

Fatores relacionados à inatividade física no lazer em mulheres obesas

Factors related to leisure-time physical inactivity in obese women

Taise Santos do Nascimento¹

Fernanda Carneiro Mussi¹

Cátia Suely Palmeira¹

Carlos Antônio Teles Santos²

Melissa Almeida Santos¹

Descritores

Exercício; Mulheres; Estilo de vida sedentário; Obesidade

Keywords

Exercise; Women; Sedentary lifestyle; Obesity

Submetido

21 de Abril de 2017

Aceito

30 de Junho de 2017

Autor correspondente

Fernanda Carneiro Mussi.
Av. Dr. Augusto Viana Filho, SN, 40110-16,
Campus Canela, Canela, BA, Brasil.
femussi@uol.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700047>



Resumo

Objetivo: Verificar os fatores relacionados à inatividade física (IF) no lazer em mulheres com excesso de peso.

Métodos: 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 ≥ 25 kg/m²), 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. Obedeceu-se as orientações do processamento e de análise dos dados do IPAQ.

Resultados: Houve alta prevalência de IF (85,2%) e associação significante entre IF 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 IF 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.

Abstract

Objective: To verify the factors related to leisure-time physical inactivity (PI) in overweight women.

Methods: A cross-sectional study, part of a matrix project entitled, "Remote nurse monitoring of overweight women", conducted in an outpatient reference clinic for obesity in Salvador, Bahia, Brazil, in which a multidisciplinary team and 300 patients, 91% women, of the Unified Health System, were selected for the study. A total of 174 women were recruited, according to inclusion criteria for the matrix project: overweight (BMI ≥ 25 kg/m²), more than 18 years of age, attended a medical visit in the last 12 months, and had a landline telephone and/or cell phone. Exclusion criteria were: lack of physical conditions for anthropometric measures, lack of cognitive ability to respond to research instruments, psychiatric disorders, use of medications for weight loss, and bariatric surgery. The International Physical Activity Questionnaire guidelines for data processing and analysis were followed.

Results: A high prevalence of PI (85.2%) was identified, as well as a significant association between PI and body mass index, self-efficacy for physical activity, environment perception, dependents at home, perceived health status, and number of comorbidities. Regression analysis showed that PI was associated with the number of comorbidities RP:1.31; IC 95% 1.06; 1.64); poor self-perception of health (RP: 1.28, 1.01, 1.61); low self-efficacy (RP: 1.27, 1.06, 1.51); and poor environmental perception (RP: 1.27, 95% CI 1.01, 1.60).

Conclusion: Leisure-time physical inactivity was associated with individual and environmental variables.

¹Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

²Laboratório de Epidemiologia Molecular e Bioestatística no Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz-FIOCRUZ/SSA, Salvador, Bahia, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

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. Esse conhecimento pode orientar as práticas de cuidado em saúde e em enfermagem, assim como políticas públicas de apoio a prática de atividade física e de controle do peso corporal mediante ações integradas e inter-relacionadas de profissionais de saúde e da comunidade em geral.

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

Métodos

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 ≥ 25 Kg/m²), 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 altura 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 (≥ 40 kg/m²).⁽¹¹⁾

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 con-

tém 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. Utilizou-se o programa estatístico STATA, versão 12.

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= 1,328) e 31,0% tinham pessoas no domicílio que dependiam de seus cuidados.

A média do IMC foi 36,29kg/m² (DP=6,23), 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 global 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 ≥150min/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 tra-

balho; 78,1% no deslocamento e 85,2% no lazer. A autoeficácia para a prática de atividade física foi regular/ruim para 53,5% delas.

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%); auto percepção 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); auto percepção 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).

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. No modelo multivariado, 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 auto percepção 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 naque-

las com dependentes de cuidado no domicílio e obesidade grau I e III (Tabela 2).

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 com excesso de peso

Características sociodemográficas	n(%)	Prevalência (%)	p-value	RP	IC 95%
Idade			0,520		
18 -1 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)
Numero 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; † Valor de p de teste exato de Fisher; SM - Salário Mínimo; RP - Razões de Prevalência; IC - Intervalo de confiança; *Padronizado pelo Escore Z

Tabela 2. Fatores relacionados à inatividade física no lazer em mulheres com excesso de peso

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⁾ 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.⁽²²⁾

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.⁽²³⁾

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.⁽²⁴⁾

A autopercepção de saúde, apesar de pouco utilizada na clínica, apresenta forte associação com mortalidade, morbidade e qualidade de vida.^(13,19,25) Neste trabalho foi um preditor para o comportamento inativo no lazer. Nesse sentido, as enfermeiras precisam conhecer a autopercepção de saúde das mulheres com excesso de peso no cotidiano assistencial, assim como do adoecimento e do autocuidado. Poderá assim constatar propor e implementar ações de cuidado à saúde orientadas por suas características e necessidades.⁽¹³⁾ A(o) enfermeira(o) pode identificar junto as mulheres como é possível ajudá-las para a melhorar a sua condição de saúde e apoiá-las com ações de cuidado compartilhadas.

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),⁽²⁶⁾ 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. Assim, elevar os níveis de autoeficácia pode ser um componente importante em estratégias para a promoção da saúde.^(6,27) 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 utilizadas pelo(a) enfermeiro(a) para aumentar a confiança da capacidade das mulheres em realizar e manter o comportamento.⁽²⁷⁾

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).⁽²⁸⁾ 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.⁽²⁹⁾ 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. Equipes multiprofissionais no acompanhamento de mulheres com excesso de peso devem desenvolver programas de educação em saúde que estimulem a valorização e esclareçam as recomendações da prática de atividade física. O estímulo a prática de atividade física pode ser proporcionado por diferentes ações integradas da enfermeira com o educador físico junto a mulheres com excesso de peso, utilizando inclusive o espaço público como forma de estimular hábitos de vida mais saudáveis, de forma interativa e divertida. Ademais, a oferta de espaços públicos para a prática de atividades físicas no lazer, de for-

ma 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 com a 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 CAT colaborou no plano de análise, análise e interpretação dos dados e aprovação da versão final a ser publicada. Santos MA contribuiu na coleta dos dados, tratamento dos dados e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL BRASIL 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [citado 2017 Jul 4]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/16/vigitel_brasil_2015.pdf.

2. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2010.
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. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(9):3697-705.
4. Barbieri AF, Mello RA. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. *Conex Rev Fac Educ Física da UNICAMP*. 2012; 10(1):133-53.
5. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL BRASIL 2014. vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. [citado 2017 Jul 4]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf.
6. Barros MB, Laocite RT. Autoeficácia para a prática de atividade física por indivíduos adultos. *Motricidade*. 2012; 8(2):32-41.
7. Velásquez-Meléndez G, Mendes LL, Maria C, Padez P. Ambiente construído e ambiente social : associações com o excesso de peso em adultos. *Cad Saúde Publica*. 2012; 29(10):1988-96.
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*. 2012; 9(1):42.
9. Rhodes RE, Mark RS, Temmel CP. Adult sedentary behavior: A systematic review. *Am J Prev Med*. 2012; 42(3):e3-28.
10. Brasil. Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Manual de antropometria. Rio de Janeiro; 2013. [citado 2017 Jul 4]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Portaria.pdf>.
11. World Health Organization (WHO). Process for a global strategy on diet, physical activity and health. [Internet]. Geneva: WHO; 2003. [cited 2017 Jul 4]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67433/1/WHO_NMH_EXR.02.2_Rev.1.pdf.
12. 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 Ciênc Mov*. 2001; 9(3):45-51.
13. Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HP, Radovanovic CA, Marcon SS. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1):60-7.
14. Florindo AA, Pérciles E, Li S, Siqueira R, Iv R. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(2):302-10.
15. World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
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 (Baltim)* 2013; 56(2):99-102.
17. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010.
18. Jonck VT, Soares A, Araújo CC, Machado Z, Reis NM, Guimarães AC de A. Prevalência de atividade física em mulheres. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2014; 27(4):533-40.
19. Suzuki CS, Moraes SA, Freitas IC. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Publica*. 2011; 45(2):311-20.

20. Pitanga Godim F, Beck CC, Penas Seara Pitanga C, Mota Freitas M, Bastos Almeida LA. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. *Motricidade*. 2014; 10(1):3-13.
21. De Sá-Silva SP, Yokoo EM, Salles-Costa R. Fatores demográficos e hábitos de vida relacionados com a inatividade física de lazer entre gêneros. *Rev Nutr*. 2013; 26(6):633-45.
22. Ward J, Friche AA, Caiaffa WT, Proietti FA, Xavier CC, Roux AV. 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*. 2015; 31:182-94.
23. Silva SG, Silva MC, Nahas MV, Viana SL. Fatores associados à inatividade física no lazer e principais barreiras na percepção de trabalhadores da indústria do Sul do Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2011; 27(2):249-59.
24. Tucker JM, Tucker LA, Lecheminant J, Bailey B. Obesity increases risk of declining physical activity over time in women: A prospective cohort study. *Obesity*. 2013; 21(12):715-20.
25. 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 Health Biol Sci*. 2017; 5(979):71-8.
26. 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 Ativ Física Saúde*. 2015; 20(1):57-64.
27. Souza CA, Rech CR, Sarabia TT, Añez CRR, Reis RS. Autoeficácia e atividade física em adolescentes de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2013; 29(10):2039-48.
28. 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. *Int J Environ Res Public Health*. 2011; 7600:3953-78.
29. Florindo AA, Guimarães WV, 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 Cineantrop Desemp Hum*. 2012; 14(6):647-59.