com 142 mulheres submetidas à entrevista e avaliação antropométrica em ambulatório para tratamento da obesidade, em Salvador, Bahia. A prevalência de inatividade física por domínio foi avaliada pelo *International Physical Activity Questionnaire* Na análise bivariada empregou-se a razão de prevalência, com intervalo de confiança (IC) de 95% para analisar a associação entre as variáveis de interesse e a inatividade física total e o teste de Qui-quadrado de Pearson. As variáveis com $p \leq 0,20$ entraram no modelo de regressão logística múltipla sendo a *Odds Ratio* corrigida pelo modelo de Poisson. Adotou-se significância estatística de 5%. **Resultados:** A idade média foi 50,66 anos (DP=11,59); predominaram mulheres negras (93,7%), com filhos (81,8%), ensino médio completo/incompleto (58%), união estável (55,9%), baixa renda (39,2%), \leq oito horas de trabalho/dia (65,7%). Prevaleceu obesidade grau III (31,5%); grau I (29,4%) e grau II (21,7%, A prevalência de inatividade física por domínio foi de 64,4%

no trabalho; 78,1% no deslocamento; 54,2% no domicílio e 85,2% no lazer. Considerando o nível de atividade física total 34,5% eram inativas. Na análise bivariada, houve associação ($p\text{-value} \leq 0,20$) entre Inatividade física total e idade ≥ 60 anos, mulheres com companheiro, sobrepeso; duas comorbidades e autopercepção de saúde e autoeficácia regular/ruim. No modelo multivariado, mulheres com autopercepção de saúde regular e ruim tiveram aumento respectivo de 124% (RP 2,24; IC 95% 1,05;4,77) e 150% (RP: 2,50; IC 95% 1,10;5,67) na inatividade física total. **Conclusão:** A inatividade física associou-se a autopercepção de saúde regular e ruim sendo um indicador de saúde importante na elaboração de políticas e intervenções para promoção da saúde e redução de agravos.

Descritores: Atividade Motora. Mulheres. Fatores Epidemiológicos. Obesidade. Sedentarismo.

ABSTRACT

Objective: To describe the factors associated with total physical inactivity in overweight women. **Method:** A cross-sectional study with 142 women submitted to an interview and anthropometric evaluation in an outpatient clinic for treatment of obesity, in Salvador, Bahia. In the bivariate analysis, the prevalence ratio was used, with a 95% confidence interval (CI) to analyze the association between the variables of interest and total physical inactivity and the Pearson Chi-square test. The variables with $p \leq 0.20$ entered the multiple logistic regression model and the Odds Ratio was corrected by the Poisson model. Statistical significance was set at 5%. **Results:** The mean age was 50.66 years (SD = 11.59); (81.8%), incomplete high school (58%), stable union (55.9%), low income (%), \leq eight hours of work / Day (65.7%). Grade III obesity prevailed (31.5%); Grade I (29.4%) and grade II (21.7%). The prevalence of physical inactivity per domain, assessed by the International Physical Activity Questionnaire, was 64.4% at work; 78.1% in displacement; 54.2% at home and 85.2% at leisure. Considering the level of total physical activity, 34.5% were inactive. In the bivariate analysis, there was association ($p\text{-value} \leq 0.20$) between total physical inactivity and age ≥ 60 years, women with partner, overweight; two comorbidities and self-perception of health and regular/poor self-efficacy. In the multivariate model, women with regular and poor self-perceived health had a respective increase of 124% (PR 2.24, 95% CI 1.05, 4.77) and 150% (PR 2.50, 95% CI 1, 10; 5.67) in overall physical

inactivity. Women with regular/bad self-efficacy, ≥ 60 years old, with companion and aggregation of comorbidities presented a direction of increased physical inactivity.

Conclusion: Physical inactivity was associated with regular and poor self-perception of health and was an important health indicator in the elaboration of policies and interventions for health promotion and reduction of diseases.

Keywords: motor activity; women; associated factors; epidemiologic factors; obesity; sedentary lifestyle.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica, epidemiológica e nutricional nas últimas décadas tem favorecido o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas a obesidade, a qual se configura um problema de saúde pública mundial, com prevalência crescente nos últimos anos, atingindo ambos os sexos e diferentes faixas etárias.¹ No Brasil, estima-se que mais da metade da população apresente excesso de peso (53,9%), atingindo 57,6% dos homens e 50,8% das mulheres.²

A etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, tendo como determinantes fatores históricos, ecológicos, econômicos, sociais, psicológicos, culturais e políticos, sendo a sua prevenção e controle um desafio no cenário mundial. Atualmente, a alta oferta de calorias na forma de carboidratos e gorduras, as facilidades da vida moderna e as novas formas de trabalho e estilo de vida promovem a inatividade física e o excesso de peso. Sabe-se que o sobrepeso e a obesidade estão relacionados a um balanço energético positivo causado pelo aumento do consumo calórico, pela diminuição do gasto energético ou por ambos.¹ Nesse sentido, a prática de atividade física é um fator crítico para determinar se um indivíduo será capaz de manter um peso saudável.²

Os benefícios da atividade física para a saúde estão documentados, contribuindo para a redução e controle do peso corporal, aumento da taxa metabólica basal, melhora do controle glicêmico e lipídico e da qualidade do sono, redução dos níveis de ansiedade, estresse e depressão e melhora da integração social e cultural.³⁻⁵ Apesar disso, estima-se que 31% da população mundial não atinja as recomendações da prática de atividade física.⁴

A inatividade física é responsável por mais de cinco milhões de mortes por ano no mundo e, no Brasil, atingiu 47,5% da população no ano de 2015.^{4,6} Tendo em vista o incremento da inatividade física e seu papel essencial no enfrentamento das DCNT, a

Organização Mundial da Saúde definiu como meta no Plano Enfretamento Global para DCNT 2013-2020 a redução de 10% dos níveis de inatividade física da população mundial.⁷ O impacto econômico da inatividade física é oneroso em todo o mundo e diretamente responsável pelo alto gasto com medicamentos, internação hospitalar e consultas clínicas. Os gastos com a parcela da população fisicamente inativa, acometida por doenças crônicas, estão entre os principais integrantes dos custos totais em saúde pública.⁸

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal com gasto energético maior que os níveis de repouso⁹ e o seu nível pode ser avaliado para as dimensões da atividade física que incluem trabalho, deslocamento, ambiente doméstico e tempo livre.¹⁰ Pode-se também avaliar o nível de atividade física, no conjunto das quatro dimensões. Para obtenção dos seus benefícios recomenda-se a prática de pelo menos 150min/semana, de intensidade leve ou moderada ou, no mínimo, de 75min/semana de atividade vigorosa.⁷

A compreensão dos fatores que influenciam o comportamento inativo têm sido alvo de diversos estudos e, a dificuldade pela população na obtenção dos níveis recomendados parece estar associada a fatores ambientais e individuais. Nas mulheres, o engajamento com questões familiares e papéis relacionados ao de esposa, mãe e cuidadora, a falta de suporte social, aspectos inerentes ao ambiente construído, segurança pública e clima parecem estar relacionados.^{11,12} No domínio deslocamento, aspectos relacionados ao ambiente, tais como falta de segurança pública, as condições de ruas e calçadas e fatores individuais estão descritos na literatura como barreiras para ambos os gêneros. No domínio trabalho, fatores relacionados ao gênero, maior escolaridade e padrão do sono longo (maior que 9h) parecem estar associados¹³. Entretanto, apesar do avanço do conhecimento nesta temática, poucos estudos descreveram o nível de atividade física global e os fatores associados à inatividade física em mulheres com excesso de peso sendo, a maioria, provenientes de países desenvolvidos.^{14,15}

Assim, o levantamento dessas informações no cenário brasileiro pode evidenciar a vulnerabilidade das mulheres ao adoecimento e constitui-se de extrema relevância para a equipe de profissionais de saúde na criação e condução de estratégias e programas efetivos para minimizar esse problema de saúde pública.

Com base no exposto, o presente trabalho teve como objetivo verificar os fatores associados à Inatividade física total de mulheres com excesso de peso.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, integrante de um projeto matriz intitulado "Monitoramento remoto de enfermagem de mulheres com excesso de peso", realizado em ambulatório multidisciplinar de atendimento a pessoas com excesso de peso, oriundas do Sistema Único de Saúde, em Salvador, Bahia, Brasil. Cerca de 300 pessoas estão cadastradas, a maioria mulheres (91%), razão pela qual constituíram-se em participantes do estudo.

Mediante consulta aos prontuários 174 mulheres foram recrutadas atendendo aos critérios de inclusão para o projeto matriz: ter excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$), idade superior a 18 anos, comparecido a consulta médica nos últimos doze meses e telefone fixo e/ou celular. Foram critérios de exclusão: ausência de condições físicas para medidas antropométricas e cognitivas para responder aos instrumentos da pesquisa, distúrbios psiquiátricos e uso de drogas para perda de peso.

As elegíveis foram consultadas sobre o interesse em participar da pesquisa por telefone e convidadas a virem ao ambulatório em data acordada. Na ocasião, esclareceu-se objetivos e procedimentos da pesquisa e foi feita a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aquiescência iniciou-se a entrevista e avaliação antropométrica, em sala privativa.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento de caracterização sociodemográfica, com questões fechadas sobre idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, situação laboral, renda familiar mensal, com quem mora, presença de empregada doméstica e dependentes no domicílio. Para a variável idade, foram determinados três estratos: 18 a 39 anos; ≥ 40 anos a 59 anos e ≥ 60 anos. Para o estado civil adotou-se a seguinte classificação: solteira/viúva/divorciada e união estável/casada. Para a escolaridade foram utilizadas duas classificações: até ensino fundamental incompleto/completo e ensino médio completo/completo/curso superior. A renda foi classificada em: ≥ 3 salários mínimos; ≥ 1 a < 3 salários mínimos e ≤ 1 salário mínimo.

Para a avaliação do nível de atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ - versão longa), devidamente validado por Matsudo et al

(2001)¹⁰. O instrumento contém perguntas relacionadas à frequência (dias por semana), duração (tempo por dia) e intensidade (leve, moderada e vigorosa) da atividade física desenvolvida no trabalho, no deslocamento, nas atividades domésticas e no tempo livre. A classificação utilizada atendeu aos seguintes critérios: a) muito ativos quando cumpriram as recomendações de realização de atividade física vigorosa por ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão ou ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; b) ativos quando cumpriram a recomendação de prática atividade física vigorosa por ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; ou quando realizaram atividade moderada ou de caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou quando realizaram qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa); c) insuficientemente ativos quando realizaram atividade física, porém, de forma insuficiente pois não cumpriram as recomendações quanto à frequência ou duração e d) sedentárias quando não realizaram nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

A atividade física foi analisada no conjunto dos diferentes domínios, assim, as mulheres que atingiram a recomendação de ativas/muito ativas em um dos domínios foram classificadas como ativas no nível total e aquelas que não atingiram essa recomendação (insuficientemente ativas/sedentárias) foram consideradas inativas.

A autopercepção de saúde foi avaliada pela seguinte pergunta fechada: "Como você considera sua saúde atualmente?".¹⁶ As possibilidades de respostas foram: muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa, sendo posteriormente recategorizadas em: muito boa/ótima; regular/ruim/muito ruim.

A autoeficácia para a prática de atividade física foi avaliada pela escala validada por Rech et al.¹⁷ (2011), sendo composta por dez itens divididos em dois blocos; 1) prática de caminhada no tempo livre (5 itens) e 2) prática de atividade física de intensidade moderada e/ou vigorosa (5 itens), os quais devem ser analisados separadamente. Os escores foram computados como a soma das respostas de cada bloco considerando-se a resposta "sim" como valor 1 e "não" como valor 0, variando de 0 a 10 pontos. A escala não propõe pontos de corte, entretanto, quanto maior o valor obtido, mais elevada é a autoeficácia. Os escores obtidos pelos quartis permitiram a classificação em: boa (7 a 10 pontos); regular (5 a 6 pontos); satisfatório (3 a 4 pontos) e ruim (0 a 2 pontos). Para posterior análise, agrupou-se as classificações em: boa/satisfatória e regular/ruim.

A verificação das medidas antropométricas foi realizada de acordo com os procedimentos específicos descritos na literatura.¹⁸ O peso em quilogramas foi verificado utilizando uma balança digital scale, model TEC 30 da marca Techline®, com variação de 0,1Kg e a altura (metros) foi definida usando-se estadiômetro portátil (graduado a cada 0,5 cm). Para aferição do peso foi solicitado que a mulher ficasse de pé, de frente para o mostrador da balança, braços ao longo do corpo e olhar fixo no horizonte. A verificação da altura foi realizada com a cabeça e dorso encostados na régua do estadiômetro, abaixo da haste horizontal, mantendo braços esticados, ombros, omoplatas, nádegas, calcanhares encostados na parede e pés no chão.

O índice de massa corpórea (IMC) foi obtido pelo peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$), sendo adotada a seguinte classificação⁷: sobrepeso (25 a 29,9kg/m²); obesidade grau I (30 a 34,9kg/m²); obesidade grau II (35 a 39,9kg/m²) e obesidade grau III ($IMC \geq 40\text{kg}/\text{m}^2$). A seguir o IMC foi recategorizado em sobrepeso e obesidade.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), número do processo 1.152.259. As mulheres receberam informações acerca dos objetivos, riscos e benefícios, assegurando-se o direito de desistência e sigilo das informações. Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado em duas vias, sendo uma para a participante e a outra para as pesquisadoras.

Os dados constituíram um banco no programa *Statistical Package for Social Science*® (IBM SPSS versão 18.0) o qual foi exportado para análise no programa estatístico STATA®, versão 12.

As variáveis categóricas foram analisadas em frequências absolutas e relativas e as contínuas em médias e desvio padrão. Empregou-se a razão de prevalência, com intervalo de confiança (IC) de 95% para analisar a associação entre as variáveis de interesse e a Inatividade física total. Na análise bivariada, empregou-se também o teste de Qui-quadrado de Pearson e as variáveis com valor de $p \leq 0,20$ entraram no Modelo de Regressão Logística Múltipla: idade, situação conjugal, índice de massa corpórea; número de comorbidades; autopercepção de saúde e autoeficácia. Na modelagem utilizou-se o procedimento *backward* e na escolha do modelo, o critério de informação de Akaike (AIC), escolhendo-se aquele com menor valor.

Para avaliar o grau de acurácia e a qualidade do ajuste do modelo logístico utilizou-se o teste de Hosmer-Lemeshow e a área da curva ROC, tomando-se como hipótese nula o modelo ajustado e como hipótese alternativa o modelo não ajustado. Quanto mais próximo de 1,0 estiver o valor de p melhor a qualidade do ajuste do modelo. Considerando a prevalência elevada de inatividade física na amostra, distanciando-se dos parâmetros estimados para *Odds Ratio*, calculou-se as estimativas de razão de prevalência (RP) e de seus respectivos IC (95%), utilizando-se o Modelo de Regressão de Poisson Robusto.

RESULTADOS

Em relação às características sociodemográficas das 142 mulheres, observou-se média de idade de 50,66 anos (DP=11,59), idade mínima de 21 e máxima de 81 anos. Houve predomínio de raça/cor negra (93,7%), ensino médio completo/incompleto (66,2%), união estável/casadas (55,6%) e de mulheres que não tinham empregada doméstica (95,1%). A maioria apresentava situação laboral remunerada (51,4%) por serem autônomas, aposentadas com atividade ou possuírem vínculo empregatício, trabalhavam menos de oito horas por dia (65,7%). A renda familiar mais frequente foi de maior que 1 a menor que 3 salários mínimos (39,4%), seguida da renda de ≤ 1 salário (35,2,7%), com uma média salarial mensal de 2.04 salários (DP=1,19), da qual dependiam em média três pessoas (DP= 1,328) (dados não apresentados em tabela).

A média do IMC foi 36,3 Kg/m² (DP=6,23), valor mínimo de 25,0 Kg/m² e máximo de 50,4 Kg/m². Houve predomínio de mulheres obesas (83,1%) estando 31,7% com obesidade grau III, 29,6% obesidade grau I e 21,8 % com obesidade grau II e o sobrepeso foi constatado em 16,9% (dados não apresentados em tabela).

Quanto ao nível de atividade física total, referente a avaliação dos quatro domínios em conjunto (trabalho, deslocamento, ambiente doméstico e tempo livre), 65,5% das mulheres foram consideradas ativas, pois atingiram a recomendação de prática de atividade física regular de ≥ 150 min/semana distribuídos na frequência esperada e 34,5% foram classificadas inativas por não atenderem a recomendação preconizada.

Quando avaliado o nível de atividade física por domínio do IPAQ, verificou-se que mais da metade das mulheres foram inativas nos domínios trabalho (64,4%); deslocamento (78,1%); tempo livre (85,2%) e nas atividades domésticas (54,2%) (Figura 1).

Na tabela 1, estão demonstradas as prevalências e associações entre Inatividade física total e os diversos fatores sociodemográficos, variáveis clínicas e autoeficácia para a prática de atividade física. Observou-se maiores proporções de Inatividade física total nas mulheres com mais de 60 anos (55,6%); raça/cor negra (34,6%); casadas (40,5%); com escolaridade até o ensino fundamental (39,6%); sem ocupação (39,1%); sem pessoas dependentes no domicílio (35,7%); com renda familiar ≥ 3 salários mínimos (44,4%); sobrepeso (45,8%); com duas comorbidades (43,4%); autopercepção de saúde muito ruim/ruim (40,7%) e baixa autoeficácia (regular/ruim/muito ruim) para a prática de AF (40%).

Na análise bivariada, evidenciou-se associação ($p\text{-value} \leq 0,200$) entre inatividade física total e as variáveis idade, situação conjugal, grau de obesidade, número de comorbidades, autopercepção de saúde e autoeficácia. Constatou-se maior prevalência de inatividade física nas mulheres com idade ≥ 60 anos (RP: 1,11 IC 95% 0,49; 2,53), com companheiro (RP:1,30; IC 95% 0,78;2,18), obesas (RP:0,70; IC 95% 0,42;1,17); com duas comorbidades associadas (RP: 2,17; IC 95% 0,99;4,74), autopercepção de saúde regular (RP:2,10 IC 95% 1,02;4,33) e ruim (RP:2,15 IC 95% 0,96;4,84) e autoeficácia regular/ruim/muito ruim (RP:1,74; IC 95% 0,85;3,55).

Escolheu-se o melhor modelo logístico ajustado de acordo com o menor critério de informação de Akaike, avaliou-se a acurácia do modelo pela curva ROC a qual foi de 0,20 e a qualidade do modelo pelo teste de Hosmer-Lemeshow obtendo-se $p=0,75$. No modelo multivariado, mulheres com autopercepção de saúde regular e muito ruim/ruim tiveram um aumento respectivo de 124% (RP 2,24; IC 95%: 1,05;4,77) e 150% (RP: 2,50; IC 95%:1,10;5,67) na inatividade física total. Embora não se tenha constatado associação estatisticamente significativa, observou-se que mulheres com pior autoeficácia, ≥ 60 anos, com companheiro e agregação de comorbidades apresentaram direção de aumento da inatividade física.

DISCUSSÃO

Neste estudo, predominaram mulheres com obesidade grau I a III e menor proporção com sobrepeso. No Brasil, dados do VIGITEL, confirmam a maior prevalência de obesidade em mulheres.² Tendo em vista que a maioria estava em acompanhamento no serviço, a permanência do excesso de peso indica a dificuldade enfrentada pelas mulheres e

o desafio encontrado pela equipe multidisciplinar no alcance do controle deste complexo fenômeno, sobretudo em mulheres com elevado grau de obesidade como constado nesse estudo.

Em relação às variáveis sociodemográficas da amostra, a inatividade física total foi mais prevalente nas mulheres casadas, com idade ≥ 60 anos, com renda superior a 3 salários mínimos, sem ocupação e menor nível de escolaridade, corroborando o encontrado por outros estudos.^{19,20} No modelo multivariado, observou-se direção de aumento da inatividade física nas mulheres com idade acima de 60 anos e naquelas com situação conjugal estável, em consonância com outros estudos^{6,13,21} e corroborando com a idade mais avançada associada ao declínio no nível de atividade física total.

Dentre as variáveis clínicas associadas à inatividade física, no modelo multivariado observou-se que a presença de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e artrose, sobretudo quando agregadas, apresentam direção para o aumento da Inatividade física total. O fato do adoecimento ser mais frequentemente referenciado pela população feminina pode estar, ao menos parcialmente, relacionado com o envelhecimento populacional e a maior esperança de vida verificada entre as mulheres²². No estudo realizado por Mazo *et al.*²³ (2013), com 2.261 mulheres, com idade superior a 65 anos, em Florianópolis, verificou-se que aquelas que apresentaram pior resultado no Questionário de Qualidade de Vida para o domínio físico, relacionado a presença de dor, locomoção, tratamento médico, atividades de vida diária e sono, tiveram um risco três vezes maior de serem mais inativas.

O IMC foi associado inversamente à inatividade física, ou seja, mulheres com sobrepeso foram mais inativas que as mulheres obesas, semelhante ao encontrado por Romeiro-lobes *et al.*²⁴ (2014) no qual investigou fatores associados à inatividade física em 351 mulheres em um município do Sul do Brasil.

Ao se analisar isoladamente os domínios trabalho, deslocamento e tempo livre, maior proporção de mulheres apresentaram-se inativas corroborando com os achados de outros estudos²⁵. No entanto, melhor nível de atividade física foi observado no domínio doméstico devido a realização de cuidados com jardim e de tarefas dentro de casa como varrer, limpar, limpar vidros, contribuindo para a classificação da maioria das mulheres como ativas no nível total de atividade física. O fato de que a maioria da amostra tinha baixa renda mensal, escolaridade inferior ao nível superior, não possuíam empregada doméstica,

pode estar relacionado ao maior nível de atividade física no domínio doméstico. Esses resultados estão em consonância com o estudo realizado no município de Salvador/BA, no qual também predominaram mulheres negras, com baixa escolaridade e mais ativas no domicílio em relação ao trabalho e deslocamento.^{2,26}

Apesar de não ter ocorrido associação entre autoeficácia e inatividade física, possivelmente atribuída ao limite do tamanho da amostra, observou-se no modelo multivariado, aumento da inatividade física nas mulheres com pior autoeficácia para a prática de atividade física total. A autoeficácia relaciona-se com a capacidade de se manter fisicamente ativo mesmo diante de impedimentos que possam vir a surgir, tais como más condições climáticas e falta de tempo. Os resultados reforçam outros estudos²⁷ sobre a importância de se conhecer as crenças de autoeficácia para a prática regular de atividade física, dado a função mediadora destas entre o indivíduo, o ambiente e o comportamento.

No presente estudo, a autopercepção de saúde foi um importante indicador do nível de atividade física e é considerada um indicador de qualidade de vida e declínio funcional, podendo ser utilizado como preditor para análises de morbidade e mortalidade²⁸. Esta variável tem sido considerada um indicador confiável para a mensuração e monitoramento do estado de saúde, englobando vários aspectos da vida de uma pessoa, de natureza física, funcional, cognitiva e emocional, assim como de bem-estar.²² Nesta investigação, foi a variável que na análise multivariada associou-se significativamente a inatividade física ajustando-se por idade, situação conjugal, IMC, número de comorbidades e autoeficácia. As mulheres que perceberam seu estado de saúde como regular e muito ruim/ruim foram mais inativas no escore total do que aquelas que tinham uma percepção positiva sobre sua saúde. Estes achados corroboram com o estudo realizado por Cardoso et al²⁹(2014) que mostrou que a autopercepção de saúde péssima/ruim em 30,8% da amostra associou-se à renda, número de morbidades e incontinência urinária.

A identificação da autopercepção de saúde das mulheres com excesso de peso é de fundamental importância para orientar o cuidado e tratamento. É preciso também identificar os fatores associados a percepção negativa do estado de saúde de modo a orientar o compartilhamento de conhecimentos, saberes e cuidados à saúde por meio de uma comunicação sensível e efetiva, estimulando a prática da autonomia e autocuidado de forma possível, desejada, reflexiva e dinâmica.²⁵

Com relação às limitações do estudo, destaca-se o tamanho da amostra e o estudo transversal em que a exposição e o desfecho são coletados em um único momento no tempo, tornando-se difícil estabelecer relações causais. Entretanto, os estudos transversais consistem em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde.²³

O presente estudo emerge sobre as altas prevalências de inatividade física e obesidade que acometem a população brasileira, sobretudo as mulheres. Nesse sentido, a equipe multiprofissional é de fundamental importância para desenvolver ações que estimulem a valorização da modificação de comportamentos e o enfermeiro pode sugerir estratégias para a superação de barreiras que dificultem a prática de atividade física e a redução do comportamento sedentário. Uma vez que a obesidade e o sedentarismo são considerados condições multifatoriais exigem atuação multiprofissional, objetivando a redução desses problemas levando em conta as particularidades de cada indivíduo e as variáveis identificadas neste estudo.²⁵

CONCLUSÃO

Verificou-se que a maioria das mulheres com excesso de peso eram ativas no escore total de atividade física, mas proporção relevante era inativa. Na análise multivariada, a autopercepção de saúde foi variável que se associou à inatividade física. Embora sem associação estatisticamente significativa, observou-se que mulheres com pior autoeficácia, ≥ 60 anos, com companheiro e agregação de comorbidades apresentaram direção de aumento da inatividade física

REFERÊNCIAS

1. ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO**. 4.ed - São Paulo, SP. 2016;188.
2. Barbieri AF, Mello RA. As Causas Da Obesidade: Uma Análise Sob a Perspectiva Materialista Histórica. *Conex Rev da Fac Educ Física da UNICAMP* [Internet]. 2012;10(1):133–53. Available from: <http://fefnet178.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/view/653>
3. Palakodeti S, Uratsu CS, Schmittdiel JA, Grant RW. Changes in physical activity

- among adults with diabetes: A longitudinal cohort study of inactive patients with Type 2 diabetes who become physically active. *Diabet Med* [Internet]. 2015;32(8):1051–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25764298>
4. Who. **Global status report on noncommunicable diseases**. World Health. 2010;176.
 5. Sander C, Ueck P, Mergl R, Gordon G, Hegerl U, Himmerich H. Physical activity in depressed and non-depressed patients with obesity. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes* [Internet]. 2017; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40519-016-0347-8>
 6. Brasil. **VIGITEL BRASIL 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** [Internet]. Ministério da Saúde. 2016. 162 p. Available from: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/16/vigitel_brasil_2015.pdf
 7. Who. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva World Heal Organ [Internet]. 2010;60. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Global+Recomendations+on+physical+activity+for+health#0>
 8. Bueno DR, Marucci M de FN, Codogno JS, Roediger M de A. Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(4):1001–10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 9. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* [Internet]. 1985;100(2):126–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3920711%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1424733>
 10. Pardini R, Matsudo S, Matsudo V, Andrade E, Braggion G, Andrade D. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Rev Bras Ciência e Mov* [Internet]. 2001;9(3):45–51. Available from: http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/validacao_do_questionario_internacional_de_nivel_de_atividade_fisica_ipaq_-_versao_6_estudo_piloto_em_adultos_jovens_brasileiros_rbme_2001.pdf
 11. Mansfield ED, Ducharme N, Koski KG. Individual, social and environmental factors influencing physical activity levels and behaviours of multiethnic socio-economically disadvantaged urban mothers in Canada: A mixed methods approach. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2012;9(1):42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462678/pdf/1479-5868-9-42.pdf>

12. Madeira MC, Siqueira FCV, Facchini LA, da Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, et al. Physical activity during commuting by adults and elderly in Brazil: Prevalence and associated factors |. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013;29(1):165–74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/19.pdf>
13. Souza IL de, Francisco PMSB, Lima MG, Barros MB de A. Nível de inatividade física em diferentes domínios e fatores associados em adultos: Inquérito de Saúde no Município de Campinas (ISACamp, 2008/2009), São Paulo, Brasil. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2014;23(4):623–34. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. Zhang-Xu A, Vivanco M, Zapata F, Málaga G, Loza C. Actividad física global de pacientes con factores de riesgo cardiovascular aplicando el “ International Physical Activity Questionnaire” (IPAQ). *Rev Med Hered*. 2011;22(3):115–20.
15. Caperchione C, Chau S, Walker GJ, Mummery WK, Jennings C. Gender-Associated Perceptions of Barriers and Motivators to Physical Activity Participation in South Asian Punjabis Living in Western Canada. *J Phys Act Heal*. 2015;12:686–93.
16. Arruda GO de, Santos A de L, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. *Rev da Esc Enferm* [Internet]. 2015;49(1):60–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0061.pdf
17. Rech CR, Sarabia TT, Fermino RC, Hallal PC, Reis S. Propriedades psicométricas de uma escala de autoeficácia para a prática de atividade física em adultos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011;29(4):259–66. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n4/07.pdf>
18. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - **Manual de Antropometria**. 2013;2–36. Available from: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Portaria.pdf>
19. Pitanga CPS, Pitanga FJG, Beck CC, Gabriel RECD, Moreira MHR. Nível de atividade física para prevenção do excesso de gordura visceral em mulheres pós-menopáusicas: quanto é necessário? *Arq Bras Endocrinol Metabol* [Internet]. 2012;56(6):358–63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n6/03.pdf>
20. Thomaz PMD, Costa THM Da, Silva EF Da, Hallal PC. Factors associated with physical activity in adults in Brasília, Central-West Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2010;44(5):894–900. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20802898>
21. Pitanga FJG, Beck CC, Pitanga CPS, Freitas MM, Almeida LAB . Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. *Motricidade* [Internet]. 2014;10(1):3–13. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=94989901&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>

22. Francisco IBJ, França CRA, Dias EC. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: uma comparação entre Brasil e estado de São Paulo. *Fundação Sist Estadual Análise Dados* [Internet]. 2015;(33). Available from: https://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/Primeira_Analise_33_dez_final.pdf
23. Mazo GZ, Mota JAPS, Gonçalves LHT, Matos M, Carvalho J. Actividade física e qualidade de vida de mulheres idosas da cidade de Florianópolis, Brasil. *Rev Port Ciência do Desporto* [Internet]. 2008;8(3):9. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcd/v8n3/v8n3a11.pdf>
24. Romeiro-lobes TC, França-Gravena A, Agnolo CMD, Rocha-Brischiliari SC, Carvalho MDDB, Peloso SM. Fatores associados à inatividade física no lazer em município do Sul do Brasil. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2014;16(1):40–52. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n1/v16n1a04.pdf>
25. Ward J, Friche AA de L, Caiaffa WT, Proietti FA, Xavier CC, Roux AVD. Association of socioeconomic factors with body mass index, obesity, physical activity, and dietary factors in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: The BH Health Study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015;31:182–94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300182&lng=en&nrm=iso&tlng=en
26. Pitanga FJG, Lessa I, Barbosa PJB, Barbosa SJO, Costa MC, Lopes A da S. Fatores sociodemográficos associados aos diferentes domínios da atividade física em adultos de etnia negra*. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012;15(2):363–75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200014
27. Meurer S, Borges L, Graup S, Benedetti T. Autoeficácia de Idosos iniciantes em um Programa de Exercícios Físicos: comparação entre Permanentes e Não Permanentes. *Rev Bras Atividade Física Saúde* [Internet]. 2015;20(1):57–64. Available from: file:///C:/Users/ribei_000/Downloads/4825-18024-1-PB.pdf
28. Poubel PB, Lamar E, Araújo FC, Leite GG, Freitas S, Moisés R, et al. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. *J Heal Biol Sci* [Internet]. 2017;5(979):71–8. Available from: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1054>
29. Cardoso, J. D. C. et al. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014;35(4):35–41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000400035&script=sci_arttext&tlng=pt

Tabela 1. Prevalência e Razão de Prevalência (RP) da Inatividade física total pelo IPAQ de acordo com características sociodemográficas e clínicas, autopercepção de saúde e autoeficácia das mulheres com excesso de peso, Salvador, Bahia, 2017

Características sociodemográficas	Total n (%)	Prevalência (%)	Valor de p*	RP	IC 95%
Idade			0,037		
28 - 39 anos	25 (17,6)	32,0			
≥40 anos a 59 anos	90 (63,4)	28,9		0,90	(0,47;1,75)
≥60 anos	27 (19,0)	55,6		1,74	(0,89; 3,38)
Raça/Cor			0,939		
Branca	9 (6,3)	33,3			
Negra (parda e preta)	133 (93,7)	34,6		1,04	(0,40; 2,70)
Situação conjugal			0,092		
Sem companheiro	63 (44,4)	27,0			
Com companheiro	79 (55,6)	40,5		1,50	(0,92; 2,45)
Escolaridade			0,363		
Até ensino fundamental	48 (33,8)	39,6			
Ensino médio inc/completo	94 (66,2)	31,9		0,81	(0,51; 1,28)
Situação Laboral			0,260		
Sem ocupação	69 (48,6)	39,1			
Com ocupação	73 (51,4)	30,1		0,77	(0,49; 1,22)
Pessoa dependente no domicílio			0,652		
Não	98 (69,0)	35,7			
Sim	44 (31,0)	31,8		0,89	(0,54;1,48)
Renda Familiar Mensal			0,343		
≥ 3 SM	36 (25,4)	44,4			
> 1 a <3 SM12	56 (39,4)	30,4		0,68	(0,40;1,17)
≤ 1 SM	50 (35,2)	32,0		0,72	(0,42;1,24)
Índice de Massa Corporal			0,200		
Sobrepeso	24 (16,9)	45,8			
Obesidade	118 (83,1)	32,2		0,70	(0,42;1,17)
Número de comorbidades			0,197		
Nenhuma	30 (21,1)	20,0			
Uma	45 (31,7)	33,3		1,67	(0,73;3,81)
Duas	53 (37,3)	43,4		2,17	(0,99;4,74)
Três	14 (9,9)	35,5		1,79	(0,65;4,89)
Autopercepção de saúde (n=140)			0,068		
Bom/muito bom	37 (26,1)	18,9			
Regular	78 (54,9)	39,7		2,10	(1,02;4,33)
Muito ruim/ruim	27 (19,0)	40,7		2,15	(0,96;4,84)
Autoeficácia para AF (n=140)			0,126		
Boa/satisfatória	65 (46,4)	27,7			
Regular/ruim	75 (53,6)	40,0		1,74	(0,85;3,55)

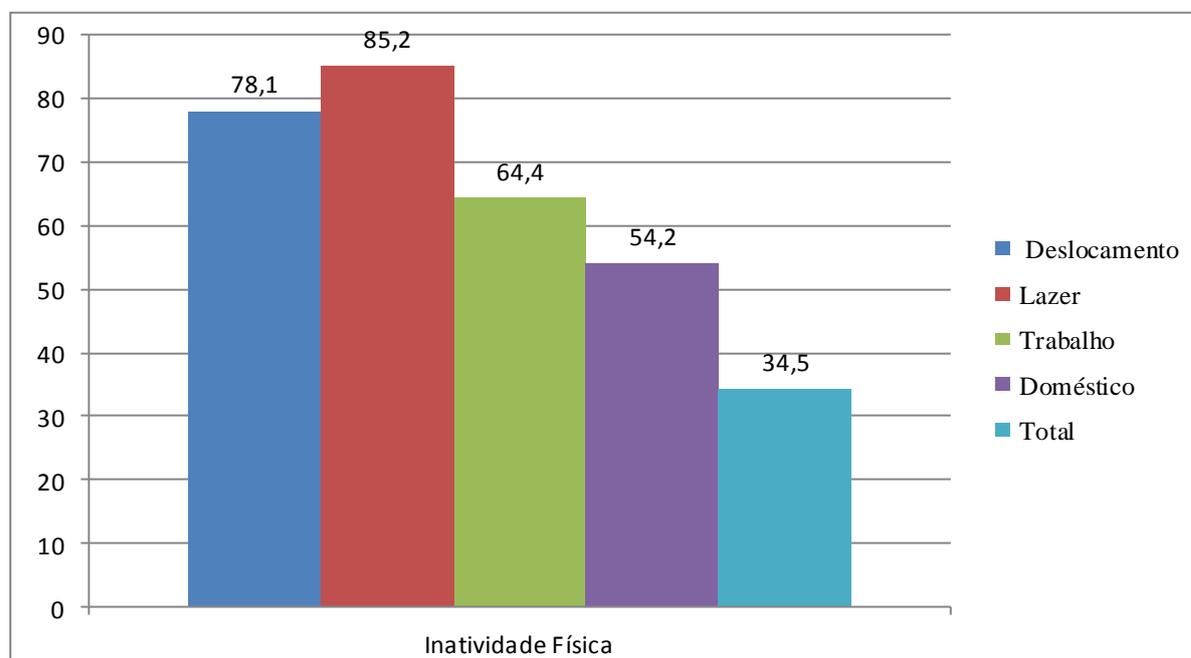
Valor de p do teste Qui-quadrado de Pearson SM=Salário Mínimo.

Tabela 2. Associação entre as variáveis preditoras para inatividade física total em mulheres com excesso de peso, Salvador, Bahia, 2017

Variáveis	RP	IC (95%)
Idade		
28 - 39 anos	1	1,00
≥40 anos a 59 anos	0,67	(0,32;1,37)
≥60 anos	1,11	(0,49;2,53)
Situação conjugal		
Sem companheiro	1	1,00
Com companheiro	1,30	(0,78;2,18)
Índice de Massa Corporal		
Sobrepeso	1	1,00
Obesidade	0,78	(0,45;1,34)
Número de comorbidades		
Nenhuma	1	1,00
Uma	1,87	(0,82;4,29)
Duas	2,12	(0,93;4,86)
Três	1,93	(0,67;5,59)
Auto percepção de Saúde (n=140)		
Bom/muito bom	1	1,00
Regular	2,24	(1,05;4,77)
Muito ruim/ruim	2,50	(1,10;5,67)
Autoeficácia (n=140)		
Boa/satisfatória	1	1,00
Regular/ruim	1,51	(0,95;2,39)
AIC = 178,6969		

Modelo de regressão logística, ajustado pela renda; **p-value* < 0,05; RP - Razões de Prevalência.

Figura 1. Inatividade física total e por domínio em mulheres com excesso de peso, Salvador, Bahia, 2017.



5 CONCLUSÃO

Constatou-se que a prevalência de mulheres com excesso de peso e obesidade foi elevada, em consonância com o incremento observado no nível mundial.

Verificou-se que a maioria das mulheres com excesso de peso é ativa no escore total de atividade física, sobretudo em razão da maioria ser ativa no domínio atividade doméstica. Porém, quando analisado os demais domínios lazer, trabalho e deslocamento, de forma individual, maior proporção delas eram sedentárias/insuficientemente ativas. Na análise multivariada, a autopercepção de saúde foi variável que se associou à inatividade física total. Embora sem associação estatisticamente significativa, observou-se que mulheres com pior autoeficácia, ≥ 60 anos, com companheiro e agregação de comorbidades apresentaram direção de aumento da inatividade física total.

Houve alta prevalência de inatividade física no lazer e no modelo multivariado, a inatividade física no lazer associou-se significativamente ao número de comorbidades; a autopercepção de saúde ruim; a baixa autoeficácia e a percepção do ambiente ruim.

Os achados deste estudo contribuem para a equipe de saúde adotar estratégias de apoio às práticas de atividade física voltadas a melhorar o estado de saúde de pessoas inativas. O enfermeiro pode encontrar junto as mulheres com excesso de peso alternativas para a superação das barreiras associadas à prática de atividade física identificadas no estudo visando a melhora do nível de atividade física. Ações intersetoriais e de mobilização comunitária podem ser úteis para a promoção da saúde e das práticas de atividade física. Ações educativas e a utilização de espaços para essas práticas são pontos fundamentais a serem favorecidos por profissionais e políticas públicas de saúde nos diversos níveis e esferas de governo.

A limitação do estudo pode estar associada ao tamanho da amostra e a amostragem de conveniência. Além disso, aponta-se como limitação o desenho transversal no qual todas as variáveis são coletadas em um único momento, não ocorrendo seguimento dos sujeitos e não sendo possível estabelecer relações causais.

REFERÊNCIAS

- ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO**. 4.ed. - São Paulo, SP., p. 188, 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>. Acesso em 20 abr. 2016.
- ALMEIDA, Maria Celeste Bastos Martins De. **Motivação e Comportamentos de Saúde, Relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade**. Porto, 2013. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/67672>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- ARRUDA, Guilherme Oliveira De *et al.* Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. 1, p. 60–67, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0061.pdf. Acesso em: 22 mai. 2016
- BAHIA, Luciana; ARAÚJO, Denizar Vianna. Impacto econômico da obesidade no Brasil. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 1, p. 13–17, 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9793>. Acesso em: 20 mar.2016.
- BANDURA, Albert. Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191–215, 1977. Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2015.
- BANDURA, Albert. Social cognitive theory of moral thought and action. *Handkbook of moral behavior and development*, v. 1, p. 1–46, 1991.
- BARBIERI, Aline Fabiane. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva do materialismo histórico. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, v. 10, n. 1, p. 133–153, 2012. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637693>. Acesso em 20 abr. 2016.
- BARBIERI, Aline Fabiane; MELLO, Rosângela Aparecida. As Causas Da Obesidade: Uma Análise Sob a Perspectiva Materialista Histórica. **CONEXÕES: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, v. 10, n. 1, p. 133–153, 2012. Disponível em: <http://fefnet178.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/view/653>. Acesso em 20 mar. 2015.
- BOSCATTO, Elaine Caroline. Estágios de mudança de comportamento e barreiras para a atividade física em obesos mórbidos. **Revista brasileira Ciantropometria Desempenho Humano**, v. 13, n. 5, p. 329–334, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v13n5/a01v13n5.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2015.
- BRASIL. *Cadernos de Atenção básica Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença*

Crônica Obesidade. [S.l: s.n.], 2014a.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - **Manual de Antropometria**. p. 2–36, 2013. Disponível em: <<http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Portaria.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. **VITIGEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico** (Vigitel Brasil 2014). Ministério da Saúde. [S.l: s.n.], 2014b.

_____. **VIGITEL BRASIL 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde. [S.l: s.n.], 2016.

Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/16/vigitel_brasil_2015.pdf>.

Acesso em: 20 mar. 2017.

BRUM, Patricia Chakur *et al.* Adaptações agudas e crônicas do exercício físico no sistema cardiovascular. **Revista Paulista Educação Física**, v. 18, p. 21–31, 2004. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/04/adaptacoes-agudas-e-cronicas-do-exercicio-no-sist-cardiovasc.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

BUENO, Denise Rodrigues *et al.* Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1001–1010, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 12 fev. 2017.

CAPERCHIONE, Cristina *et al.* Gender-Associated Perceptions of Barriers and Motivators to Physical Activity Participation in South Asian Punjabis Living in Western Canada. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 12, p. 686–693, 2015.

CARDOSO; J. D. C. ET AL. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 4, p. 35–41, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000400035&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2015.

CARNEL, Susan *et al.* Evidence for a Strong Genetic Influence on Childhood Adiposity Despite the Force of the Obesogenic Environment. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 87, p. 398–404, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18258631>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CARROLL-SCOTT, Amy *et al.* Disentangling neighborhood contextual associations with child body mass index, diet, and physical activity: The role of built, socioeconomic, and social environments. **Soc Sci Med**, v. 18, n. 9, p. 1199–1216, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613002141>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

CASPERSEN, C J; POWELL, K E; CHRISTENSON, G M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports (Washington, D.C. : 1974)**, v. 100, n. 2, p. 126–31, 1985. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3920711>>5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/

articlerender.fcgi?artid=PMC1424733>.Acesso em: 5 mai. 2015.

CASSOU, Ana Carina Naldino. *Características Ambientais, Frequência De Utilização E Nível De Atividade Física Dos Usuários De Parques E Praças De Curitiba, Pr.* Curitiba. 2009. 153 f.

CDC. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase Physical Activity in the Community. *Centers for Disease Control and Prevention*, 2011. Disponível em: <https://www.cdc.gov/obesity/downloads/pa_2011_web.pdf>.Acesso em: 20 abr. 2015.

CRISPIN, Maria Angélica Correia. *Determinações da Obesidade na Pobreza: Regência da Acumulação do Capital.* 2010. 124 f. Faculdade de Serviço Social, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/ribei_000/Downloads/DISSERTACAO_FINAL_09.07.12_PDF.pdf>. Acesso em 08 jun. 2015.

DAMIANI, Durval; DAMIANI, Daniel; OLIVEIRA, Renata Giudice De. Obesidade-Fatores Genéticos ou Ambientais. *Revist Pediatría Moderna*, 2002. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_obesidade.pdf>.Acesso em: 10 jul. 2015

DE SÁ-SILVA, Suzana Patrícia; YOKOO, Edna Massae; SALLES-COSTA, Rosana. Fatores demográficos e hábitos de vida relacionados com a inatividade física de lazer entre gêneros. *Revista de Nutricao*, v. 26, n. 6, p. 633–645, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1415-52732013000600003&pid=S1415-52732013000600003&pdf_path=rn/v26n6/03.pdf&lang=pt>.Acesso em: 20 mar. 2015.

DELA COLETA, Marília Ferreira. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, v. 18, n. 1–2, p. 69–78, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/ribei_000/Downloads/2333-6036-3-PB\(1\).pdf](file:///C:/Users/ribei_000/Downloads/2333-6036-3-PB(1).pdf)>.Acesso em: 20 mai. 2015.

FLORINDO, Alex Antonio *et al.* Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. *Rev. Saúde Pública*, v. 45, n. 2, p. 302–310, 2011.

FLORINDO, Alex Antonio *et al.* Validação de uma escala de percepção do ambiente para a prática de atividade física em adultos de uma região de baixo nível socioeconômico. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 14, n. 6, p. 647–659, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v14n6/a04v14n6.pdf>>.Acesso em: 26 fev. 2015.

FRANCISCO, Irineu Barreto Junior; FRANÇA, Carlos Roberto Almeida; DIAS, Edney Cielici. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: uma comparação entre Brasil e estado de São Paulo. *Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados*, n. 33, 2015. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/Primeira_Analise_33_dez_final.pdf>.Acesso em: 26 fev. 2016.

IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009*. [S.l: s.n.], 2010a. Disponível em:

<<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/70/553a23f27da68.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil*. [S.l.: s.n.], 2010b. Disponível em:

<<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Pesquisa+de+Or?amentos+Familiares#0>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

INSKIP, Jessica *et al.* Cardiometabolic Risk Factors. *Journal Of Neurotrauma*, v. 285, n. January, p. 275–285, 2010. Disponível em:

<<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/neu.2009.1064>>. Acesso em: 15 out. 2015

JONCK, Vanessa Terezinha Ferrari *et al.* Prevalencia de atividade física em mulheres. *Rev Bras Promoção Saúde*, v. 27, n. 4, p. 533–540, 2014.

JOSEPH, Rodney P *et al.* Barriers to Physical Activity Among African American Women: An Integrative Review of the Literature. *Women Health*, v. 55, n. 6, p. 1–19, 2015.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25909603>. Acesso em: 20 mai. 2016.

JOSHI, Spruha *et al.* Beyond METs: Types of physical activity and depression among older adults. *Age and Ageing*, v. 45, n. 1, p. 103–109, 2016. Disponível em:

<<https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/beyond-mets-types-of-physical-activity-and-depression-among-older>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

KHAWALI, Cristina; FERREIRA, Sandra Roberta G. Benefícios da Atividade Física no Perfil Lipídico de Pacientes Com Diabetes Tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 47, n. 1, p. 49–54, 2003. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n1/a08v47n1.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

KNUTH, Alan Goularte *et al.* Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 3697–3705, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a07v16n9.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians**. Minister of National Health and Welfare, p. 76, 1981.

MADEIRA, M.C. *et al.* Physical activity during commuting by adults and elderly in Brazil: Prevalence and associated factors |. *Cadernos de Saude Publica*, v. 29, n. 1, p. 165–174, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/19.pdf>>. Acesso em 12 abr. 2015.

MANCINI, Marcio C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 45, 2001. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abem/v45n6/a13v45n6.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

MANSFIELD, Elizabeth D; DUCHARME, Natacha; KOSKI, Kristine G. Individual,

social and environmental factors influencing physical activity levels and behaviours of multiethnic socio-economically disadvantaged urban mothers in Canada: A mixed methods approach. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 9, n. 1, p. 42, 2012. Disponível em: <9/1479-5868-9-42%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462678/pdf/1479-5868-9-42.pdf>. Acesso em 10 jun. 2016.

MATSUDO, Sandra *et al.* Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq): Estupo De Validade E Reprodutibilidade No Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 6, n. 2, p. 5–18, 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/931>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MAZO, Giovana Zarpellon *et al.* Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas da cidade de Florianópolis, Brasil. *Revista Portuguesa de Ciência do Desporto*, v. 8, n. 3, p. 9, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcd/v8n3/v8n3a11.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

MEURER, Simone *et al.* Autoeficácia de Idosos iniciantes em um Programa de Exercícios Físicos: comparação entre Permanentes e Não Permanentes. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 20, n. 1, p. 57–64, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/ribei_000/Downloads/4825-18024-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

MOURA JUNIOR, James Silva *et al.* Nível de Atividade Física e Perfil Sociodemográfico dos Usuários dos Ambientes Públicos de Atividades Físicas na Cidade de João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 15, n. 3, p. 349–359, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/10923/6830>. Acesso em: 12 fev. 2015.

OPDENACKER, Joke *et al.* Effectiveness of a Lifestyle Physical Activity Intervention in a Women ' s Organization. *Journal of Womens ' s Health*, v. 17, n. 3, 2008. Disponível em: <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/209576/1/OpdenackerBoenVandenAuweeleDeBourdeaudhijJOWH2008.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

PALAKODETI, S. *et al.* Changes in physical activity among adults with diabetes: A longitudinal cohort study of inactive patients with Type 2 diabetes who become physically active. *Diabetic Medicine*, v. 32, n. 8, p. 1051–1057, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25764298>. Acesso em 15 out. 2016.

PARDINI, Renato *et al.* Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 9, n. 3, p. 45–51, 2001. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/validacao_do_questionario_internacional_de_nivel_de_atividade_fisica_ipaq_-_versao_6_estudo_piloto_em_adultos_jovens_brasileiros_rbme_2001.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

PATRÍCIA, Suzana; SILVA, De Sá; SANDRE-PEREIRA, Gilza. Fatores

sociodemográficos e atividade física de lazer entre homens e mulheres de Duque de Caxias / RJ. *Ciência & Saúde.*, v. 16, n. 11, p. 4493–4502, 2011.

PERSSON, Gerthi *et al.* Somali women's view of physical activity--a focus group study. *BMC women's health*, v. 14, p. 129, 2014. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4287511&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 27 set. 2015.

PETROSKI, E L *et al.* Estágios de mudança de comportamento e percepção positiva do ambiente para atividade física em usuários de parque urbano. *Motricidade*, v. 5, n. 2, p. 17–31, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/ribei_000/Desktop/Taise/Mestrado/Artigos/Petroviski.pdf2.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015

PITANGA, Cristiano Penas Seara *et al.* Nível de atividade física para prevenção do excesso de gordura visceral em mulheres pós-menopáusicas: quanto é necessário? *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 56, n. 6, p. 358–363, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n6/03.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, v. 10, n. 3, p. 49–54, 2002. Disponível em: <http://www2.fct.unesp.br/docentes/edfis/ismael/ativ.fis_e_saude/Epidemiologia_da_atividade_fisica.pdf>. Acesso em 10 fev. 2015.

PITANGA, Francisco José Gondim *et al.* Factors associated with leisure time physical activity among ELSA-Brasil participants: Ecological model. *Preventive Medicine*, v. 90, p. 17–25, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.06.020>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

PITANGA, Francisco José Gondim *et al.* Fatores sociodemográficos associados aos diferentes domínios da atividade física em adultos de etnia negra*. *Rev Bras Epidemiol*, v. 15, n. 2, p. 363–75, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200014>.

PITANGA, Francisco José Gondim; LESSA, Inês. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 870, 872, 873, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/21.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.

PITANGA, Francisco José Gondim *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. *Motricidade*, v. 10, n. 1, p. 3–13, 2014. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=94989901&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>>. Acesso em: 18 out. 2016.

POUBEL, Priscilla Barros *et al.* Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. *Journal Health Biological Science*, v. 5, n. 979, p. 71–78, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1054>>. Acesso em 18 fev.

2017.

PRINCE, Stephanie A *et al.* A Multilevel Analysis of Neighbourhood Built and Social Environments and Adult Self-Reported Physical Activity and Body Mass Index in Ottawa , Canada. *Int.Journal Environmental Research and Public Health*, v. 7600, n. July, p. 3953–3978, 2011. Acesso em: 13 out. 2016.

RECH, Cassiano Ricardo. *A multidimensionalidade da atividade física de lazer em adultos: o papel dos aspectos intrapessoais, interpessoais e ambientais*. Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Educação Física do Programa de Pós- Graduação em Educação Física, do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, 2013.

RECH, Cassiano Ricardo *et al.* Propriedades psicométricas de uma escala de autoeficácia para a prática de atividade física em adultos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*, v. 29, n. 4, p. 259–266, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n4/07.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

REIS, Rodrigo Siqueira. **Determinantes Ambientais Para a Realização De Atividades Físicas Nos Parques Urbanos De Curitiba: Uma Abordagem Sócio-Ecológica Da Percepção Dos Usuários**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, 2001.

RESNICK, Barbara; JENKINS, Louise S. Testing the Reliability and Validity of the Self-Efficacy for Exercise Scale. *Nursing Research*, v. 49, n. June, p. 1–13, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10882320>>. Acesso em: 15 out. 2015.

ROMEIRO-LOPES, Tiara C *et al.* Fatores associados à inatividade física no lazer em município do Sul do Brasil. *Rev. Salud Pública*, v. 16, n. 1, p. 40–52, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v16n1/v16n1a04.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2015.

SALLIS, James F. *et al.* An Ecological Approach To Creating Active Living Communities. *Annual Review of Public Health*, v. 27, n. 1, p. 297–322, 2006. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

SANDER, Christian *et al.* Physical activity in depressed and non-depressed patients with obesity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2017. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s40519-016-0347-8>>.

SILVA, Raquel Caroline Da *et al.* Physical Activity and Lipid Profile in the ELSA-Brasil Study. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 10–19, 2016. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20160091>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7^a Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, 2016. Disponível em: <www.arquivosonline.com.br>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SOUZA, Izabel Lopes De *et al.* Nível de inatividade física em diferentes domínios e fatores associados em adultos: Inquérito de Saúde no Município de Campinas (ISACamp,

- 2008/2009), São Paulo, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 4, p. 623–634, 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 15 fev. 2015.
- SOUZA, Rene De; ARGENTO, Vianello. *Benefícios da atividade física na saúde e qualidade de vida do idoso*. 2010. Universidade Federal de Campinas, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/ribei_000/Downloads/ArgentoRenedeSouzaVianello_TCC \(1\).pdf](file:///C:/Users/ribei_000/Downloads/ArgentoRenedeSouzaVianello_TCC%20(1).pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2015.
- STELLA, Florindo *et al.* Depressão no Idoso : Diagnóstico , Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*. v. 8, p. 91–98, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.
- SUZUKI, Claudio Shigueki; MORAES, Suzana Alves De; FREITAS, Isabel Cristina Martins De. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. *Revista de saúde pública*, v. 45, n. 2, p. 311–320, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2293.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016
- TAVARES, Telma Braga; NUNES, Simone Machado; SANTOS, Mariana De Oliveira. Obesidade e qualidade de vida : revisão da literatura. *Rev Med Minas Gerais*, v. 20, n. 3, p. 359–366, 2010. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>>. Acesso em 18 out. 2016.
- THOMAZ, Priscilla Marcondelli Dias *et al.* Factors associated with physical activity in adults in Brasília, Central-West Brazil. *Revista de saúde pública*, v. 44, n. 5, p. 894–900, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20802898>>. Acesso em: 16 out. 2015.
- TRIBESS, Sheilla; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra; OLIVEIRA, Ricardo Jacó De. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 58, n. 3, p. 341–347, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1415-52732013000600003&pid=S1415-52732013000600003&pdf_path=rn/v26n6/03.pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 dez. 2015.
- TROPED, Philip J. *et al.* Relationships between the built environment and walking and weight status among older women in three u.s. states. *Journal of Aging and Physical Activity*, v. 22, n. 1, p. 114–125, 2014.
- TUAKLI-WOSORNU; ROWAN, M; GITTELSON, J. Perceptions of Physical Activity, Activity Preferences and Health Among a Group of Adult Women in Urban Ghana: a Pilot Study. *Ghana Medical Journal*, v. 48, n. 1, p. 3–13, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196530/>. Acesso em: 15 fev. 2015
- TUCKER, Jared M. *et al.* Obesity increases risk of declining physical activity over time in women: A prospective cohort study. *Obesity*, v. 21, n. 12, p. 715–720, 2013.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo *et al.* Ambiente construído e ambiente social : associações com o excesso de peso em adultos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 10, p. 1988–1996, 2012.

WARD, Julia *et al.* Association of socioeconomic factors with body mass index, obesity, physical activity, and dietary factors in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: The BH Health Study. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, p. 182–194, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300182&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 16 fev. 2016.

WELCH, Nicky *et al.* Is the perception of time pressure a barrier to healthy eating and physical activity among women? *Public health nutrition*, v. 12, n. 7, p. 888–95, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18647424>>. Acesso em: 22 out. 2015.

WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. *World Health Organization*, p. 102, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf>. Acesso em: 13 out. 2015.

_____. Global status report on noncommunicable diseases. *World Health Organization*, p. 176, 2010a.

_____. Global recommendations on physical activity for health. *Geneva: World Health Organization*, p. 60, 2010b. Disponível em: <<http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Global+Recomendations+on+physical+activity+for+health#0>>. Acesso em: 15 out. 2015.

ZANCHETTA, Luane Margarete *et al.* Inatividade física e fatores associados em adultos , São Paulo , Brasil. *Revista brasileira epidemiológica*, v. 13, n. 3, p. 387–399, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000300003>. Acesso em: 9 abr. 2015.

ZHANG-XU, Angélica *et al.* Actividad física global de pacientes con factores de riesgo cardiovascular aplicando el “ International Physical Activity Questionnaire” (IPAQ). *Rev Med Hered*, v. 22, n. 3, p. 115–120, 2011.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM



Título do projeto: **Fatores associados à inatividade física em mulheres com excesso de peso.**

Pesquisador responsável: Enfa. Mestranda Taise Santos do Nascimento e Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi.

A senhora está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa que pretende avaliar um programa de seguimento de enfermagem no controle do peso e na melhora do conhecimento sobre a obesidade e medidas de controle.

Se a senhora concordar em participar da pesquisa além de responder alguns questionários e realizar as consultas de rotina, receberá uma cartilha educativa e poderá ainda receber ligações e mensagens por telefone em dia e horário combinado. Estes telefonemas não demorarão mais do que 5 minutos e nestas ocasiões iremos esclarecer suas dúvidas e trocar algumas informações. Além do preenchimento dos questionários também serão realizadas as seguintes medidas: pressão arterial, peso, altura, circunferência da cintura e do quadril.

As perguntas dos questionários se referem à idade, raça/cor, renda familiar mensal, escolaridade, estado civil, medidas para o controle do peso, conhecimento sobre a obesidade e medidas e controle. Os questionários serão guardados pela pesquisadora, durante o período de cinco anos e após este período serão destruídos por uma picotadeira. Durante todo o período da pesquisa, os questionários ficarão disponíveis caso a senhora queira ter acesso a uma cópia.

Durante todo o processo não haverá risco, gasto financeiro ou transtorno de qualquer ordem.

Antes de decidir pela participação no estudo, poderá fazer as perguntas que desejar para as pesquisadoras, de maneira franca, para que possa conhecer os benefícios e os danos aos quais estará exposta.

As informações serão anotadas no instrumento de coleta de dados, sendo garantido o anonimato das participantes e o sigilo dos dados, os quais serão utilizados exclusivamente para este estudo. Os resultados obtidos serão divulgados em publicações e eventos científicos relativos à área da saúde.

A recusa em participar não trará mudanças no seu tratamento tendo a liberdade para deixar de responder as perguntas dos questionários ou pelo telefone que possam lhe causar algum incomodo ou constrangimento. A Sra.têm liberdade de não continuar participando, quando julgar necessário, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo, por parte do pesquisador ou da instituição de saúde.

Este estudo permitirá conhecer se o programa que está sendo testado fornece melhores resultados ou não. Assim, os benefícios desta pesquisa serão novos conhecimentos sobre formas de ajudar as pessoas com excesso de peso a melhorar o enfrentamento do tratamento para redução do peso.

A pesquisa não envolverá nenhum procedimento invasivo e tendo em vista que a coleta de dados será feita por meio de entrevista com aplicação de formulários, não envolverá riscos. Em caso de se sentir constrangida com alguma questão pode se recusar a responder ou até mesmo interromper a entrevista.

Estará garantido o direito de esclarecimento de eventuais dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento desta pesquisa através do telefone **xxxx-xxxx** (dia da semana) no período da (turno) durante o período em que as ligações serão efetuadas.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos da pesquisa “Fatores associados à inatividade física em mulheres com excesso de peso”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local e Data



Local para Impressão Digital

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B- Instrumentos para coleta dos dados

Núm. _____ **Pesquisador:** _____ **Data:** __/__/__
Hora: __:__

1. Caracterização sociodemográfica

1. Iniciais: _____ 2. N. PEPE. _____ 3. Prontuário __ 4. Data início no projeto: __/__/__

5. Endereço residencial: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

6. Tele fixo () _____ Celular 1() _____ Celular 2() _____

Qual o melhor horário para receber ligações? _____

7. Data nasc: __/__/__ 8. Idade: _____ anos

9. Para você, qual a sua cor?: () branca () preta () parda () outra _____

10. Qual o seu estado civil? () casada/união estável () solteira () viúva () separada/divorciada

11. Qual a sua escolaridade? () analfabeta () assina o nome () 1º grau incompleto () 1º grau completo

() 2º grau incompleto () 2º grau completo () superior incompleto () superior completo () pós-graduação

12. Qual a sua profissão?: _____

13. Qual a sua situação empregatícia ou ocupacional atual?

() Aposentada com atividade () Aposentada sem atividade () Empregada () Autônoma () Estudante

() Do lar () Desempregada () Outra _____

14. Se Trabalha, quantas horas por dia? _____

15. Se Trabalha, como se desloca para o trabalho? () ônibus () carro () a pé () Bicicleta

() Outro meio de transporte: _____

16. Renda familiar mensal (em salários mínimos) _____

17. Quantas pessoas dependem dessa renda? _____

18. Tem filhos? () Sim () Não. Se sim quantos? _____

19. Você tem empregada doméstica ? () sim () não

20. Alguma pessoa em seu domicílio está dependente de seus cuidados? () sim () não

Parte II - Medidas antropométricas e clínicas

21. Peso: _____ Kg 22. Altura: _____ cm 23. IMC: _____

Você teve ou tem diagnóstico médico de:

24. Pressão alta : () Sim () Não () Não sabe 25. Usa medicação? () Sim () Não

26. Diabetes: () Sim () Não () Não sabe 27. Usa medicação? () Sim () Não

28. Artrose () Sim () Não () Não sabe

Parte III - Autopercepção de Saúde

29. Como você considera seu estado de saúde atual?

() muito ruim () ruim () bom () muito bom () ótimo

ANEXO A - Escala de Percepção de Ambiente

2. Escala de Percepção de Ambiente, Florindoet al. (2009).			
Agora, vamos fazer algumas perguntas sobre o bairro onde você mora: Caso você fosse CAMINHANDO da sua casa, quanto tempo levaria até os seguintes lugares no seu bairro?			
		Não tem	Não sabe
1. Parque (qual):	_____ horas _____ min		
2. Praça (qual)	_____ horas _____ min		
3. Local para caminhar (qual)	_____ horas _____ min		
4. Academia de ginástica/musculação (qual)	_____ horas _____ min		
5. Clube (qual)	_____ horas _____ min		
6. Quadra de esportes	_____ horas _____ min		
7. Campo de futebol:	_____ horas _____ min		
8. Ponto de ônibus:	_____ horas _____ min		
9. Acesso estação de trem	_____ horas _____ min		
10. Posto de saúde (qual)	_____ horas _____ min		
11. Farmácia	_____ horas _____ min		
12. Igreja/templo religioso	_____ horas _____ min		
13. Padaria	_____ horas _____ min		
14. Banco	_____ horas _____ min		
15. Bar	_____ horas _____ min		
16. Feira	_____ horas _____ min		
17. Mercadinho	_____ horas _____ min		
18. Supermercado	_____ horas _____ min		
Agora vamos falar sobre as ruas perto de sua casa. Considere como perto os locais que você consegue chegar em até 10 minutos.			
19. Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa? () sim () não			
20. Como você considera as calçadas perto de sua casa para caminhar? () boas () regulares () ruins			
21. Existe áreas verdes (com árvores) perto de sua casa? () sim () não () Não sabe			
22. Como você considera as áreas verdes perto de sua casa? () boas () regulares () ruins			
23. As ruas perto de sua casa são planas? () sim () não () Não sabe			
24. Existem locais com acúmulo de lixo perto de sua casa? () sim () não () Não sabe			
25. Existem locais com esgoto à céu aberto perto de sua casa? () sim () não () Não sabe			
Agora vamos falar sobre o trânsito de carros, ônibus e caminhões perto de sua casa.			
26. O trânsito de carro, ônibus, caminhões e motos dificultam a prática ou uso da bicicleta perto de sua casa? () sim () não () Não sabe			
27. Existem faixas para atravessar nas ruas perto de sua casa? () sim () não () Não sabe			
28. Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas atravessem na faixa de segurança? () sim () não () Não sabe			
29. Existe fumaça de poluição perto de sua casa? () sim () não () Não sabe			
Agora vamos falar sobre segurança no seu bairro:			

30. As perto de sua casa são bem iluminadas à noite? () sim () não () Não sabe
31. Durante o dia , voce acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa? () sim () não () Não sabe
32. Durante a noite , voce acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa? () sim () não () Não sabe
Agora vamos falar de coisas de sua família, amigos, tempo (clima) e oportunidades no seu bairro:
33. Algum(a) amigo(a) ou vizinho(a) convida o(a) sr(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? () sim () não
34. Algum parente convida voce para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? () sim () não
35. Ocorrem eventos esportivos e/ou caminhadas orientadas no seu bairro? () sim () não () Não sabe
36. O clima (frio, chuva, calor) dificulta que voce caminhe, ande de bicicleta ou pratique esportes no seu bairro? () sim () não () Não sabe
37. Você tem cachorro?() sim () não
38. Você costuma passear com o seu cachorro nas ruas de seu bairro? () sim () não

ANEXO B - Escala de autoeficácia adaptada para a prática de atividade física em adultos brasileiros

3. Escala de Auto-eficácia adaptada para prática de atividade física em adultos brasileiros, Rech et al. (2012).

As questões abaixo estão relacionadas ao quanto você se sente capaz de realizar atividade física mediante algumas condições. Não existem respostas erradas.

Por favor, assinale apenas uma opção para cada questão. Para responder as questões lembre-se que:

Atividades físicas de intensidade moderada são aquelas que precisam de algum esforço físico, que te fazem respirar um pouco mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater um pouco mais forte.

Nesta seção considere somente a caminhada que você faz no seu tempo livre.

1. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está cansada? ⁰() Não ¹() Sim

2. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está de mau humor? ⁰() Não ¹() Sim

3. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está sem tempo? ⁰() Não ¹() Sim

4. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está de férias? ⁰() Não ¹() Sim

5. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando está muito frio? ⁰() Não ¹() Sim

Nesta seção considere as atividades físicas de intensidade moderada e/ou vigorosa (AFMV) (exemplo: correr, nadar, pedalar, jogar vôlei, futebol, etc.). Não inclua a caminhada.

6. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está cansado? ⁰() Não ¹() Sim

7. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está de mau humor? ⁰() Não ¹() Sim

8. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está sem tempo? ⁰() Não ¹() Sim

9. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está de férias? ⁰() Não ¹() Sim

10. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando está frio? ⁰() Não ¹() Sim

ANEXO C- Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) - versão longa

As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder as questões lembre que:

Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal

Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

(1) Sim (2) Não – Caso você responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

2. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, como parte do seu trabalho?

Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ___ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a questão.**

3. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho** ?
____ horas _____ minutos

4. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a questão 6**

5. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**? ____ horas _____ minutos

6. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**: ____ dias por SEMANA () nenhum – Vá para a seção transporte

7. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**? ____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

8. O quanto você andou na última semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

____ dias por SEMANA () nenhum – **vá para questão 10**

9. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metrô ou trem? ____ horas ____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

10. Em quantos dias da última semana você andou de bicicleta por **peelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício) _____ dias por **SEMANA** ()
 Nenhum- **vá para a questão 12**

11. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro? _____ horas _____ minutos

12. Em quantos dias da última semana você caminhou por **peelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício) _____ dias por **SEMANA**
 () Nenhum - **Vá para a Seção 3.**

13. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício) _____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense *somente* naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

14. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**. _____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **vá para a questão 16**

15. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**? _____ horas _____ min

16. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**. _____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **vá para a questão 18**

17. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**? _____ horas _____ minutos

18. Em quantos dias da última semana você fez atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão: _____ dias por **SEMANA** ()
) Nenhum - **Vá para a seção 4.**

19. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**? _____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Seção 4 - Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

20. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana você caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre**? _____ dias por **SEMANA**
 () Nenhum - **Vá para questão 22**

21. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**? _____ horas _____ minutos

22. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis : _____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 24.**

23. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**? _____ horas _____ minutos

24. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging: _____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para seção 5.**

25. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA?** _____ horas _____ minutos

ANEXO D- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MONITORAMENTO REMOTO DE ENFERMAGEM DE MULHERES COM EXCESSO DE PESO

Pesquisador: CATIA SUELY PALMEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43665115.8.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.152.259

Data da Relatoria: 06/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem –UFBA, a metodologia de intervenção a ser desenvolvido junto a 160 mulheres com excesso de peso (IMC 25) acompanhadas pelo PEEP- idade superior a 18 anos e inferior a 61 anos- que tenham comparecido, no mínimo a duas consultas nos últimos doze meses- que possuam telefone fixo e/ou celular. É projeto em que a intervenção será efetuada junto a 80 das 160 mulheres a serem selecionadas. Parte da Hipótese: O monitoramento remoto de enfermagem pode contribuir para perda de peso, redução das medidas antropométricas e da circunferência da cintura e para a melhora do conhecimento sobre o excesso de peso e suas medidas de controle.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a efetividade do monitoramento remoto de enfermagem, de mulheres com excesso de peso, na redução do índice de massa corporal e da circunferência da cintura, na melhora do conhecimento sobre a obesidade e medidas de controle, na melhora do estado de saúde e da percepção da imagem corporal.

Objetivos Secundários: • Desenvolver um programa de monitoramento remoto de enfermagem para mulheres com excesso de peso; • Implantar o programa de monitoramento remoto de enfermagem; • Caracterizar as variáveis sociodemográficas e clínicas, os hábitos de vida e os

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br