

Inequidade de gênero e prática de atividade física entre homens e mulheres: revisitando conceitos por meio de uma revisão narrativa

RESUMO

Este trabalho teve dois objetivos: 1. Discutir conceitos de sexo, gênero, desigualdade e inequidade; 2. Analisar a inequidade de gênero relacionada à prática de atividade física entre homens e mulheres. Trata-se de uma revisão narrativa sobre documentos, políticas e artigos que contribuíram na conceituação de sexo, gênero, desigualdade e inequidade, como também na análise da inequidade de gênero relacionada à prática de atividade física entre homens e mulheres. De uma forma geral, sexo se relaciona com características biológicas e hormonais que distinguem o masculino e feminino, e gênero tem relação com a construção social que define papéis atribuídos aos homens e às mulheres. Essa construção social gera inequidade relacionada à prática de atividade física, sobretudo no domínio do tempo livre, sendo as mulheres as mais inativas. Trabalhos como este podem ser importantes para a ampliação do debate sobre a promoção da equidade de gênero relacionada à prática de atividade física.

PALAVRAS-CHAVE: Iniquidade de gênero; Equidade de gênero em saúde; Atividade física; Determinantes sociais de saúde; Comportamentos relacionados com a saúde

André Ulian Dall Evedove

Doutor
Faculdade de Medicina de Marília,
Saúde Coletiva,
Marília, SP, Brasil
uliang@uol.com.br
<https://orcid.org/0000-0003-1674-746X>

Debora Alves Guariglia

Doutora
Instituto Federal do Paraná,
União da Vitória, PR, Brasil
debora.guariglia@uenp.edu.br
<https://orcid.org/0000-0002-3774-1211>

Mathias Roberto Loch

Doutor
Universidade Estadual de Londrina,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Londrina, PR, Brasil
mathiasuel@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-2680-4686>

Gender inequality and physical activity between men and women: revisiting concepts through a narrative review

ABSTRACT

This study had two objectives: 1. Discuss concepts of sex, gender, inequality and inequity; 2. Analyze gender inequality related to the practice of physical activity between men and women. This is a narrative review of documents, policies and articles that contributed to the conceptualization of sex, gender, inequality and inequity, as well as the analysis of gender inequality related to the practice of physical activity between men and women. In general, sex is related to biological and hormonal characteristics that distinguish male and female, and gender is related to the social construction that defines roles attributed to men and women. This social construction generates inequity related to the practice of physical activity, especially in the domain of free time, with women being the most inactive. Studies like this can be important for expanding the debate on promoting gender equity related to the practice of physical activity.

KEYWORDS: Inequity of gender; Gender equity in health; Exercise; Social determinants of health; Health behaviors

Inequidad de género y actividad física entre hombres y mujeres: revisitando conceptos a través de una revisión narrativa

RESUMEN

Ese trabajo tuvo dos objetivos: 1. Discutir conceptos de sexo, género, desigualdad e inequidad; 2. Analizar la inequidad de género relacionada a la actividad física entre hombres y mujeres. Se trata de una revisión narrativa de documentos, políticas y artículos que contribuyeron con la conceptualización de sexo, género, desigualdad e inequidad, y en análisis de la inequidad de género con la actividad física. En general, sexo tiene relación con las características biológicas y hormonales que las distinguen el masculino y el femenino, y género tiene relación con la construcción social que define papeles asignados a los hombres y a las mujeres. Esa construcción social genera inequidad con relación a la actividad física, sobre todo en el dominio del tiempo libre, con las mujeres más inactivas. Estudios como ese pueden ser importantes para la ampliación acerca del debate de la promoción de la equidad de género relacionada con la actividad física.

PALABRAS-CLAVE: Inequidad de género; Equidad de género en la salud; Actividad física; Determinantes sociales de la salud; Comportamientos relacionados con la salud

INTRODUÇÃO

O contexto social atual tem como principais características as diferenças em relação a diversos aspectos, como os sociais, de desenvolvimento, de riqueza, de características físicas, que de certa forma, constituem cada sociedade ou determinados grupos sociais. Muitas dessas diferenças são provenientes de processos adaptativos, geográficos e climáticos relacionados a eventos pontuais ou históricos, econômicos, sociais e culturais (BARRETO, 2017). Entretanto, tais diferenças não possuem o mesmo significado, já que algumas delas podem ser consideradas apenas como desigualdade e outras podem ser classificadas como inequidades, ou seja, desigualdades consideradas injustas e evitáveis (ALMEIDA-FILHO, 2020).

O tema da inequidade de gênero relacionada aos indicadores de saúde tem crescido nos últimos anos, sobretudo no contexto brasileiro (AQUINO, 2006; BARATA, 2009; GOMES *et al.*, 2018). Evidências mostram como as inequidades entre homens e mulheres se relacionam com diversos desfechos de saúde, como nos homicídios, na autopercepção e nos comportamentos de saúde (SOUSA *et al.*, 2020; MIELKE *et al.*, 2021; BRASIL, 2023). Nos homicídios, os homens são os autores e as maiores vítimas desse crime praticado fora do contexto domiciliar, enquanto nas mulheres esse padrão se inverte, sendo elas as maiores vítimas dentro dos próprios domicílios (BRASIL, 2023). Nos comportamentos de saúde, com exceção da inatividade física, os homens adotam mais comportamentos de risco (CR) que as mulheres (BRASIL, 2019; IDE; MARTINS; SEGRI, 2020; COSTA *et al.*, 2021).

Para analisar essas desigualdades e inequidades, alguns aspectos devem ser considerados. Um deles é sobre a utilização do conceito de gênero como sinônimo de sexo. Conforme Barata (2009), muitos estudos conduzidos com o objetivo de analisar as inequidades em saúde cometem esse equívoco, principalmente quando as analisam relacionadas às características biológicas que diferenciam os sexos feminino e masculino. Outro aspecto a ser considerado é que a questão de gênero não se restringe apenas na análise das relações de poder entre homens e mulheres, mas também permite a análise mais específica das diferentes relações de poderes somente entre os homens ou somente entre as mulheres (GOMES; SCHRAIBER; COUTO, 2005; COUTO; GOMES, 2012; VILLELA; MONTEIRO; BARBOSA, 2020).

A análise de gênero na produção das inequidades e das consequências que geram na saúde da população pode ser importante para fornecer uma melhor explicação sobre a adoção dos comportamentos de saúde, já que o conceito de gênero está relacionado com a construção social de distintos papéis atribuídos aos homens e às mulheres, fato que influencia na adoção desses comportamentos. Nesse sentido, contribui com a equidade de gênero em saúde podendo

proporcionar as mesmas oportunidades e condições para que homens e mulheres possam realizar todos os seus direitos e potenciais para serem saudáveis, como no caso da prática da atividade física (VILLELA; MONTEIRO; BARBOSA, 2020). Portanto, os objetivos desse texto são: 1. Discutir os conceitos de sexo, gênero, desigualdade e inequidade; 2. Analisar a inequidade de gênero e sua relação com a prática de atividade física entre homens e mulheres.

DESENVOLVIMENTO

No contexto da construção de estudos sobre a desigualdade de gênero relacionada aos indicadores de saúde, estudos têm buscado elucidar conceitos sobre igualdade, equidade e seus respectivos contrários, desigualdade e inequidade (WHITEHEAD, 1992; KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA-FILHO, 2002; BARRETO, 2017; ALMEIDA-FILHO, 2020). Embora este manuscrito não tenha como objetivo realizar uma discussão aprofundada sobre os diversos significados desses conceitos, é necessário apontar suas diferenças.

Inicialmente, destaca-se o estudo produzido por Margareth Whitehead (1992) para a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado no início da década de 1990. Nesse documento, a inequidade em saúde foi definida como diferença ou disparidade em saúde considerada injusta, desnecessária e evitável. Ao mesmo tempo, a autora inseriu uma nota de rodapé explicando que não utilizaria o termo *inequality* (desigualdade em inglês) por considerar que causaria ambiguidade e falta de compreensão.

No artigo produzido por Kawachi, Subramanian e Almeida-Filho (2002), os autores explicam as diferenças entre desigualdade e inequidade, assim como seus contrários, igualdade e equidade. Para eles desigualdade e igualdade são conceitos mensuráveis, já inequidade e equidade são conceitos políticos que expressam compromisso moral com a justiça social. Para reduzir possíveis confusões terminológicas sobre esses conceitos, Almeida-Filho (2020) elaborou uma tabela com equivalência semântica desses termos em português, inglês, espanhol e francês. Em seguida, definiu esses termos, sendo a desigualdade considerada como diferença dimensional ou variação quantitativa de grupos populacionais, expressa por indicadores epidemiológicos e a inequidade como uma desigualdade evitável, injusta, desnecessária e indesejável sob perspectiva política.

Diante desse contexto, analisar as inequidades em saúde é importante na compreensão de que há diversos desequilíbrios construídos socialmente por meio de valores e crenças que influenciam na relação de poder entre determinados grupos, resultando em muitas desvantagens sociais. Essas inequidades podem ser observadas na área específica da saúde, como por exemplo, na qualidade da atenção e no acesso aos serviços de saúde ofertados, e também no âmbito social,

composto pelos determinantes sociais que mostram as desvantagens relacionadas à classe social, cor da pele e gênero (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Sexo e gênero são determinantes que influenciam em diversos desfechos relacionados à saúde, como, por exemplo, nos riscos ambientais e ocupacionais, na adoção de comportamentos, no acesso ao cuidado e tratamentos dos serviços de saúde (BARATA, 2015). Para relacionar esses determinantes com a desigualdade e inequidade, é necessário definir alguns conceitos. Sexo tem relação com características biológicas, como as anatômicas/fisiológicas do aparelho reprodutivo e as características genéticas relacionadas aos cromossomos. As categorias sexuais podem ser: masculino, feminino e intersexual (pessoas que não possuem características sexuais definidas com o masculino e nem com o feminino). Gênero se relaciona com normas, padrões, direitos e oportunidades construídos socialmente. Os comportamentos são ensinados e aprendidos de forma que diferenciem homens de mulheres, na forma como cada um deve se relacionar, se comportar e exercer determinadas funções sociais (BARATA, 2009).

Portanto, gênero é um fator que se relaciona com inequidades em saúde. Para Scott (1995), ao adotar esse conceito nas pesquisas, rejeita-se a concepção determinista baseada exclusivamente nas diferenças de sexo, passando a valorizar questões sobre as relações de poder construídas socialmente entre homens e mulheres, e como elas influenciam em suas condições de saúde. Porém, o conceito de gênero também possibilita analisar as relações de poderes entre os próprios homens e entre as próprias mulheres (GOMES; SCHRAIBER; COUTO, 2005; COUTO; GOMES, 2012).

Para a compreensão da relação entre sexo e gênero, alguns termos são importantes de serem destacados. Por exemplo, o sexismo pode ser considerado uma inequidade de gênero, já que é caracterizado por atitudes e comportamentos praticados pelos homens que discriminam e inferiorizam as mulheres. Já a sexualidade engloba o sexo, papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, que pode ser influenciada por diversos fatores, como os biológicos, culturais, econômicos, políticos, históricos, religiosos, entre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). É muito comum considerar gênero como um conceito categórico e dicotômico entre masculino e feminino, embora existam hoje muitas pessoas que não se identificam com esse padrão, como as travestis, transexuais, pessoas com identidade não binária ou *queer*. Destaca-se também a diversidade de categorias de orientação sexual, como os hetero, homo e bissexuais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; GOMES et al., 2018). Sendo assim, os sujeitos que não fazem parte desse padrão binário muitas vezes são vítimas de preconceitos e inviabilizados nas análises de gênero (CARVALHO; BARRETO, 2021).

Os desfechos relacionados à saúde entre homens e mulheres podem ser desiguais por

fatores como: 1. Diferenças biológicas; 2. Fatores vinculados ao sexo, como a hemofilia que é uma doença que atinge predominantemente os homens; 3. Diferenças anátomo-fisiológicas associadas à especificidade do local da doença como as taxas de mortalidade por câncer de próstata em pessoas que possuem esse órgão e de colo de útero em pessoas que possuem esse órgão; 4. Atividades laborais desenvolvidas especificamente por um dos sexos que resultam maiores riscos de acidentes de trabalho ou doenças profissionais, como no caso dos homens que trabalham com a construção civil ou em mineradoras; 5. Riscos específicos relacionados à função reprodutiva das mulheres; 6. Diferenças comportamentais onde, no geral, os homens assumem mais CR do que as mulheres (ROUQUAYROL, 2015).

Com relação aos comportamentos a mortalidade de homens e mulheres na região das Américas se diferenciam ao longo da vida. Nos primeiros anos de vida a mortalidade é semelhante entre os sexos. No entanto, no grupo etário de 15 a 29 anos de idade, a mortalidade nos homens passa a ser quase sete vezes maior, tendo como causas principais mortes consideradas violentas (homicídios, acidentes e suicídios). Já a partir dos 50 anos, as principais causas de mortalidade são as DCNT relacionadas com seus CR. Aproximadamente 20% dos homens morrem antes de completar 50 anos de idade. No caso das mulheres esse percentual só é observado a partir dos 60 anos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 2019). Portanto, fica evidente que os CR adotados pelos homens podem estar relacionados com a construção social de determinados papéis associados à masculinidade.

Para Oliveira (2004) a palavra “masculinidade” deriva do latim *masculus*, surgida no século XVIII para explicitar a diferenciação entre os sexos. Para o autor não há definição única de masculinidade. Diversas características históricas e sociais influenciaram na construção das masculinidades ao longo do tempo, como as mudanças observadas nas sociedades feudal, moderna burguesa e contemporânea. Gomes (2010) define masculinidade como um modelo que forma a identidade do homem de acordo com atitudes, comportamentos e emoções construídos socialmente, variando com tempo e cultura de cada sociedade.

Assim, masculinidades (no plural) pode ser definida como um conjunto de valores e comportamentos atribuídos aos homens que varia em diferentes sociedades. No geral, se associam a um modelo hegemônico e patriarcal baseado na ideia de que o homem é um sujeito dominante, discriminando e subordinando as mulheres e outros homens que não se adaptam a esse modelo. As principais características do modelo hegemônico de masculinidade são: 1. Ser autossuficiente e ter controle emocional; 2. Ser forte o tempo todo e não ter medo de assumir riscos; 3. Ter papéis rígidos relacionados à masculinidade; 4. Ser agressivo e manter o controle sobre decisões quando necessário para manutenção de poder (RAGONESE; SHAND; BARKER, 2018).

Essas características influenciam na adoção de comportamentos que podem impactar negativamente na saúde dos homens, como por exemplo, no maior consumo abusivo de álcool, tabagismo e hábitos alimentares considerados inadequados (*ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD*, 2015). Além disso, cometem atos violentos como homicídios e são as maiores vítimas também, principalmente homens mais jovens (BRASIL, 2023).

Considerando temas relacionados ao gênero, o interesse pela saúde do homem é mais recente, sobretudo no contexto brasileiro (HEIDARI *et al.*, 2017; HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020). De acordo com Hemmi, Baptista e Rezende (2020) a discussão desse tema passou a ter mais relevância no início desse século com a organização de campanhas e encontros científicos sobre a prevenção e controle do câncer de próstata realizados pela Sociedade Brasileira de Urologia.

Outro evento importante foi a publicação, em 2005, de uma edição especial intitulada “Saúde do homem: alerta e relevância”, da Revista “Ciência e Saúde Coletiva”. Nessa edição diversos estudos abordaram de forma interdisciplinar questões pertinentes a esse tema nas Ciências Sociais, na Epidemiologia e na Biomedicina. No editorial houve um destaque sobre a abordagem da saúde do homem com foco na perspectiva relacional de gênero. Os autores pontuam que focar especificamente o homem ou a mulher não compromete a abordagem de gênero. Tanto o masculino como o feminino são vistos como um em relação ao outro, não no sentido de ser complementar, mas sim de mostrar assimetrias de poder de homens e mulheres (GOMES; SCHRAIBER; COUTO, 2005; COUTO; GOMES, 2012). A abordagem de gênero não está restrita somente na análise das relações de poder entre homens e mulheres, mas também nas relações das mulheres entre si ou de homens entre si (VILLELA; MONTEIRO; BARBOSA, 2020).

Por fim, cabe destacar a publicação, em 2009, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Seu principal objetivo é promover melhores condições de saúde dos homens brasileiros, contribuindo com a redução da morbimortalidade mediante o enfrentamento dos fatores de riscos pela facilitação do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2009). Com essa política, o Brasil passou a ser um dos primeiros países a ter uma política voltada para a saúde dos homens, juntamente com a Irlanda e a Austrália (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020).

Na análise da desigualdade de gênero e sua relação com as inequidades em saúde, para este texto a saúde é um conceito multifatorial relacionada com trabalho, renda, moradia, escolaridade, lazer, relações interpessoais, raça/cor, idade, gênero, entre outros. Para Krieger (2003), gênero é um determinante estruturante que condiciona uma série de processos relacionados à saúde de homens e mulheres. Portanto, para analisar a inequidade em saúde é importante considerar que gênero, quando relacionado com determinantes como escolaridade, raça/cor, condição econômica

e localização geográfica podem aprofundar os riscos para a saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Sen e Östlin (2007) construíram um modelo conceitual onde determinantes estruturais de gênero em saúde são resultados da intersecção de gênero, definido como estratificador social com outros determinantes estruturantes como raça/cor, classe econômica e escolaridade que se relacionam com os processos estruturais (alfabetização, força de trabalho, sistemas de saúde, violência, espaço político, entre outros). Essa interação se relaciona com determinantes intermediários, como: valores, normas, práticas e comportamentos discriminatórios; diferentes vulnerabilidades e exposições a determinados CR; preconceito nos serviços e nas pesquisas em saúde. Esse processo resulta em consequências sociais, econômicas e na saúde dos sujeitos.

O conceito de interseccionalidade surgiu nos Estados Unidos a partir de questionamentos do movimento feminista negro sobre a necessidade de se diferenciar problemas vivenciados pelas mulheres negras (ASSIS, 2019; CRENSHAW, 2002). A interseccionalidade permite a análise de diversas características como gênero, orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor, classe econômica, escolaridade e faixa etária que se inter-relacionam e que podem gerar diversas inequidades, inclusive relacionadas à prática de atividade física (MIELKE *et al.*, 2022).

Estudos que realizaram a análise interseccional com a prática de atividade física mostram que grupos sociais considerados como os mais favorecidos - homens, brancos, ricos e com maior escolaridade - são mais ativos fisicamente, sobretudo no domínio do tempo livre (lazer) que está associado com oportunidades de escolha, gosto e preferência (WENDT *et al.*, 2023; MIELKE *et al.*, 2022, WENDT *et al.*, 2021). Wendt *et al.* (2023) realizaram um estudo de tendência para verificar a prática recomendada (≥ 150 por semana) de AFTL e monitorar as inequidades desse comportamento relacionadas a gênero, raça/cor e posição socioeconômica em uma cidade da Região Sul do Brasil e verificaram que homens, brancos e do grupo mais rico foram mais ativos neste domínio, ao contrário das mulheres, negras e do grupo mais pobre que foram mais inativas. Resultados semelhantes foram observados por Mielke *et al.* (2022), que investigaram a interseccionalidade na prática recomendada de AFTL, a partir dos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e observaram que homens, brancos, de maior escolaridade e renda foram mais ativos no tempo livre. Entre os homens, brancos, de maior escolaridade e renda a prevalência foi de 48,0%, já entre as mulheres não brancas, de menor escolaridade e renda a prevalência foi de 9,8%. Com objetivo de descrever as mudanças nas inequidades de gênero e econômica relacionadas à prática recomendada de AFTL, Wend *et al.* (2021) realizaram um estudo comparando os resultados de 2013 e 2019 da Pesquisa Nacional de Saúde e verificaram que embora a prevalência de AFTL tenha aumentado no período analisado, as inequidades aumentaram

também, sendo as mulheres consideradas do grupo de menor renda as mais inativas neste domínio.

Por meio da interseccionalidade é possível analisar como um comportamento complexo como a AFTL é estruturado por diversas características sociais construídas historicamente que influenciam na sua adesão, privilegiando determinados grupos, como homens brancos, de maior renda e escolaridade. Considerando que o Brasil é um país com diversas inequidades, entender como elas se relacionam com este comportamento pode ser importante para o planejamento de estratégias intersetoriais que estimulem um estilo de vida ativo, principalmente no domínio no tempo livre. Para que essas estratégias se transformem em ações efetivas, é importante um olhar sobre os grupos menos privilegiados, como as mulheres, negras, de menor escolaridade e renda. Para Mielke *et al.* (2022) a análise interseccional dos determinantes sociais da AFTL é importante porque trata-se de um comportamento com potencial para intervenções de saúde pública por ser capaz de proporcionar mais benefícios para a saúde do que outros domínios da atividade física, como a ocupacional, doméstica e de deslocamento.

Outro fator a ser considerado sobre inequidade de gênero é a divisão sexual do trabalho. Para Alves (2013), essa divisão foi vista durante muito tempo como papéis atribuídos aos sexos. Embora a divisão sexual do trabalho tenha sido objeto de estudo em diversos países, foi com o movimento feminista francês da década de 1970 que passou a ser amplamente debatido (HIRATA; KERGOAT, 2007). Esse movimento passou a questionar a invisibilidade e naturalização da sobrecarga de trabalho relacionado ao cuidado da família e da casa exercido pelas mulheres. A partir de então, o trabalho doméstico passou a ser analisado como uma atividade de trabalho assim como o trabalho profissional realizado fora de casa. Isso fez com que análises pudessem ser feitas em termos da divisão sexual do trabalho a partir de sua relação com a divisão social do trabalho (ALVES, 2013).

Para Hirata e Kergoat (2007), a divisão sexual e social do trabalho se relacionam em decorrência das relações sociais entre os sexos construídas historicamente. Conforme as autoras, a divisão social tem dois princípios organizativos: 1. Separação: onde são definidos o que é trabalho do homem e o que é da mulher; 2. Hierárquico: relacionado à valorização do trabalho dos homens e das mulheres, sendo o deles mais valorizado socialmente. Diante desse contexto, é importante destacar os conceitos de trabalho produtivo e reprodutivo. Para Alves (2013), embora os espaços produtivos e reprodutivos de trabalho de homens e mulheres tenham sido delimitados ao longo da história, variando conforme o contexto social de cada época, foi com o capitalismo que a separação dos sexos nos espaços e tempos de produção e reprodução se expandiu, sendo que para eles ficou o espaço do trabalho produtivo, caracterizado por atividades remuneradas realizadas fora do âmbito domiciliar e para elas ficou o espaço de trabalho reprodutivo, caracterizado por

atividades não remuneradas e relacionadas ao cuidado familiar e domiciliar (ALVES; 2013; BIROLI, 2016; SOUSA; GUEDES, 2016).

No contexto capitalista, essa divisão do trabalho valoriza o espaço produtivo composto em sua maior parte pelos homens e desvaloriza o reprodutivo composto em grande parte pelas mulheres (HIRATA; KERGOAT, 2007). Sobre essa distinção, Biroli (2016) afirma que o trabalho reprodutivo exercido pelas mulheres de forma gratuita, como, por exemplo, no cotidiano das atividades domésticas e do cuidado de familiares, permite que os homens exerçam o trabalho produtivo, remunerado. No Brasil, o tempo dedicado ao trabalho não remunerado foi maior nas mulheres (21,5 horas semanais na zona urbana e 25,3 horas semanais na zona rural) do que nos homens (11,7 horas semanais na zona urbana e 14,8 horas semanais na zona rural) (UNITED NATIONS, s/d). Outro fator a ser considerado também é a dupla jornada de trabalho que afeta a vida das mulheres. Se por um lado, o aumento da participação das mulheres no trabalho produtivo pode ser visto como um aspecto positivo, por outro lado, elas ainda são as maiores responsáveis pelo trabalho reprodutivo e gerenciamento do lar.

Portanto, esses fatores relacionados ao gênero podem gerar inequidades em saúde, como por exemplo, na adoção de comportamentos de saúde. Comportamentos de risco como inatividade física no tempo livre, consumo irregular de frutas, verduras e legumes, tabagismo e consumo abusivo de álcool são as principais causas das DCNT, como as cardiovasculares, cânceres, diabetes e as respiratórias que são responsáveis por mais de 70% da mortalidade no mundo todo, aproximadamente 80% na Região das Américas e 74% no Brasil (PAN AMERICAN HEALTH, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Diante da importância de analisar como as inequidades em saúde se relacionam com esses comportamentos adotados por homens e mulheres, a OPAS publicou, em 2019, um relatório sobre mortalidade e os fatores de risco relacionados às DCNT na Região das Américas. No geral, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares (28,1%), câncer (19,6%), doenças respiratórias (7,2%) e diabetes (5,0%) foi maior nos homens do que nas mulheres, assim como a probabilidade de mortes prematuras (entre 30 a 69 anos) relacionadas a essas quatro principais DCNT. Sobre os CR, os homens tiveram maiores prevalências de tabagismo (19,3% homens e 11,1% mulheres) e de consumo abusivo de álcool (12,2% homens e 3,6% mulheres), enquanto que as mulheres foram mais inativas fisicamente (33,1% homens e 45,2% mulheres) (PAN AMERICAN HEALTH, 2019). No caso da atividade física, em geral, os homens são mais ativos que as mulheres em praticamente todos os ciclos de vida, com exceção da velhice onde estudos mostram resultados divergentes (CRUZ; BERNAL; CLARO, 2018; SILVA *et al.*, 2018; COSTA; NERI, 2019; GUTHOLD *et al.*, 2020; IDE; MARTINS, SEGRI, 2020; BRASIL, 2021a; MIELKE *et al.*, 2021).

Guthold *et al.* (2020) conduziram estudo sobre a prática insuficiente de atividade física em adolescentes (11 a 17 anos) de 146 países com amostra aproximada de um milhão e seiscentos mil sujeitos. Foram analisadas prevalências referentes a 2001 e 2016. Embora se tenha observado diminuição das prevalências da prática insuficiente de atividade física nos adolescentes (85,1% em 2001 e 81,0% em 2016), quando estratificado por sexo, essa redução foi observada somente nos meninos. No Brasil, esse indicador foi de 84,6% em 2001 e 83,6% em 2016. Em ambos os anos a prevalência foi menor nos meninos (80,1% em 2001 e 78,0% em 2016) do que nas meninas (89,1% em 2001 e 89,4% em 2016). Não foi observada redução significativa para ambos os sexos.

Realizada nos anos de 2009, 2012, 2015 e 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) fornece informações sobre condições de vida dos adolescentes (13 a 17 anos) brasileiros, como os comportamentos de saúde (atividade física, hábitos alimentares, tabagismo e consumo de álcool). Na prática da atividade física acumulada nos últimos sete dias anteriores à pesquisa, resultados de 2019 mostram que apenas 28,1% dos adolescentes foram ativos fisicamente (≥ 300 minutos), sendo essa proporção maior nos meninos (38,5%) do que nas meninas (18,0%) (BRASIL, 2021a).

Nos adultos, essa desigualdade de gênero permanece. Com objetivo de analisar a prática de atividade física no lazer em adultos brasileiros, segundo características sociodemográficas, Mielke *et al.* (2021) conduziram um estudo com dados da PNS de 2013 e 2019. Tanto em 2013, como em 2019, a prevalência da prática de atividade física no lazer foi maior nos homens do que nas mulheres, embora essa diferença tenha se reduzido de um ano para o outro, passando de 34,0% em 2013 para 25,0% em 2019.

Cruz, Bernal e Claro (2018) realizaram um estudo de tendência temporal com objetivo de analisar a prática de atividade física no lazer em adultos brasileiros. Para isso, foram utilizados dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2006 a 2016. Foi observada maior tendência de aumento na prática de atividade física no lazer nas mulheres, entretanto, os homens foram mais ativos no lazer que elas em todos os anos analisados. Semelhante a esse estudo, mas analisando a tendência temporal dos quatro domínios da atividade física em adultos brasileiros de 2006 a 2016, Ide, Martins e Segri (2020) identificaram que somente no domínio do tempo livre houve aumento crescente da tendência, sendo esse aumento observado para ambos os sexos.

Silva *et al.* (2018) realizaram um estudo com objetivo de analisar a prática de atividade no geral e no tempo livre em uma amostra nacional representativa de adultos ($n=41.433$). Para isso, utilizaram dados da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). A prevalência da AFTL foi duas vezes maior nos homens na

comparação com as mulheres, embora essa diferença tenha diminuído conforme aumento da faixa etária até os sujeitos de 54 anos. A partir dos 55 anos, a diferença se inverteu, sendo as mulheres mais ativas nos grupos etários de 55 a 64 anos e acima dos 65 anos. Por outro lado, estudo conduzido por Costa e Neri (2019) investigou a prática de atividade física nos quatro domínios em 2.344 idosos e idosas (≥ 65 anos) participantes do estudo FIBRA. No domínio do lazer, os idosos foram mais ativos que as idosas.

Esses são alguns dos estudos encontrados na literatura que apontam para um padrão de inequidade de gênero na prática de atividade física entre homens e mulheres no Brasil. Um dos fatores que podem explicar essa inequidade é a construção social dos distintos papéis de gênero que começa na infância e tem influência nos tipos de brincadeiras ou brinquedos que são atribuídos a meninos e meninas. Enquanto que para eles há um incentivo para atividades físicas e esportivas, para as meninas as atividades ficam mais restritas àquelas relacionadas ao cuidado (MATOS; OLIVEIRA; VÁSQUEZ, 2021). Conforme estudo de Dias, Loch e Ronque (2015) que investigou a prevalência das barreiras percebidas em relação à prática de atividade física no lazer de adolescentes estudantes ($n=1.409$) do ensino médio de escolas públicas da cidade de Londrina, Paraná, as moças percebem ter mais barreiras que os rapazes, como por exemplo, a falta de companhia, preferência por outras atividades, muitas tarefas, preguiça e clima.

Outro fator a ser destacado é a divisão sexual do trabalho. Bonalume e Isayama (2018) realizaram um trabalho com objetivo de analisar como mulheres brasileiras definem o lazer, como utilizam seu tempo livre e quais os principais obstáculos desse uso. Os resultados mostraram um maior envolvimento das mulheres com o trabalho não remunerado, relacionado ao cuidado da casa e da família, caracterizando uma barreira importante no uso do tempo livre para a prática de atividade física. Mielke e Brown (2019) realizaram um estudo sobre a prática de atividade física no Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, os chamados BRICS (acrônimo dos nomes desses países em inglês). Considerando todos os domínios, apenas na Rússia as mulheres são mais ativas que os homens. Quando se considerou somente o domínio do tempo livre, as diferenças de gênero se acentuaram em todos os países, já que muitas mulheres não têm a mesma oportunidade que os homens para a prática de atividade física nesse domínio, justamente por conta do tempo dispendido com o trabalho não remunerado.

Além da desvantagem da dupla jornada de trabalho, existe a inequidade em relação à diferença salarial. Conforme relatório da Oxfam Brasil que analisou a desigualdade de gênero nos BRICS, a taxa da desigualdade salarial entre homens e mulheres desses países variou entre 60% a 70%, sendo essas diferenças maiores no Brasil e na Índia (OXFAM, 2017). Outro fator a ser considerado é a pobreza. Segundo o relatório “*La autonomia de las mujeres en escenarios*

econômicos cambiantes”, publicado pela CEPAL, em 2020, na Região da América Latina o índice de feminilidade da pobreza que compara a porcentagem de mulheres pobres com as de homens pobres de 20 a 59 anos foi de 112,7, ou seja, para cada 100 homens vivendo na pobreza, 112,7 mulheres viviam nessa mesma condição. No Brasil o valor desse índice nas mulheres foi de 112,6 (UNITED NATIONS, s/d). Essas inequidades também são importantes de serem consideradas, já que as condições socioeconômicas também se associam com a prática de AFTL (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Cabe destacar que a prática de atividade física é um comportamento que tem sido recomendado por causa de seus diversos benefícios, como controle do peso corporal, melhora do humor, da disposição, da qualidade de vida, da interação com o ambiente e com as pessoas, e auxilia na prevenção às DCNT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; BRASIL, 2021b). É definida como comportamento que estimula de forma voluntária movimentos do corpo, gerando gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN *et al.*, 1985). Pode ser caracterizada por quatro domínios: tempo livre (lazer), deslocamento, trabalho e tarefas domésticas (BRASIL, 2021b).

Neste contexto, a OMS publicou, em 2020, um documento com novas recomendações sobre a prática de atividade física com as seguintes mensagens: 1. Qualquer atividade física é melhor do que nenhuma; 2. Toda atividade física conta, podendo ser qualquer uma desses quatro domínios; 3. Muito comportamento sedentário é prejudicial para a saúde; 4. Todas as pessoas se beneficiam do aumento da prática de atividade física e redução do comportamento sedentário (OMS, 2020). Loch *et al.* (2024) investigaram a relação da prática de atividade física nos quatro domínios e a prevalência de sintomas depressivos em adultos brasileiros e observaram que a relação da atividade física com os sintomas depressivos variou conforme o domínio e a duração da atividade física, sendo que, em geral, os fisicamente ativos no tempo livre tiveram menor chance de apresentar sintomas depressivos, mas, por outro lado, os indivíduos ativos nos domínios de deslocamento, doméstico e trabalho tiveram maior chance de apresentar sintomas depressivos em alguns grupos, com resultados mais consistentes para a atividade física doméstica. Assim, os autores apontam que a ideia de que “todo movimento conta” parece adequada apenas para o domínio de tempo livre, reforçando que a atividade física não pode ser interpretada somente a partir da sua perspectiva biológica, e que elementos como o prazer, a satisfação, o significado cultural, entre outros, devem ser considerados. Para Knuth e Antunes (2021), abordagem como essa focalizada nos benefícios biológicos e no quantitativo de minutos gastos com a prática de atividade física, independentemente do domínio em que se é realizada, direciona o olhar para o indivíduo e na

mudança de seu comportamento, assumindo um caráter simplista, como se a adoção de um comportamento complexo como este dependesse somente de uma escolha individual. Silva *et al.* (2021) questionam a efetividade dessa abordagem na implementação e manutenção dessas atividades, sem considerar os contextos culturais e sociais dos indivíduos, onde consideram que as mulheres e grupos mais vulneráveis devem apresentar o mesmo nível de atividade física no tempo livre que aqueles grupos considerados mais privilegiados. Evidentemente, não se desconsidera a importância dos benefícios biológicos de um estilo de vida ativo menos sedentário, entretanto, assim como qualquer comportamento, sua abordagem é complexa e multideterminada.

Sendo assim, ao considerar a inequidade de gênero relacionada à prática de atividade física, é importante distinguir as diferentes características de cada domínio e destacar a importância de se promover o domínio do tempo livre, que de uma forma geral, também é denominada como atividade física no lazer. Este domínio se relaciona com escolha, gosto, preferência e prazer, ao contrário dos outros domínios onde a prática de atividade física não necessariamente está relacionada com oportunidades de escolha, gosto e preferência. Além disso, pode contribuir com um estilo de vida saudável e uma vida mais plena para além do mundo do trabalho (SILVA *et al.*, 2021). De uma forma geral, se associa com efeitos considerados positivos para a saúde, diferenciando-se dos outros domínios, onde os efeitos podem ser negativos caracterizando o paradoxo da atividade física (LUO *et al.*, 2022; JANSSEN; VOELCKER-REHAGE, 2023).

Apesar disso, a inequidade de gênero relacionada à prática de AFTL continua sendo um desafio para a saúde pública brasileira. De acordo com estudo conduzido por Evedove *et al.* (2024) com dados de 2010 a 2019 do VIGITEL, houve redução dessa inequidade nos primeiros anos da década de 2010, seguida de estabilidade nos anos posteriores. Além disso, os homens foram mais ativos no tempo livre que as mulheres em todo o período analisado, sendo essa inequidade maior entre os mais jovens (18 a 24 anos). A questão da inequidade de gênero na prática de AFTL permite a construção de um olhar ampliado, ético, ideológico e social, destaca a necessidade da construção e implementação de políticas públicas que tenha como objetivo a equidade, proporcionando as mesmas condições para todas as pessoas. Para Knuth e Antunes (2021), considerando o contexto brasileiro, criar essas condições é um desafio social em um dos países mais desiguais do mundo. Assim, é importante assegurar a prática de AFTL como um direito e não como um privilégio para uma pequena parcela da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apontado, a inequidade de gênero é um fator a ser considerado na adoção dos comportamentos de saúde, como a prática de atividade física. A saúde coletiva pode articular reflexões sobre as desigualdades e inequidades entre homens e mulheres, problematizando como o gênero pode determinar a produção social de saúde. A adoção de comportamentos considerados positivos de saúde, como a prática regular de atividade física, é complexa e pode ser influenciada por diversos fatores, como as inequidades de gênero relacionadas à idade, faixa etária, escolaridade e raça/cor. Portanto, trata-se de um tema complexo e desafiador para o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e para saúde pública de um modo geral, implicando um grande desafio na construção de ações efetivas para o enfrentamento da inatividade física no país, ainda mais considerando que é um dos principais CR relacionados às DCNT.

Caracterizado por ser um dos contextos mais desiguais do mundo, analisar as inequidades no Brasil é uma tarefa muito complexa. Consideradas desigualdades injustas ou provenientes de alguma forma de injustiça, como a concentração de renda, falta de moradia digna, dificuldade no acesso aos serviços de saúde de qualidade, acesso aos alimentos e equipamentos públicos de lazer, historicamente no Brasil, esses problemas acabam afetando mais determinados grupos, como as mulheres, a população negra, a população indígena e a população LGBTQIA+, implicando em diversas desvantagens, inclusive com relação à adoção de comportamentos saudáveis. Portanto, esses fatores devem ser levados em consideração na formulação de ações e de políticas públicas com objetivo de promover estilos de vida saudáveis.

O próprio SUS é um exemplo de política pública criada com objetivo de garantir o acesso à saúde para todas as pessoas, tendo a universalidade, integralidade e a equidade como seus principais princípios. Embora se reconheça a importância do SUS na redução das inequidades em saúde, nos últimos anos diversas foram as modificações que tiveram como consequência o enfraquecimento dessa política, como a criação, em 2016, da Emenda Constitucional de número 95, que restringiu o orçamento de investimentos públicos durante 20 anos. Essa emenda não considera a possibilidade de aumento dos investimentos públicos em decorrência do envelhecimento e crescimento populacional, e desconsidera o aumento da demanda dos serviços públicos de saúde em decorrência do crescimento da desigualdade observado nos últimos anos, onde muitas pessoas acabam recorrendo a esses serviços públicos, principalmente com a crise agravada pela pandemia do coronavírus.

Além disso, uma série de outras mudanças como a publicação, em 2017, da Política Nacional de Atenção Básica e o lançamento, em 2019, de um novo programa de financiamento da Atenção Básica, chamado de Previne Brasil, impossibilitaram a continuidade da atuação de equipes

multiprofissionais, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, a partir de 2017), que foram importantes na orientação da população em relação à prática de atividade física, diminuindo assim, inequidades no acesso aos serviços de saúde.

Por fim, estudos futuros sobre a desigualdade e inequidade poderiam analisar como o gênero se relaciona com diversos indicadores sociais e como produz hierarquia de inequidade entre homens e mulheres, entre grupos de homens ou grupos de mulheres relacionados à situação conjugal, raça/cor, classe social, orientação sexual, idade, religiosidade, entre outros. Também seriam importantes estudos que fizessem uma análise interseccional desses fatores associados não só aos comportamentos, mas também a outros desfechos relacionados à saúde como a mortalidade, morbidade, percepção de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde, entre outros.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, Naomar de. *Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas*. **Salud Colectiva**, v.16, e2751, 2020. Doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2751>.
- ALVES, Ana Elizabeth Santos. Divisão sexual do trabalho: a separação da produção do espaço reprodutivo da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.11, n.2, p.271-89, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000200002>.
- AQUINO, Estela Maria. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.40, p.121-132, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400017>.
- ASSIS, Dayane Nayara Conceição de. **Interseccionalidade**. Salvador: UFBA: Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2019.
- BARRETO, Maurício Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n.7, p.2097-2108, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>.
- BARATA, Rita Barradas. **Desigualdades sociais em saúde**. In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2ªEd. São Paulo: Editora Hucitec, 2015. p.483-512.
- BARATA, Rita Barradas. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BIROLI, Flávia. Divisão sexual do trabalho e democracia. **DADOS-Revista de Ciências Sociais**, v.59, n.3, 719-54, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/00115258201690>.
- BONALUME, Cláudia Regina; ISAYAMA, Hélder Ferreira. As mulheres na pesquisa o lazer do brasileiro. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**, v.5, n.1, p.3-24, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Economia. **Atlas da Violência 2023**. Brasília: Ministério da Economia, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional**

de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

CARVALHO, Angelita Alves; BARRETO, Rafael Chaves Vasconcelos. A invisibilidade LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.26, n.9, p.4059-64, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.12002021>.

CASPERSEN, Carl. *et al. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research.* **Public Health Reports**, v.100, n.2, p.126-131, 1985.

COSTA, Janaina Calu; CANELLA, Daniela Silva; MARTINS, Ana Paula Bortoletto; LEVY, Renata Bertazzi; ANDRADE, Giovana Calixto; LOUZADA, Maria Laura da Costa. Consumo de frutas e associação com a ingestão de alimentos ultraprocessados no Brasil em 2008-2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.26, n.4, p.1233-44, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.07712019>.

COSTA, Taiguara Bertelli; NERI, Anita Liberalesso. Fatores associados às atividades física e social em amostra de idosos brasileiros: dados do Estudo FIBRA. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.22, e190022, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190022>.

COUTO, Marcia Thereza.; GOMES, Romeu. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, 17, n.10, p.2569-78, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000002>.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>.

CRUZ, Michele Santos da; BERNAL, Regina Tomie Ivata; CLARO, Rafael Moreira. Tendência da prática de atividade física no lazer entre adultos no Brasil (2006-2016). **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.10, e00114817, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114817>.

DIAS, Douglas Fernando; LOCH, Mathias Roberto; RONQUE, Enio Ricardo Vaz. Barreiras percebidas à prática de atividades físicas no lazer e fatores associados em adolescentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.11,3339-50, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.00592014>.

EVEDOVE, André Ulian Dall; MELANDA, Francine Nesello; MIELKE, Gregore Iven; SILVA, Ana Maria Rigo; AUGUSTO, Nathalia Assis; LOCH, Mathias Roberto. *10-years of gender inequalities in leisure-time physical activity among Brazilian adults (2010-2019).* **Ciência e Saúde Coletiva**. No prelo 2024.

GOMES, Romeu; MURTA, Daniela; FACCHINI, Regina; MENEGHEL, Stela Nazareth. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1997-2005, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04872018>.

GOMES, Romeu. **Saúde do Homem em Foco.** São Paulo: Unesp, 2010.

GOMES, R.; SCHRAIBER, Lília Blima; COUTO, Márcia Thereza. O homem como foco da Saúde Pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 4, 2005. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100001>.

GUTHOLD, Regina. *et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants.* **Lancet**, v.4, n.1, p.25-25, 2020. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2).

HEMMI, Ana Paula Azevedo; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; REZENDE, Mônica de. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.30, n.3, e30032, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>.

HEIDARI, Shirin; BABOR, Thomas; CASTRO, Paola de; TORT, Sera; CURNO, Mirjam. Equidade de sexo e gênero na pesquisa: fundamentação das diretrizes SAGER e uso recomendado. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26, n.3, p.665-76, 2017. Doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300025>.

- HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v.37, n.132, p.595-609, 2007. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005>.
- IDE, Patrícia Haranaka; MARTINS, Maria Silvia Amicucci Soares; SEGRI, Neuber José. Tendência dos diferentes domínios da atividade física em adultos brasileiros: dados do Vigitel de 2006-2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.8, e00142919, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00142919>.
- JANSSEN, Tanja; VOELCKER-REHAGE, Claudia. *Leisure-time physical activity, occupational physical activity and the physical activity paradox in healthcare workers: A systematic overview of the literature*. *International Journal of Nursing Studies*, v. 141, n. 104470, p.1-15, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104470>.
- KAWACHI, Ichiro; SUBRAMANIAN, S.V.; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. *A glossary for health inequalities*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v.56, n.9, p.647-52, 2002. Doi: <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>.
- KRIEGER, Nancy. *Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter?* *International Journal of Epidemiology*, v.32, p.652-57, 2003. Doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>.
- KNUTH, Alan Goularte.; ANTUNES, Priscilla de Cesaro. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. **Saúde e Sociedade**, v.30, n.2, e200363, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200363>.
- LOCH, Mathias Roberto; AUGUSTO, Nathalia Assis; SOUZA, Bruna Letícia Sremin; RUFINO, Jessica Vertuan; CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil. Associação entre domínios da atividade física e sintomas depressivos em adultos brasileiros: todo movimento conta? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n.3, e00095723, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT095723>.
- LUO, Mengyun; GUPTA, Nidhi; HOLTERMANN, Andreas; STAMATAKIS, Emmanuel; DING, Ding. *Revisiting the 'physical activity paradox' in a Chinese context: Occupational physical activity and mortality in 142,302 urban working adults from the China Kadoorie Biobank study*. *Lancet*, v.23, n. 100457, p.1-10, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100457>.
- MATOS, Rosana Trindade de; OLIVEIRA, Márcio de; VÁSQUEZ, Alícia Gonçalves. Jogos, Brincadeiras e Educação Infantil: notas acerca da construção de gênero. **Research, Society and Development**, v.10, n.2, e13610212489, 2021. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12489>.
- MIELKE, Grégoire Iven; STOPA, Sheila Rizzato; GOMES, Crizian Saar; SILVA, Allana Gomes da; ALVES, Francielle Thalita Almeida; VIEIRA, Marila Lúcia França Pontes; MALTA, Deborah Carvalho. Atividade física de lazer na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.24, e210008 (Supl2), 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210008.supl.2>.
- MIELKE, Gregore Iven. *et al.* All are equal, but some are more equal than others: social determinants of leisure time physical activity through the lens of intersectionality. **BMC Public Health**, v.22, n.36, p.1-11, 2022.
- OLIVEIRA, Pedro Paulo de. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos**. Genebra: OMS; 2020.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPAS). **Masculinidades y salud en la Región de las Américas**. Washington: OPAS; 2019.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Guia para Implementação das Prioridades Transversais na OPAS/OMS do Brasil: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça**. Brasília: OPAS; 2018.
- OXFAM BRASIL. **BRICS e o desenvolvimento com equidade de gênero**. São Paulo: OXFAM BRASIL, 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Noncommunicable disease mortality and risk factor prevalence in the Americas**. Washington: PAHO, 2019.

RAGONESE, Cody; SHAND, Tim; BARKER, Gary. **Masculine Norms and men's health: making the connections: executive summary**. Washington: Promundo, 2018.

RODRIGUES, Phillipe Ferreira; MELO, Marcelo; ASSIS, Monique; OLIVEIRA, Alexandre. Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.22, n.3, p.217-32, 2017. Doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.22n3p217-232>.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Contribuição da epidemiologia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ªEd. São Paulo: Editora Hucitec, 2015. p.343-97.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v.20, n.2, p.71-99, 1995.

SEN, Gita; GEORGE, Asha; ÖSTLIN, Pirooska. **Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas**. Organización Panamericana de la Salud, n.14, p.45, 2005.

SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam. et al. Overall and leisure-time physical activity among Brazilian adults: National Survey Based on the Global Physical Activity Questionnaire. **Journal of Physical Activity & Health**, v.15, p.212-8, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0262>.

SILVA, Inácio Crochemore; KNUTH, Alan Goularte; MIELKE, Gregore Iven; LOCH, Mathias Roberto. Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.6, e00155119, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155119>.

SOUSA, Jailson Lopes de; ALENCAR, Gizelton Pereira; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; SILVA, Zilda Pereira da. Marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.5, e00230318, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00230318>.

SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyego Rocha. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados**, v.30, n.87, p.123-39, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30870008>.

UNITED NATIONS (UN). **Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe**. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br>. Acesso em: 14 jun. de 2023.

VILLELA, Wilza Vieira; MONTEIRO, Simone Souza; BARBOSA, Regina Maria. A contribuição da Revista Ciência & Saúde Coletiva para os estudos sobre e gênero e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, n.12, p.4803-12, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15582020>.

WENDT, Andrea. et al. Socioeconomic and gender inequalities in leisure-time physical activity and access to public policies in Brazil from 2013 to 2019. **Journal of Physical Activity and Health**, v.18, n.12, p.1503-10, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0291>

WENDT, Andrea. et al. Leisure-time physical activity in a Southern Brazilian City (2004–2021): applying an equity lens to time-trend analyses. **Journal of Physical Activity and Health**, v.21, n.1, 94-102, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1123/jpah.2023-0259>.

WENDT, Andrea; COSTA, Caroline; COSTA, Francine; MALTA, Deborah Carvalho; CROCHEMORE-SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam. Análise temporal da desigualdade em escolaridade no tabagismo e consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, n.4, e00050120, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050120>.

WHITEHEAD, Margaret. *The concepts and principles of equity and health*. **International Journal of Health Services**, v.22, n.3, p.429-445, 1992. Doi: <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexual health, human rights and the law**. Geneva: WHO, 2015.

NOTAS DE AUTOR

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos de doutorado de um dos autores deste manuscrito (Número do processo: 88882.448483/2019-01).

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA Não se aplica

FINANCIAMENTO - Não se aplica.

CONSENTIMENTO DE USO DE IMAGEM - Não se aplica.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - Não se aplica.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores informam que não houve conflito de interesses.

LICENÇA DE USO

Os autores cedem à **Motrivivência** - ISSN 2175-8042 os direitos exclusivos de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Licença Creative Commons Attribution Non-Comercial ShareAlike](#) (CC BY-NC SA) 4.0 International. Esta licença permite que **terceiros** remixem, adaptem e criem a partir do trabalho publicado, desde que para fins **não comerciais**, atribuindo o devido crédito de autoria e publicação inicial neste periódico desde que adotem a mesma licença, **compartilhar igual**. Os **autores** têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (ex.: publicar em repositório institucional, em site pessoal, publicar uma tradução, ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico, desde que para fins **não comerciais e compartilhar com a mesma licença**.

PUBLISHER

Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. LaboMídia - Laboratório e Observatório da Mídia Esportiva. Publicado no [Portal de Periódicos UFSC](#). As ideias expressadas neste artigo são de responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores ou da universidade.

EDITORES

Mauricio Roberto da Silva, Giovani De Lorenzi Pires, Rogério Santos Pereira.

EDITOR DE SEÇÃO

Letícia de Assis

REVISÃO DO MANUSCRITO E METADADOS

Maria Vitória Duarte

HISTÓRICO

Recebido em: 19.03.2024

Aprovado em: 08.08.2024