Rev Rene. 2021;22:e61717.
DOI: 10.15253/2175-6783.20212261717
www.periodicos.ufc.br/rene

Artigo Original

Fatores que interferem na inatividade física total em mulheres com excesso de peso*

Factors that interfere with total physical inactivity in overweight women

Como citar este artigo:
Mussi FC, Nascimento TS, Palmeira CS, Pitanga FJG, Ferreira FS, Coelho ACC, et al. Factors that interfere with total physical inactivity in overweight women. Rev Rene. 2021;22:e61717. DOI: https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212261717

Fernanda Carneiro Mussi[1]
Taise Santos do Nascimento[1]
Cátia Suely Palmeira[1]
Francisco José Gondim Pitanga[1]
Flávia Silva Ferreira[1]
Ana Carla Carvalho Coelho[1]
Carlos Antônio de Souza Teles Santos[2]

*Extraído de projeto intitulado "Monitoramento remoto de enfermagem de mulheres com excesso de peso", Universidade Federal da Bahia, 2015.

[1]Universidade Federal da Bahia.
Salvador, BA, Brasil.
[2]Fundação Osvaldo Cruz.
Salvador, BA, Brasil.

Autor correspondente:
Fernanda Carneiro Mussi
Rua Basílio da Gama, 241 - Canela
CEP: 40231-300. Salvador, BA, Brasil.
E-mail: femussi@uol.com.br

EDITOR CHEFE: Viviane Martins da Silva
EDITOR ASSOCIADO: Renan Alves Silva

Objetivo: investigar as variáveis que interferem na inatividade física total em mulheres com excesso de peso. **Métodos**: pesquisa transversal que realizou levantamento de dados sociodemográficos, autopercepção de saúde, autoeficácia para atividade física, peso e altura em 142 mulheres. O *International Physical Activity Questionnaire* foi utilizado para avaliar a atividade física. Empregou-se estatística descritiva e inferencial. Adotou-se significância estatística de 5%. **Resultados**: a prevalência de inatividade física total foi 34,5%. Constatou-se associação significante entre inatividade física total e idade na análise bivariada. Na análise multivariada apenas mulheres com autopercepção de saúde regular e ruim apresentaram aumento de 124 e 150%, respectivamente, da inatividade física total. **Conclusão**: a inatividade física associou-se à autopercepção de saúde regular e ruim, sendo um parâmetro de saúde para a elaboração de políticas e ações de promoção à saúde.
Descritores: Atividade Motora; Fatores Epidemiológicos; Mulheres; Obesidade; Comportamento Sedentário.

ABSTRACT
Objective: to investigate the variables that interfere with total physical inactivity in overweight women. **Methods:** cross-sectional research that collected sociodemographic data, self-perceived health, self-efficacy for physical activity, weight, and height in 142 women. The International Physical Activity Questionnaire was used to evaluate physical activity. Descriptive and inferential statistics were used. A 5% statistical significance level was adopted. **Results:** the prevalence of total physical inactivity was 34.5%. A significant association between total physical inactivity and age was found in the bivariate analysis. In the multivariate analysis, only women with regular and poor self-perceived health showed an increase of 124% and 150%, respectively, of total physical inactivity. **Conclusion:** physical inactivity was associated with regular and poor self-perception of health, being a health parameter for the development of health promotion policies and actions.
Descriptors: Motor Activity; Epidemiologic Factors; Women; Obesity; Sedentary Behavior.

Recebido: 08/01/2021; Aceito: 19/04/2021.

Introdução

A atividade física regular contribui para a saúde física, mental e social, promovendo o bem-estar e o envelhecimento saudável. Apesar disso, estima-se que 23,0% da população mundial não tenha alcançado os níveis globais recomendados em 2016[1]. No Brasil, o nível insuficiente de atividade física atingiu 44,8% da população adulta no ano de 2019[2].

A inatividade física expõe mais de 1,4 bilhões de adultos ao risco de desenvolver ou exacerbar doenças crônicas não transmissíveis[3]. O impacto econômico proveniente dessas doenças é oneroso e responsável pelo elevado custo com medicamentos, internação hospitalar e consultas clínicas. Os custos com a população fisicamente inativa e com doenças crônicas estão incluídos nos principais gastos em saúde pública[4].

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal com gasto energético maior que os níveis de repouso[1]. Os seus domínios incluem trabalho, deslocamento, ambiente doméstico e lazer[5] e, se realizada regularmente, com duração e intensidade suficientes, traz benefícios à saúde incluindo o combate a obesidade[1]. Para obtenção dos benefícios recomenda-se a prática de pelo menos 150 minutos por semana, de intensidade leve ou moderada ou, no mínimo, de 75 minutos de atividade vigorosa por semana[1]. A inatividade física total é caracterizada quando o indivíduo não atinge essa recomendação, considerando a análise das dimensões da atividade física.

Os fatores que interferem na inatividade física têm sido alvo de pesquisas nacionais[6] e internacionais recentes[7-10] sobretudo realizados com a população em geral e trabalhadores. Nesses, destacam-se as questões de gênero como os papéis de esposa e cuidadora, as experiências relacionadas com o corpo, os transtornos mentais comuns, o padrão de sono[8], a idade[8-9], o suporte social, a autoeficácia (estresse, falta de motivação, prazer, energia, habilidades esportivas), as condições financeiras, o ambiente construído[9-10], a segurança pública, o nível de escolaridade[8,10], a autoavaliação da saúde, o uso de tecnologias e o clima[9].

Entretanto, estudos sobre fatores associados ao nível de atividade física em mulheres com sobrepeso e obesidade são escassos. Destaca-se um estudo americano que observou que o medo de injúria e a influência social (apoio de familiares ou amigos e barreiras culturais) aumentaram em 2,3 vezes a probabilidade de barreira para a atividade física em mulheres acima do peso comparadas àquelas com peso normal[7]. Não foram encontrados estudos atuais que avaliaram os fatores associados ao nível insuficiente de atividade física total, especificamente em mulheres com excesso de peso, na literatura nacional e internacional, mesmo sabendo que a inatividade física é mais frequente no sexo feminino e que a atividade física é um ponto crítico no combate aos efeitos adversos da obesidade, reconhecida como problema de saúde pública mundial[1].

A identificação das variáveis associadas ao nível de inatividade física total, proposta nessa investigação, avança no conhecimento de barreiras enfrentadas por mulheres com excesso de peso para o engajamento nessa prática e evidencia a sua vulnerabilidade ao adoecimento. Além disso, pode orientar a equipe de saúde na criação e condução de estratégias e programas educativos efetivos visando minimizar riscos à saúde.

Com base no exposto, o presente trabalho teve como objetivo investigar as variáveis que interferem na inatividade física total em mulheres com excesso de peso.

Métodos

Pesquisa de corte transversal, realizada em ambulatório de referência para pessoas com excesso de peso, usuárias de serviço público de saúde, em Salvador, Bahia, Brasil. Neste ambulatório estavam matriculadas cerca de 300 pessoas, das quais 91,0% eram mulheres, o que justificou a inclusão do sexo feminino no estudo.

Na consulta aos prontuários, 174 mulheres preencheram os critérios de inclusão: ter excesso de peso (índice de massa corpórea ≥25Kg/m^2), idade

maior ou igual a dezoito anos, estar em consulta médica no último ano e telefone fixo e/ou móvel. Como critérios de exclusão definiu-se a limitação física como amputação de membros inferiores para aferição de peso, altura e circunferência da cintura e/ou cognitivas para responder às questões da pesquisa, distúrbios psiquiátricos, uso de medicamentos para redução do peso e ter sido submetida à cirurgia bariátrica. As mulheres elegíveis foram convidadas para participar do estudo por telefone.

Os dados foram coletados de julho de 2016 a março de 2017. Empregou-se a técnica da entrevista para o levantamento dos dados e a avaliação antropométrica, em sala privativa. Utilizou-se, também, um instrumento com questões de múltipla escolha sobre variáveis sociodemográficas, incluindo idade, raça/cor autodeclarada, situação conjugal e laboral, escolaridade, renda familiar mensal e pessoas dependentes no domicílio.

O *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), versão longa, em português[5]. foi usado para avaliação do nível de atividade física, o qual é formado por questões sobre à frequência (dias por semana), duração (tempo por dia) e intensidade (leve, moderada e vigorosa) da atividade física nos domínios trabalho, deslocamento, domicílio e lazer. A classificação do nível de atividade física por domínio atendeu aos critérios: a) Muito ativos (executaram atividade vigorosa por ≥ cinco dias/semana e ≥30 minutos (min.)/sessão ou ≥ três dias/semana e ≥20min/sessão + atividade moderada ou caminhada ≥ cinco dias/semana e ≥30min/sessão; b) Ativos (executaram atividade vigorosa por ≥ três dias/semana e ≥20min/sessão ou atividade moderada ou caminhada ≥ cinco dias/semana e ≥ 30 min/sessão ou qualquer atividade somada ≥ cinco dias/semana e ≥ 150min/semana incluindo caminhada + atividade moderada + atividade vigorosa); c) Insuficientemente ativos (executaram atividade insuficiente por não cumprirem recomendações da frequência ou duração); d) Sedentárias (não executaram atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana).

O nível de atividade física foi analisado em cada um dos quatro domínios. Mulheres, muito ativas/ativas, em pelo menos um dos domínios, foram classificadas como muito ativas/ativas no nível de atividade física total e àquelas que não atingiram essa recomendação em nenhum domínio foram consideradas insuficientemente ativas/sedentárias, ou seja, inativas no nível de atividade física total.

A autopercepção de saúde foi levantada pela questão: como você julga a sua saúde atualmente?[11]. As alternativas para esta questão foram: muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa, sendo posteriormente recategorizadas em muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim.

A autoeficácia para a atividade física foi avaliada por escala específica[12], com 10 itens, divididos em dois blocos e analisados separadamente: 1) Realização de caminhada no lazer (5 itens) e 2) Realização de atividade física de intensidade moderada e/ou vigorosa (5 itens). Os escores foram obtidos pela soma das respostas de cada bloco. Para a resposta "sim" atribuiu-se valor um e a resposta "não" o valor zero. O escore total da escala varia de 0 a 10 pontos. A escala não propõe pontos de corte, mas quanto maior o resultado obtido maior é a autoeficácia. Os escores obtidos pelos quartis possibilitaram classificar a autoeficácia das mulheres em: boa (7 a 10 pontos); satisfatória (5 a 6 pontos); regular (3 a 4 pontos) e ruim (0 a 2 pontos). Para posterior análise, agruparam-se as classificações em boa/satisfatória e regular/ruim.

As medidas antropométricas foram aferidas de acordo com procedimentos específicos[13]. Para o peso utilizou-se balança digital modelo TEC 30 da Techline®, com precisão de 0,1Kg e carga máxima de 150Kg e para a altura usou-se estadiômetro portátil, graduado a cada 0,5 cm. O índice de massa corpórea (IMC) foi obtido pela fórmula IMC=peso/altura^2, adotando-se a classificação sobrepeso (25 a 29,9kg/m^2); obesidade grau I (30 a 34,9kg/m^2); obesidade grau II (35 a 39,9kg/m^2) e obesidade grau III (IMC≥40kg/m^2)[13]. Em seguida, o IMC foi recategorizado em sobrepeso e obesidade.

Os dados foram analisados pelo STATA® versão 12. As variáveis categóricas foram analisadas em fre-

quências absolutas e percentual, e as contínuas, em médias e desvio-padrão. A variável dependente foi a inatividade física total e as independentes foram: sociodemográficas, IMC, número de comorbidades, autopercepção de saúde e autoeficácia para atividade física. Foi utilizada a razão de prevalência com o respectivo intervalo de confiança de 95%, para verificar a associação entre as variáveis independentes e a inatividade física total. Na análise bivariada, empregou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, e as variáveis independentes com valor de p≤0,20 foram selecionadas para a modelagem multivariada. Nessa primeira fase, foi avaliada a bondade do ajuste do modelo de regressão logística com base no grau de acurácia, o teste de *Hosmer-Lemeshow* e o Critério de Informação de Akaike (AIC). Em virtude do evento inatividade física total ser comum (34,5%), aplicou-se o modelo de regressão de P*oisson* Robusto, calculando-se a Razão de prevalência (RP), com o respectivo IC de 95%. Adotou-se nível de significância estatística de 0,05.

A aprovação do estudo foi realizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer número 1.152.259/2015, no qual respeitaram-se as recomendações nacionais e internacionais de pesquisas com seres humanos, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelas participantes.

Resultados

A amostra foi composta de 142 mulheres com média de 50,7 anos de idade, (desvio-padrão (dp)=11,59), idade mínima de 21 e máxima de 81 anos. Predominaram: raça/cor autodeclarada negra (93,7%), ensino médio completo/incompleto (66,2%), estado civil casada/união estável (55,6%), sem empregada doméstica (95,1%), situação laboral remunerada por serem autônomas, aposentadas com atividade ou terem vínculo empregatício (51,4%) e carga horária de trabalho < 8 horas por dia (65,7%). A renda familiar mensal mais frequente foi > 1 a < 3 salários-mínimos (39,4%), seguida da ≤ 1 salário (35,2,7%). A média salarial mensal foi de 2,04 salários (dp=1,19).

Os pesos e alturas mínimos e máximos foram de 57,9 e 128,9 Kg e de 1,76 e 1,45cm, respectivamente. A média do IMC foi 36,29 Kg/m^2 (dp=6,23), valor mínimo de 25,0 Kg/m^2 e máximo de 50,4Kg/m^2. Houve predomínio de mulheres obesas (83,1%), estando 31,7% com obesidade grau III, 29,6% grau I e 21,8 % grau II e o sobrepeso foi constatado em 16,9%.

Quanto ao nível de atividade física total, 65,5% eram muito ativas/ativas e 34,5% insuficientemente ativas/sedentárias (caracterizada no estudo como inatividade física total). As tabelas 1 e 2 apresentam as prevalências e associações entre inatividade física total e variáveis de interesse. Observou-se associação estatisticamente significante entre inatividade física total e idade (Tabela 1).

Tabela 1 – Prevalência e razão de prevalência da inatividade física total segundo variáveis sociodemográficas. Salvador, BA, Brasil, 2017

Características sociodemográficas	Total = 142 n (%)	Prevalência (%)	*p	†RP	‡IC 95%
Idade (anos)			0,037		
28 a 39	25 (17,6)	32,0			
≥40 a 59	90 (63,4)	28,9		0,90	0,47 – 1,75
≥60	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 incompleto/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 em salários-mínimos			0,343		
≥ 3	36 (25,4)	44,4			
> 1 a <3	56 (39,4)	30,4		0,68	0,40 – 1,17
≤ 1	50 (35,2)	32,0		0,72	0,42 –1,24

*Teste Qui-quadrado de Pearson; †RP: Razão de Prevalência; ‡IC: Intervalo de confiança

Tabela 2 – Prevalência e razão de prevalência da inatividade física total segundo características clínicas, autopercepção de saúde e autoeficácia. Salvador, BA, Brasil, 2017

Variáveis	Total = 142 n (%)	Prevalência (%)	*p	†RP	‡IC 95%
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			
1	45 (31,7)	33,3		1,67	0,73 – 3,81
2	53 (37,3)	43,4		2,17	0,99 – 4,74
3	14 (9,9)	35,5		1,79	0,65 – 4,89
Autopercepção de saúde§			0,068		
Muito boa/boa	37 (26,1)	18,9			
Regular	78 (54,9)	39,7		2,10	1,02 – 4,33
Ruim/ruim/muito ruim	27 (19,0)	40,7		2,15	0,96 – 4,84
Autoeficácia para atividade física§			0,126		
Boa/satisfatória	65 (46,4)	27,7			
Regular/ruim	75 (53,6)	40,0		1,74	0,85 – 3,55

*Teste Qui-quadrado de Pearson; †RP: Razão de Prevalência; ‡IC: Intervalo de confiança; §(n=140)

Tabela 3 – Associação entre as variáveis preditoras da inatividade física total em mulheres com sobrepeso e obesidade. Salvador, BA, Brasil, 2017

Variáveis	Razão de prevalência	*IC (95%)
Idade (anos)		
28 a 39		
≥40 a 59	0,67	0,32 – 1,37
≥60	1,11	0,49 – 2,53
Estado civil		
Sem companheiro		
Com companheiro	1,30	0,78 – 2,18
Índice de massa corporal		
Sobrepeso		
Obesidade	0,78	0,45 – 1,34
Número de comorbidades		
Nenhuma		
Uma	1,87	0,82 – 4,29
Duas	2,12	0,93 – 4,86
Três	1,93	0,67 – 5,59
Autopercepção de saúde		
Muito boa/boa		
Regular	2,24	1,05 – 4,77
Ruim/muito ruim	2,50	1,10 – 5,67
Autoeficácia		
Boa/satisfatória		
Regular/ruim	1,51	0,95 – 2,39
Critério de informação de Akaike = 178,6969		

*IC: Intervalo de confiança

Na análise multivariada (Tabela 3), mulheres com autopercepção de saúde regular e muito ruim/ruim apresentaram aumento de 124,0% (RP: 2,24; IC 95%: 1,05–4,77) e 150,0% (RP: 2,50; IC 95%:1,10–5,67), respectivamente, na inatividade física total, sendo o modelo ajustado por idade, situação conjugal, índice de massa corpórea, número de comorbidades e autoeficácia. O melhor modelo foi escolhido de acordo com as medidas de bondade do ajuste.

Discussão

As limitações do estudo foram relacionadas com o desenho transversal que não possibilita o estabelecimento de relações de causalidade; a amostragem não probabilística e a utilização de um local de estudo, impossibilitando a ampla generalização dos resultados. O tamanho da amostra reduzido pode ter sido insuficiente para detectar com confiança um

dado efeito que poderia ser considerado relevante. Destaca-se que foi critério de exclusão mulheres com amputação de membros inferiores cuja condição seria limitante para a atividade física, apesar de não ter sido identificada essa condição. Ademais, a literatura é escassa em estudos recentes sobre níveis de atividade física em mulheres com sobrepeso e obesidade, dificultando a discussão dos resultados.

Consideradas as limitações expostas, o estudo contribui para conhecer variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à inatividade física total em mulheres com excesso de peso, subsidiando a criação de estratégias e intervenções em saúde que estimulem a modificação de comportamentos insuficientemente ativos e apoiem a melhora da sua condição de saúde. Nesse contexto, o trabalho da enfermeira integrado à equipe multiprofissional é fundamental.

Convém destacar que predominaram mulheres com obesidade e, considerando o fato de que estas estavam em acompanhamento no serviço, esse resultado indica a dificuldade enfrentada por elas e pela equipe de saúde para o alcance do controle do peso. Apesar disso, quanto ao nível de atividade física total, dois terços eram muito ativas/ativas e, portanto, incorporavam ao estilo de vida uma ferramenta para a promoção da qualidade de vida e saúde. Esta adesão à atividade física pode decorrer do fato de serem acompanhadas pelo ambulatório onde são estimuladas a cuidar da saúde. Este conta com equipe multiprofissional que realiza a educação em saúde, estimulando a valorização e a incorporação de comportamentos saudáveis. Todavia, a inatividade física total identificada para um terço da amostra desafia ainda o trabalho da equipe para identificar estratégias e ações voltadas para a superação dos fatores associados à mesma.

Referente aos fatores associados à inatividade física total, a análise multivariada mostrou aumento desta em mulheres com sessenta ou mais anos. Esses dados corroboram a literatura que destaca a idade mais avançada associada ao declínio no nível de atividade física total[14], e que na fase adulta as mulheres podem sentir-se mais motivadas para tal, visando melhorar a condição física, estética e a socialização[10]. Estudo com trabalhadores brasileiros corrobora com nossos achados ao constatar que mulheres em idade superior a 66 anos apresentaram menor chance de realizar atividade física[6].

Embora sem significância estatística, mulheres com comorbidades agregadas como diabetes *mellitus,* hipertensão arterial e artrose, apresentaram aumento da inatividade física total. Uma pior condição de saúde pode associar-se aos níveis insuficientes de atividade física, pois essa atividade está relacionada com o menor risco de distúrbios metabólicos e comorbidades[15].

O índice de massa corpórea foi inversamente associado à inatividade física total, mas sem significância estatística. Diferentemente dos achados desse estudo, verificou-se que mulheres obesas foram as mais prejudicadas funcionalmente, particularmente em atividades que visavam à função dos membros inferiores, impactando na realização da atividade física[16].

Um aumento da inatividade física total foi encontrado em mulheres com pior autoeficácia para a atividade física, entretanto, esta relação não foi estatisticamente significante. A autoeficácia relaciona-se com a crença na capacidade para organizar e executar os cursos de ação necessários para produzir determinada realização. É considerada a capacidade de a pessoa autorregular motivações e comportamentos mantendo-se fisicamente ativa, mesmo diante de barreiras potenciais. Para pessoas com insuficiência cardíaca a autoeficácia para a atividade física foi correlacionada com a diminuição de obstáculos, servindo de mediadora da relação entre motivação e atividade física[17]. Esses achados reforçam a importância de se conhecer as crenças de autoeficácia para a atividade física, pois permeiam a relação entre o sujeito, o ambiente e o seu comportamento.

Nesse estudo, a autopercepção de saúde foi a variável que se associou, com significância estatística,

à inatividade física total, no modelo multivariado. Mulheres que perceberam sua condição de saúde como regular e ruim/muito ruim foram mais inativas do que aquelas com percepção positiva da saúde. Esta variável tem sido considerada um indicador confiável para o monitoramento do estado de saúde, a qual engloba qualidade de vida e declínio funcional, podendo ser utilizada como preditor para análises de morbidade e mortalidade[18]. Observou-se que 41,6% de 1.246 adultos e idosos apresentaram autopercepção negativa da saúde e, entre as mulheres que relataram maior proporção de autopercepção negativa da saúde, estavam àquelas que não trabalhavam, portavam acima de três doenças crônicas não transmissíveis, estavam em insegurança alimentar e não realizavam atividade física[19], resultados que reforçam os achados do presente estudo. A identificação da autopercepção é fundamental para orientar o cuidado prestado às mulheres com sobrepeso e obesidade, pois pode estar associada aos comportamentos em saúde. É preciso identificar em outros estudos os fatores associados à percepção negativa da condição de saúde de mulheres com excesso de peso para subsidiar o compartilhamento de cuidados por meio de uma comunicação sensível e efetiva entre os atores envolvidos.

Essa investigação tem relevância para a prática clínica, pois identificou fatores que interferem na atividade física de mulheres com sobrepeso e obesidade e possibilita que a equipe de saúde reflita sobre estratégias que potencializem a atividade física, em especial, na área de promoção da saúde.

Conclusão

A maioria das mulheres com sobrepeso e obesidade mostraram-se ativas segundo o escore total de atividade física. A inatividade física associou-se significativamente à autopercepção de saúde regular e ruim, sendo um importante parâmetro de saúde para políticas e intervenções voltadas à promoção da saúde.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Brasil, processo número 421599/2016.2, pelo apoio financeiro.

Colaborações

Mussi FC, Nascimento TS, Palmeira CS e Santos CAST participaram da concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Pitanga FJG, Ferreira FS e Coelho ACC Santos participaram da interpretação dos dados, redação do artigo, revisão relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world [Internet]. 2018 [cited Jan 10, 2021]. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. 2020 [cited Jan 10, 2021]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf
3. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Lancet Glob Health. 2018; 6(10):e1077-86. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7
4. World Health Organization. Who guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. 2020 [cited Jan 10, 2021]. Available from:https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128

5. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2001; 6(2):5-18. doi: https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18

6. Silva AMR, Santos SVM, Lima CHF, Lima DJP, Robazzi MLCC. Fatores associados à prática de atividade física entre trabalhadores brasileiros. Saúde Debate. 2018; 42(119):952-64. doi: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811913

7. Chang C, Khurana S, Strodel R, Camp A, Magenheimer E, Hawley N. Perceived barriers to physical activity among low-income Latina women at risk for type 2 diabetes. Diabetes Educ. 2018; 44(5):444-53. doi: https://doi.org/10.1177/0145721718787782

8. Varona-Pérez P, Pérez-Jiménez D, Alfonso-Sagué K, García-Pérez RM, Bonet-Gorbea M, Fernández-González J. Patterns of physical activity and associated factors in Cubans aged 15-69 years. MEDICC Rev. 2016; 18(4):20-5. doi: https://doi.org/10.37757/MR2016.V18.N4.5

9. Gray L, Schuft L, Bergamaschi A, Filleul V, Colson SS, d'Arripe-Longueville F. Perceived barriers to and facilitators of physical activity in people living with HIV: a qualitative study in a French sample. Chronic Illn. 2019; 26:1742395319826638. doi: https://doi.org/10.1177/1742395319826638

10. Herazo-Beltrán Y, Pinillos Y, Vidarte J, Crissien E, Suarez D, García R. Predictors of perceived barriers to physical activity in the general adult population: a cross-sectional study. Braz J Phys Ther. 2017; 21(1):44-50. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2016.04.003

11. Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Association between self-reported health and sociodemographic characteristics with cardiovascular diseases in adults. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(1):61-68. doi: https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100008

12. Rech CR, Sarabia TT, Fermino RC, Hallal PC, Reis RS. Psychometric properties of a self-efficacy scale for physical activity in Brazilian adults. Rev Panam Salud Publica. 2011; 29(4):259-66. doi: http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892011000400007

13. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Sindrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. VI Diretrizes Brasileiras de Obesidade [Internet]. 2016 [cited Jan 10, 2021]. Available from: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf

14. Souza F de, Souza M, Scuelter-Trevisol F, Trevisol D. Relationships between physical activity, quality of life, and age in women attending social groups for the elderly. Sci Med. 2018; 28(4):ID30301. doi:http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2018.4.30301

15. Kang DW, Lee EY, An KY, Min J, Jeon JY, Courneya KS. Associations between physical activity and comorbidities in Korean cancer survivors. J Cancer Surviv. 2018; 12(4):441-9. doi: https://doi.org/10.1007/s11764-018-0683-y

16. Gretebeck KA, Sabatini LM, Black DR, Gretebeck RJ. Physical activity, functional ability, and obesity in older adults: a gender difference. J Gerontol Nurs. 2017; 43(9):38-46. doi: https://doi.org/10.3928/00989134-20170406-03

17. Klompstra L, Jaarsma T, Strömberg A. Self-efficacy Mediates the relationship between motivation and physical activity in patients with heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2018; 33(3):211-6. doi: https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000456

18. 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. doi: http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.1054.p71-78.2017

19. Lindemann IL, Reis NR, Mintem GC, Mendoza-Sassi RA. Self-perceived health among adult and elderly users of primary health care. Ciênc Saúde Coletiva. 2019; 24(1):45-52. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34932016

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons