

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

BRUNO GIGLIO DE OLIVEIRA

FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO PARA A
ATIVIDADE FÍSICA REALIZADO POR PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DISSERTAÇÃO

CURITIBA
2020

BRUNO GIGLIO DE OLIVEIRA

FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO PARA A
ATIVIDADE FÍSICA REALIZADO POR PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Factors associated with physical activity counseling performed by
Primary Health Care professionals*

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Área: Ciências do Movimento Humano
Linha de pesquisa: Atividade Física e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Rogério César Fermino

CURITIBA
2020



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do trabalho para fins não comerciais, desde que atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.

Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.

TERMO DE APROVAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

A Dissertação de Mestrado intitulada **“FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO PARA A ATIVIDADE FÍSICA REALIZADO POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÀRIA À SAÚDE”**, defendida em sessão pública pelo candidato **Bruno Giglio de Oliveira**, no dia **25 de agosto de 2020**, foi julgado para a obtenção do título de Mestre em Educação Física, área de concentração **Educação Física**, Linha de pesquisa **Atividade Física e Saúde**, e aprovada em sua forma final, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Rogério César Fermino – Orientador – UTFPR

Prof. Dr. Ciro Romelio Rodriguez-Añez – UTFPR

Prof. Dr. Elto Legnani – UTFPR

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech – UFSC

Prof. Dr. Paulo Henrique de Araújo Guerra – UFF

A via original deste documento encontra-se arquivada na Secretaria do Programa, contendo a assinatura da Coordenação após a entrega de versão corrigida do trabalho.

Curitiba, 25 de agosto de 2020.

Prof. Dr. Adriano Eduardo Lima da Silva
Coordenador do PPGEF/UTFPR

Aos meus pais, Rubens e Livia, que sempre me apoiaram e me deram suporte em todos os aspectos para que eu pudesse conquistar mais essa etapa.

A minha avó, Dona Diva, que, nos momentos mais difíceis, foi meu porto seguro.

A minha família e amigos, que estiveram comigo durante essa trajetória e me deram forças para continuar apesar de todas as dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a DEUS por iluminar meu caminho e me abençoar durante todo esse ciclo.

Agradeço a minha família, em especial, a meus pais, Rubens e Livia, que nunca mediram esforços para que eu seguisse firme no caminho da educação e que me proporcionaram estar aqui hoje. A minha avó, Dona Diva, que nos momentos mais difíceis sempre soube o que dizer para me acalmar e me dar forças para continuar. Ao meu irmão, Matheus, que mesmo de longe acompanhou todo esse processo. Ao meu padastro, Everaldo, e minha madastra, Viviane, que sem dúvida alguma foram cruciais para que eu estivesse aqui hoje, por todo o apoio que me deram. A vocês, todo meu amor!

Aos meus amigos, que foram parte fundamental durante esse período, que compreenderam meus momentos de ausência e nunca cobraram por isso. Ao contrário, sempre se mostraram presentes para me ouvir e me dar forças diante das dificuldades. Muito obrigado!

Aos amigos de mestrado e de projeto: Eduardo Funez, André Snege, Rafael Mello e Letícia Pechnicki. Não tenho palavras para agradecer todo o apoio e parceria, do início até aqui! Vocês foram muito importantes!

Aos meus colegas e amigos do Hospital Cardiológico Costantini, especialmente, ao Dr. Rafael e minha amiga Audrin, que sempre me deram suporte, apoio e muitas vezes foram meus ombros amigos em momentos difíceis durante o trabalho.

Aos professores líderes e aos amigos membros do grupo de Pesquisa em Ambiente Atividade Física e Saúde – GPAAFS da UTFPR, obrigado por todo o apoio e conhecimento compartilhado durante esse período. Também de maneira especial, gostaria de agradecer à Alessandra e ao Alexandre, que sempre me ajudaram da melhor maneira possível em coisas que eu mesmo acreditava que não era possível fazer.

Aos membros da banca, titulares e suplentes, por toda colaboração e disponibilidade para melhora deste estudo.

À Prefeitura de São José dos Pinhais-PR, à Secretaria Municipal de Saúde e à Secretaria Municipal de Esporte e Lazer e à Alice, que trabalha na secretaria, meus agradecimentos por permitirem a realização deste estudo.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito”.

Chico Xavier

RESUMO

OLIVEIRA, Bruno Giglio. **Fatores associados ao aconselhamento para a atividade física realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde.** 2020. 99 f. Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2020.

O objetivo deste estudo foi analisar de que maneira as características sociodemográficas, as condições de saúde, o conhecimento sobre atividade física e as características laborais associam-se com o aconselhamento para a atividade física realizado por profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde de São José dos Pinhais, Paraná. Estudo quantitativo, observacional, transversal, realizado em 2019-2020, em que participaram 148 profissionais (30% médicos, 30% enfermeiros, 40% agentes comunitários em saúde) que atuam nas 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da área urbana da cidade. O aconselhamento para a atividade física foi operacionalizado com a resposta dicotômica para a questão: *“Durante as suas consultas e/ou visitas domiciliares, você realiza regularmente aconselhamento para a prática de atividades físicas para os seus pacientes e ou para os usuários da UBS?”* (“não”, “sim”). Foram analisadas variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico), condições de saúde (índice de massa corporal e atividade física no lazer), de conhecimento sobre as recomendações de atividade física e laborais (possuir especialização em saúde pública ou da família, tempo de atuação na UBS, número de pacientes atendidos, duração das consultas). Os dados foram analisados com a regressão de *Poisson* multivariável no SPSS 26.0 e o nível de significância foi mantido em 5%. A prevalência de aconselhamento foi de 60,8%, sem diferença significativa entre as categorias profissionais (72,7% médicos, 48,9% enfermeiros, 61,0% agente comunitários em saúde, $p=0,299$). As variáveis sociodemográficas estado civil “divorciado/viúvo” (RP: 1,63; IC95%: 1,00-2,66) e nível socioeconômico (RP: 0,64; IC95%: 0,45-0,92) apresentaram associação com o aconselhamento. Em relação as condições de saúde, atividade física no lazer (“ ≥ 10 min/sem” RP: 1,61; IC95%: 1,27-2,02) apresentou associação positiva com o aconselhamento. E, entre as variáveis de conhecimento sobre atividade física, o relato de conhecer as recomendações de atividade física moderada ou vigorosa apresentou associação positiva com o aconselhamento (RP: 1,78; IC95%: 1,06-3,00). Conclui-se que o aconselhamento para a atividade física é elevado e está associado com variáveis sociodemográficas, condições de saúde e de conhecimento sobre atividade física. Estes resultados podem contribuir para o direcionamento de ações para o empoderamento de profissionais da saúde para realizarem um aconselhamento de boa qualidade para a população.

Palavras-chave: Exercício; Atividade Motora; Conselho; Atenção Básica à Saúde; Atendimento Primário de Saúde.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Bruno Giglio. **Factors associated with physical activity counseling performed by Primary Health Care professionals.** 2020. 99 f. Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2020.

The aim of this study was to analyze how sociodemographic characteristics, health conditions, knowledge about physical activity and work characteristics are associated with physical activity counseling carried out by health professionals working in Primary Health Care in São José dos Pinhais, Parana. Quantitative, observational, cross-sectional study, carried out in 2019-2020, in which 148 professionals (29.7% doctors, 30.4% nurses, 39.9% health community workers) who work in the 15 Basic Health Units (UBS) participated) of the urban area of the city. Counseling for physical activity was evaluated with the dichotomous answer to the question: " During your consultations and / or home visits, do you regularly provide counseling for the practice of physical activities for patients and or for UBS users? " ("No", "yes"). Sociodemographic variables (gender, age, marital status, education, socioeconomic level), health (body mass index and physical activity during leisure), physical activity (recommendation) and work (having specialization in public health) variables were analyzed or public family, length of service at UBS, number of patients seen, duration of consultations). The data were analyzed using the multivariable Poisson regression in the SPSS and the significance level was maintained at 5%. The prevalence of counseling was 60.8%, with no significant difference between the professional categories (72.7% doctors, 48.9% nurses and 61.0% community health workers, $p = 0.299$). The socio-demographic variable marital status (" divorced / widowed " PR: 1.63; 95% CI: 1.00-2.66) was positively associated with counseling, and the socioeconomic level variable (" B " PR: 0.59; 95% CI: 0.49-0.69) and (" C " PR: 0.64; 95% CI: 0.45-0.92) showed an inverse association with counseling. Regarding health variables, moderate physical activity during leisure time (" $\geq 10\text{min}$ " PR: 1.61; 95% CI: 1.27-2.02) and (" $\geq 150\text{min}$ " PR: 1.64; 95% CI: 1.32-2.03) and total physical activity at leisure (" $\geq 10\text{min}$ " PR: 1.62; 95% CI: 1.26-2.09) and (" $\geq 150\text{min}$ " PR : 1.70; 95% CI: 1.32-2.18) showed a positive association with counseling. And, among the variables of knowledge about the recommendations of physical activity, reporting knowing the recommendations of moderate or vigorous physical activity (" yes " PR: 1.78; 95% CI: 1.06-3.00) showed a positive association with counseling. It is concluded that counseling for physical activity is associated with health and knowledge variables about physical activity recommendations. This result can contribute to targeted actions being taken in order to empower health professionals to provide good quality advice to the population.

Keywords: Exercise; Motor Activity; Counseling; Primary Health Care; Primary Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo conceitual analítico da dissertação.....	19
Figura 2. Modelo ecológico multidimensional dos determinantes e fatores associados a prática de atividade física.....	30
Figura 3. Mapa de São José dos Pinhais em relação ao mapa do Paraná e ao mapa do Brasil	45
Figura 4. Mapa de São José dos Pinhais - PR.....	45
Figura 5. Distribuição das 26 Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais-PR	48
Figura 6. Unidades Básicas de Saúde da área urbana de São José dos Pinhais-PR	46
Figura 7. Unidades Básicas de Saúde da área urbana de São José dos Pinhais-PR.	51
Figura 8. Prevalência de aconselhamento para a atividade física entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=148).....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Benefícios para a saúde associados à prática regular de atividade física em adultos e idosos, 2020.	26
Tabela 2. Sintaxes inseridas nas bases de dados e resultados da busca de estudos, 2020	34
Tabela 3. Métodos dos estudos que analisaram os fatores associados à realização de aconselhamento para atividade física por profissionais de saúde, por ano de publicação, 2020	35
Tabela 4. Variáveis exploradas nos estudos que analisaram os fatores associados a realização de aconselhamento para atividade física por profissionais de saúde, por ano de publicação, 2020	37
Tabela 5. Resultados dos estudos que analisaram os fatores associados à realização de aconselhamento para atividade física por profissionais de saúde, por ano de publicação, 2020	40
Tabela 6. Classificação utilizada para a síntese das evidências	42
Tabela 7. Síntese das evidências sobre os fatores associados com o aconselhamento para a atividade física realizado por profissionais da saúde	43
Tabela 8. Tipo e número de estabelecimentos de saúde em São José dos Pinhais-PR, 2017	46
Tabela 9. Características das Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais-PR	34
Tabela 10. Número de profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da área urbana. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=419)	47
Tabela 11. Número de profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da área urbana. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=265)	48
Tabela 12. Número de profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da área urbana. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=148)	49
Tabela 13. Características sociodemográficas, de saúde, de conhecimento sobre atividade física e características laborais dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=148).....	60

Tabela 14. Associação entre características sociodemográficas, condições de saúde, conhecimento sobre atividade física e características laborais com o aconselhamento para a atividade física realizada por profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=148).....66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Academia da Saúde
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
CF- 88	Constituição Federal de 1988
Decs	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
Mesh	<i>Medical Subjects Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	15
1.2	PROBLEMA DE PESQUISA	18
1.3	OBJETIVOS	18
1.3.1	Objetivo geral	18
1.3.2	Objetivos específicos	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	20
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	22
2.3	ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE	24
2.4	INSERÇÃO E PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS	27
2.5	DETERMINANTES E FATORES ASSOCIADOS À ATIVIDADE FÍSICA	29
2.6	ACONSELHAMENTO PARA À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	31
2.7	EFETIVIDADE DO ACONSELHAMENTO NO AUMENTO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA	32
2.8	FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA REALIZADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE	33
2.9	SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA REALIZADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE	41
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	44
3.1	TIPO E DELINEAMENTO DE PESQUISA	44
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	44
3.3	PROGRAMA CIDADE ATIVA-CIDADE SAUDÁVEL	46
3.4	SELEÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	47
3.5	POPULAÇÃO ALVO	47
3.6	SELEÇÃO DA AMOSTRA	48
3.7	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	49
3.8	PODER DA AMOSTRA	49
3.9	ASPECTOS ÉTICOS	50

4	COLETA DE DADOS	51
4.1	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	51
4.2.1	Aconselhamento para a prática de atividade física	52
4.2.2.	Características sociodemográficas	52
4.2.3	Condições de saúde	53
4.2.4	Conhecimento sobre atividade física	53
4.2.5.	Características laborais	55
5	ANÁLISE DE DADOS.....	56
6	RESULTADOS.....	58
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE, CONHECIMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E CARACTERÍSTICAS LABORAIS	58
6.2	PREVALÊNCIA DE ACONSELHAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	63
6.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE, CONHECIMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E CARACTERÍSTICAS LABORAIS E O ACONSELHAMENTO PARA A ATIVIDADE FÍSICA	64
7	DISCUSSÃO.....	68
8	CONCLUSÃO	72
	REFERÊNCIAS.....	73
	ANEXOS.....	85
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	85
	APÊNDICES	89
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
	APÊNDICE B – Formulário de abordagem.....	91
	APÊNDICE C – Questionário	92

1 INTRODUÇÃO

A Introdução desta dissertação foi elaborada em sete parágrafos. Os três primeiros apresentam uma contextualização geral sobre os benefícios da atividade física e dados epidemiológicos mundiais e nacionais sobre a prevalência e custos da inatividade física. O quarto e o quinto parágrafos apresentam uma contextualização específica sobre a promoção da atividade física no Brasil, principalmente na Atenção Primária à Saúde; programas para a promoção de atividades físicas realizadas na Atenção Primária à Saúde; importância do aconselhamento para a prática de atividade física. O sexto parágrafo apresenta o estado da arte sobre a prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física realizado por profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde. Por fim, o sétimo parágrafo apresenta as lacunas de conhecimento, a justificativa e as possíveis implicações práticas dos resultados. Esses conteúdos estão descritos logo abaixo.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A prática regular de atividades físicas é importante para a promoção da saúde, bem como para ajudar a prevenir e tratar doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes, câncer de mama e de cólon. Também auxilia na prevenção da hipertensão arterial, sobrepeso e obesidade, além de melhorar a saúde mental, qualidade de vida e o bem-estar (LEE *et al.*, 2012; WHO, 2018). Ainda, estimativas apontam que a atual prevalência de prática de atividade física no mundo evita 3,9 milhões de mortes por ano (STRAIN *et al.*, 2020).

Diante disto, os estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) concordaram com uma redução relativa de 10% na prevalência de inatividade física até 2025, como uma das nove metas globais para melhorar a prevenção e o tratamento das DCNT (WHO, 2013). Contudo, os dados mais recentes apontam que a prevalência de inatividade física no mundo é de 27,5%, e esta prevalência tem sido mantida estável desde 2001, indicando que o progresso para alcançar a meta global estipulada tem sido muito lento (GUTHOLD *et al.*, 2018). Além disso, estima-se que, em 2013, a inatividade física custou US\$ 53,8 bilhões aos sistemas de saúde em todo

o mundo, e, destes, US\$ 31,2 bilhões foram pagos pelo setor público (DING *et al.*, 2016).

No Brasil, a prevalência de atividade física insuficiente e de inatividade física é de 44,1 e 13,7%, respectivamente (VIGITEL, 2019). Além disso, do total de internações por DCNT realizadas no Brasil em 2013, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 15,0% foram atribuídas à inatividade física, resultando em um custo estimado de R\$ 275.646.877,64, o que indica uma necessidade de estratégias de intervenção que tenham como objetivo a redução dos níveis de inatividade física no país (BIELEMANN *et al.*, 2015).

Por conta disto, a promoção da atividade física no Brasil é prioridade da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) (BRASIL, 2010) e faz parte do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (MALTA *et al.*, 2013). Deste modo, diversas ações para a promoção da atividade física têm sido implementadas, especialmente, na Atenção Primária à Saúde (APS) (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016), visto que 70 a 75% da população utiliza o SUS (PAIM *et al.*, 2011).

Alguns dos locais de promoção dessas atividades são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais têm como objetivo facilitar o acesso da população de maior vulnerabilidade social e são a porta de entrada dos usuários para o SUS (BRASIL, 2012; MALTA *et al.*, 2008; SIQUEIRA *et al.*, 2008). Em 2010, a PNPS divulgou ações de práticas corporais e atividade física que deveriam ser realizadas na Atenção Primária à Saúde e na comunidade, a saber: mapeamento e apoio das ações já existentes; capacitação dos trabalhadores em saúde na lógica de educação permanente; intervenções utilizando o conhecimento do território; palestras e aconselhamento (BRASIL, 2010).

Entre essas ações, o aconselhamento é uma ferramenta importante, pois é considerado de baixo custo, fácil aplicabilidade e pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde (FLORINDO *et al.*, 2013). Além do mais, o aconselhamento para a atividade física é considerado ideal na Atenção Primária à Saúde, devido ao fato de os profissionais poderem alcançar uma grande escala da população, além de serem consideradas fontes confiáveis de informação (AUYOUNG *et al.*, 2016). Diante disso, o aconselhamento para a atividade física tem se mostrado efetivo quanto ao aumento do nível de atividade física, principalmente na Atenção Primária à Saúde

(WILLIAMS *et al.*, 2007; ORROW *et al.*, 2012).

Contudo, ainda são inconsistentes os resultados referentes ao aconselhamento para a atividade física entre profissionais da saúde na Atenção Primária à Saúde. Apesar da prevalência dessa prática ser, em média, relativamente alta (60,2%), há uma grande variação entre os estudos (12-95%) (MORAES *et al.*, 2019). Além disso, ao longo dos anos, a maioria dos estudos tem avaliado apenas os profissionais médicos (SHERMAN *et al.*, 1993; WALSH *et al.*, 1999; CHO *et al.*, 2003; TSUI *et al.*, 2004; PETRELLA *et al.*, 2007; SMITH *et al.*, 2011; BOCK *et al.*, 2012; PATRA *et al.*, 2013; MORISHITA *et al.*, 2014; ALAHMED *et al.*, 2019), o que dificulta a compreensão sobre a prática de aconselhamento de outros profissionais da saúde, principalmente no contexto da multidisciplinariedade envolvida na Atenção Primária à Saúde.

Mais do que isso, ainda é escassa a informação sobre o que de fato é aconselhado pelos profissionais da saúde, pois, apesar de considerarem importante essa prática e a utilizarem no dia a dia, o aconselhamento não é realizado de forma padronizada e nem seguindo as recomendações atuais sobre a atividade física (FLORINDO *et al.*, 2013).

Ainda são inconsistentes os fatores que são associados ao aconselhamento para a prática de atividade física entre profissionais da Atenção Primária à Saúde, principalmente a nível nacional. Diante disto, faz-se necessário ampliar as evidências sobre as possíveis associações entre características sociodemográficas, condições de saúde, características de conhecimento sobre as recomendações de atividade física e características laborais com o aconselhamento realizado, principalmente envolvendo diferentes categorias profissionais.

Com base nestas evidências, cria-se a possibilidade de fornecer informações relevantes que podem auxiliar os gestores no planejamento de intervenções na comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população por meio da atividade física. Além disso, esses resultados podem possibilitar a inserção do Profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde, de São José dos Pinhais-PR, como um intermediário das ações entre os profissionais da saúde e como um executor das ações de prevenção primária e secundária na comunidade.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

De que maneira as características sociodemográficas, as condições de saúde, o conhecimento sobre atividade física e as características laborais associam-se com o aconselhamento para a atividade física realizado por profissionais da saúde na Atenção Primária à Saúde?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar de que maneira as características sociodemográficas, as condições de saúde, o conhecimento sobre atividade física e as características laborais associam-se com o aconselhamento para a atividade física realizado por profissionais da saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde de São José dos Pinhais, Paraná.

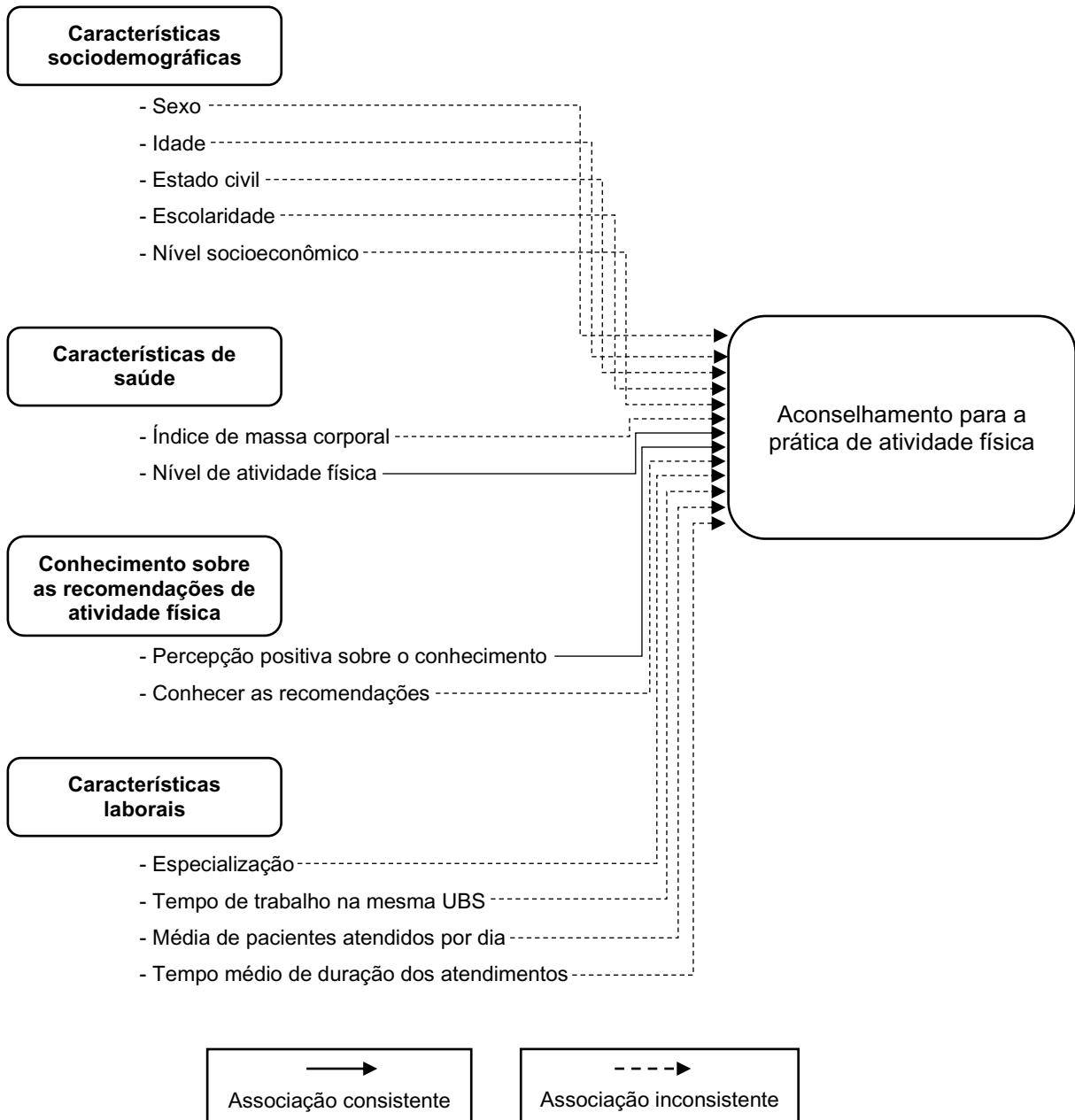
1.3.2 Objetivos específicos

1. Descrever as características sociodemográficas, as condições de saúde, o conhecimento sobre atividade física e as características laborais entre as categorias dos profissionais de saúde;
2. Determinar a prevalência de aconselhamento para a atividade física realizado por profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde;
3. Testar a associação entre as características sociodemográficas, as condições de saúde, o conhecimento sobre atividade física e características laborais com o aconselhamento para a atividade física realizado entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.

O modelo conceitual analítico para a melhor compreensão dos objetivos da dissertação pode ser visualizado na Figura 1. Foram analisadas as possíveis associações consistentes e inconsistentes da literatura entre as características

sociodemográficas, as condições de saúde, as características de conhecimento sobre as recomendações de atividade física e as características laborais com o aconselhamento para a atividade física realizada pelos profissionais da saúde.

Figura 1. Modelo conceitual analítico da dissertação.



Fonte: elaboração própria, 2020.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura desta dissertação foi elaborada em nove tópicos. O primeiro apresenta uma contextualização geral sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). O segundo aborda os modelos de atendimento na Atenção Primária à Saúde. O terceiro tópico apresenta uma contextualização geral sobre atividade física e saúde. O quarto apresenta informações sobre a inserção e a promoção da atividade física no SUS, principalmente na Atenção Primária à Saúde. No quinto tópico são abordados os determinantes e os fatores associados à atividade física. O sexto contextualiza o aconselhamento para a atividade física. O sétimo tópico aprofunda as informações sobre a efetividade do aconselhamento no aumento do nível de atividade física. O oitavo tópico apresenta informações de uma revisão sistematizada sobre os fatores associados ao aconselhamento para a atividade física realizado por profissionais da saúde. Por fim, no nono tópico, é apresentada uma síntese das evidências sobre os fatores associados ao aconselhamento para a atividade física realizado por profissionais da saúde.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Segundo a Constituição Federal de 1988 (CF-88), Seção II, Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Anteriormente à CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, o que contabilizava aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas (BRASIL, 2018), entretanto, em 1986, durante a oitava Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a saúde como um direito de todos os cidadãos, o que expôs as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) e resultou no desenvolvimento de diversas estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as

instituições de saúde federais, estaduais e municipais, mudanças administrativas que criaram as bases para ações futuras do SUS (PAIM *et al.*, 2018). A implementação do SUS ocorreu a partir da aprovação Lei nº 8,080, de 19 de setembro de 1990, a qual especificou as atribuições e organizações desse sistema de saúde.

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Sua estrutura é composta pelo Ministério da Saúde (MS), Estados e Municípios e a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre esses três entes da Federação (BRASIL, 2018). A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Englobam-se as atenções básica, média e alta complexidades; os serviços de urgência e emergência; a atenção hospitalar; as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental; e assistência farmacêutica (BRASIL, 2018).

O SUS possui três princípios gerais. O primeiro é o princípio da universalização, o qual afirma que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar esse direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. O princípio da equidade tem como objetivo diminuir desigualdades, pois, apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais em pontos nos quais a carência é maior. Por fim, o princípio da integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Em adição, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2018).

Além disso, o SUS possui princípios organizativos, como o princípio da regionalização, o qual ressalta que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Há, também, o princípio da hierarquização, que deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que

façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. Já o princípio da participação popular destaca que a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isso, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam a formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. Finalmente, o princípio da descentralização, que tem como objetivo redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo.

Com relação à saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essa função. Para que valha o princípio da descentralização, há a concepção constitucional do mando único, em que cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade (BRASIL, 2018).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural (BRASIL, 2010).

A APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2012). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia de acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade.

Ao longo dos anos, experiências municipais foram desenvolvidas com base no processo da APS. Criado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), gradualmente, foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PINTO; GIOVANELLA, 2018). A ESF visa à reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos do SUS, de ampliar a resolubilidade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (PNAB, 2012).

Uma das especificidades necessárias à ESF é a existência de equipe multiprofissional ou equipe de Saúde da Família (SF) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (PNAB, 2012).

Com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo de ações, em 2008, foi criado pelo Ministério da Saúde o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2018). Um NASF-AB deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de SF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF.

Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF-AB não se constitui como porta de entrada do sistema para os usuários, mas, sim, de apoio às equipes de SF. Deve haver inseridos de algumas

diretrizes relativas à APS: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

O NASF-AB é composto de nove áreas estratégicas, sendo elas: saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares. Entre os processos de trabalho, nos termos da Portaria n 154, havia duas modalidades de NASF-AB. O NASF-AB 1, composto por, no mínimo, cinco profissionais com formação universitária, podendo ser psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF-AB deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de SF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco.

O NASF-AB 2, por outro lado, deverá ter, no mínimo, três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a, pelo menos, três equipes de SF (BRASIL, 2010). Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF-AB 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil aderir à implantação de equipes NASF-AB, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2018).

2.3 ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, portanto, movimento voluntário, que resulte em um gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). A atividade física pode ser praticada em quatro domínios: lazer, transporte, ocupacional e doméstico (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). A atividade física de transporte se refere àquela realizada para se deslocar de um lugar

a outro, por exemplo, caminhar até a escola, shopping etc. A atividade física ocupacional é aquela realizada no trabalho, como carregar ferramentas, realizar entregas, servir comida no restaurante, entre outras atividades. O domínio doméstico se refere às atividades realizadas dentro ou ao redor de casa, como cozinhar, limpar a casa, limpar o quintal e cortar grama. Por último, o domínio de lazer é atinente às atividades realizadas no tempo livre do indivíduo, como realizar uma caminhada, jogar futebol, ir à academia, passear no parque etc. (DHHS, 2018).

Para serem classificados como fisicamente ativos, indivíduos adultos deveriam somar pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana (WHO, 2010). Inúmeros benefícios podem ser proporcionados aos que cumprem esta recomendação, os quais estão descritos na Tabela 1 (DHHS, 2018).

Tabela 1. Benefícios para a saúde associados à prática regular de atividade física em adultos e idosos, 2020.

Benefícios da prática regular de atividade física	
Risco de mortalidade por todas as causas	↓
Risco de mortalidade por doença cardiovascular	↓
Risco de hipertensão arterial	↓
Risco de diabetes tipo II	↓
Níveis de colesterol LDL	↓
Risco de demência	↓
Ansiedade	↓
Risco de desenvolver alguns tipos de câncer	↓
Risco de desenvolver depressão	↓
Qualidade de vida	↑
Saúde óssea	↑
Qualidade do sono	↑
Ganho de peso	↓

Fonte: traduzida e adaptada do *Physical Activity Guidelines for American Adults*. Department of Health and Human Services (DHHS) (2018).

Contudo, cerca de 27,5% dos adultos do mundo não cumprem as recomendações mínimas de atividade física para obter estes benefícios a saúde (HALLAL *et al.*, 2012; GUTHOLD *et al.*, 2018). No Brasil, segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), é estimado que 13,7% dos brasileiros com 18 anos ou mais, e que residem nas capitais, sejam inativos fisicamente e que 44,1% sejam insuficientemente ativos (VIGITEL, 2020). De acordo com a OMS, a inatividade física é o quarto principal fator de risco responsável por mortes em todo o mundo, além de

ser responsável por aproximadamente 6-10% das principais doenças não transmissíveis: 6% dos casos de doenças cardiovasculares; 7% das ocorrências de diabetes tipo 2; 10% dos casos de câncer de mama e de câncer de cólon (WHO, 2009; LEE *et al.*, 2012).

Em 2008, a inatividade física causou mais de 5 milhões de mortes prematuras. Não obstante, se houvesse uma redução de 25%, mais de 1,3 milhões de mortes poderiam ter sido evitadas (LEE *et al.*, 2012). Além disso, em aspectos econômicos, a inatividade física custou \$53,8 bilhões aos sistemas de saúde do mundo em 2013, sendo que \$31,2 bilhões foram pagos pelo setor público (DING *et al.*, 2016).

Diante disto, elucida-se a necessidade de desenvolvimento de ações e estratégias com intuito de promover a atividade física, principalmente na APS, visto que, no Brasil, 70 a 75% da população utiliza o SUS (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016; PAIM *et al.*, 2011).

2.4 INSERÇÃO E PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS

Em 2006, o MS propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e a qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações, conseqüentemente, aumentando a ciência e a efetividade das políticas públicas existentes (BRASIL, 2010; CARVALHO; NOGUEIRA, 2016). Nesse sentido, a elaboração da PNPS é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação, nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade, provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (BRASIL, 2010).

Entre as ações propostas pela PNPS, destacam-se as relacionadas às práticas corporais/atividade física, que se apresentam compostas por quatro principais itens:

1) ações na rede básica de saúde e na comunidade (mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de AB e na ESF, e inserir naqueles em que não há ações, ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto à comunidade como um todo quanto a grupos vulneráveis, etc.); 2) ações de aconselhamento/divulgação (organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis e desenvolver campanhas de divulgação, estimulando modos de viver de maneira saudável e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis); 3) ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros (pactuar com os gestores do SUS e outros setores, nos três níveis de gestão, a importância de desenvolver ações voltadas a estilos de vida saudáveis, mobilizando recursos existentes ao estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios, etc.); 4) ações de monitoramento e avaliação (desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais/atividade física) (BRASIL, 2010).

As principais atividades físicas desenvolvidas para a promoção de AF no SUS encontradas foram caminhadas em grupo e atividades físicas desenvolvidas em espaços públicos. Programas que envolveram uma grande quantidade de pessoas, como programas comunitários, foram classificados como ações promissoras para promoção da AF (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016). Entre os programas criados, o programa Academia da Saúde (AS) se destaca como um novo equipamento da AB com potencial de fortalecer e qualificar as ações de promoção da saúde nas comunidades.

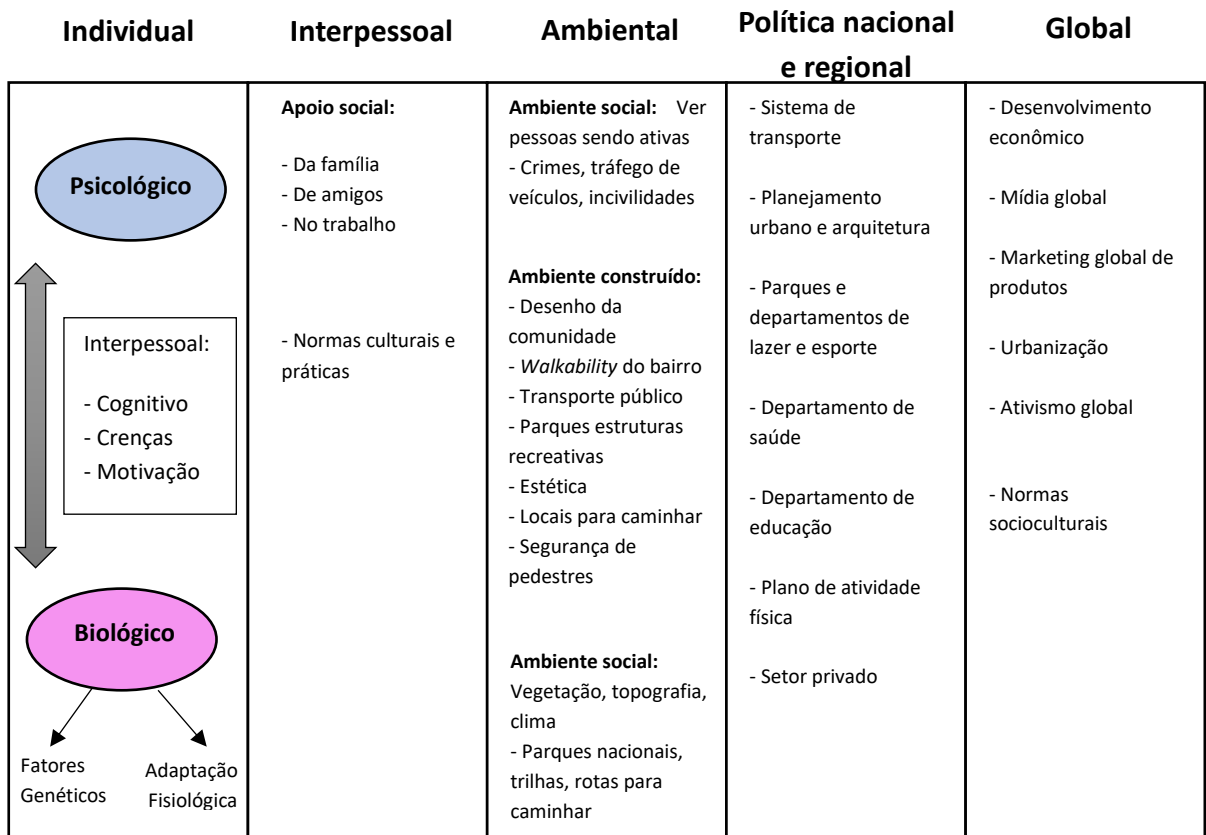
Com estrutura e quadro de profissionais que o diferenciam das estruturas tradicionais dos serviços de saúde, o programa foi criado em 2011 visando, principalmente, à promoção de práticas corporais e atividades físicas sendo, porém, redefinido em 2013, com seu objetivo ampliado para contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população (SÁ *et al.*, 2016). Até maio de 2015, havia um total de 2.849 municípios contemplados com o

Programa no país. Esses municípios representam um total de 4.240 polos, incluindo 450 iniciativas similares e 3790 obras em diferentes estágios de construção (SÁ *et al.*, 2016).

2.5 DETERMINANTES E FATORES ASSOCIADOS À ATIVIDADE FÍSICA

Compreender os motivos pelos quais os indivíduos são fisicamente ativos ou inativos é de extrema importância, pois pode contribuir para um planejamento de intervenções baseadas em evidência e atingir diretamente os fatores que levam à inatividade física. Esses motivos são divididos em correlatos, que são fatores associados à atividade física, identificados geralmente em estudos transversais, e determinantes, que, por serem identificados em estudos longitudinais, possuem uma forte relação causal com o fato de praticar ou não atividade física (BAUMAN *et al.*, 2012). Devido ao fato de a atividade física ser afetada por diversos fatores, diversos modelos e teorias comportamentais em modelos ecológicos têm sido integrados, os que movimentam uma estrutura lógica para explicar a atividade física, propondo os determinantes em diversos níveis (individual, social, ambiental e governamental) (BAUMAN *et al.*, 2012). Um modelo ecológico multidimensional sobre os determinantes para a atividade física está apresentado na Figura 2.

Figura 2. Modelo ecológico multidimensional dos determinantes e fatores associados a prática de atividade física.



Fonte: traduzido e adaptado de Bauman *et al.*, 2012.

Dentre os determinantes, destaca-se o apoio social, que é um construto o qual constitui uma das funções mais importantes das relações sociais e pode ser definido como a ajuda ou assistência recebida por meio das relações sociais e interpessoais (PRADO *et al.*, 2014). No contexto da atividade física, o apoio social apresenta características relativas à participação, discussão de oportunidades relacionadas com as atividades, por meio das redes sociais formadas pelo indivíduo (PRADO *et al.*, 2014). Um estudo já identificou que o fato de serem sempre incentivados por amigos e família faz com que aumente a chance de os indivíduos serem fisicamente ativos, e que é necessária a investigação do apoio social proveniente de outras fontes, por exemplo, o apoio social em forma de aconselhamento realizado por profissionais de saúde (PRADO *et al.*, 2014).

2.6 ACONSELHAMENTO PARA À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Uma das maneiras pelas quais os profissionais da saúde podem apoiar os indivíduos a praticarem atividade física de maneira regular é por meio do aconselhamento, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais tem como objetivo facilitar o acesso da população de maior vulnerabilidade social e são a porta de entrada dos usuários para o SUS (BRASIL, 2012; MALTA *et al.*, 2008; SIQUEIRA *et al.*, 2008). O aconselhamento “[...] é uma prática educativa ofertada por profissionais de saúde com o objetivo de tornar os indivíduos ativos sobre seu processo de saúde, dentro do respeito à autonomia e valorização de seu potencial propiciando uma mudança de comportamento e melhoria na qualidade de vida” (FLORES *et al.*, 2018). Essa prática consiste na escuta, compreensão e suporte para o planejamento e tomadas de decisões favoráveis aos comportamentos saudáveis, incluindo a prática de atividade física (GAGLIARDI *et al.*, 2015).

O aconselhamento é uma ferramenta importante, pois é considerado de baixo custo, fácil aplicabilidade e pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde (FLORINDO *et al.*, 2013). Além do mais, o aconselhamento para a atividade física é considerado ideal na APS, devido ao fato de os profissionais poderem alcançar uma grande escala da população, além de serem consideradas fontes confiáveis de informação (AUYOUNG *et al.*, 2016). Apesar da prevalência dessa prática ser, em média, relativamente alta (60,2%), há uma grande variação entre os estudos (11,8 a 95%) (MORAES *et al.*, 2019).

Além disso, ao longo dos anos, a maioria dos estudos tem avaliado apenas os profissionais médicos (SHERMAN *et al.*, 1993; WALSH *et al.*, 1999; CHO *et al.*, 2003; TSUI *et al.*, 2004; PETRELLA *et al.*, 2007; SMITH *et al.*, 2011; BOCK *et al.*, 2012; PATRA *et al.*, 2013; MORISHITA *et al.*, 2014; ALAHMED *et al.*, 2019), o que dificulta a compreensão sobre a prática de aconselhamento de outros profissionais da saúde, principalmente no contexto da multidisciplinariedade envolvida na APS. Mais do que isso, ainda é escassa a informação sobre o que de fato é aconselhado pelos profissionais da saúde, porque apesar de considerarem importante essa prática e a utilizarem no dia a dia, o aconselhamento não é realizado de forma padronizada, tampouco seguindo as recomendações atuais sobre a atividade física (FLORINDO *et al.*, 2013).

2.7 EFETIVIDADE DO ACONSELHAMENTO NO AUMENTO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA

A intervenção por meio do aconselhamento pode ser amplamente utilizada e alcançar uma grande proporção de pessoas. Além disso, o aconselhamento tem se mostrado efetivo para o aumento do nível de atividade física (HEAT *et al.*, 2012). Um estudo de revisão apontou que uma única intervenção de aconselhamento em uma consulta aumentou o nível autorreportado de atividade física por pelo menos 12 meses subsequentes a intervenção. Ademais, quando foram realizadas mais que uma consulta com a utilização do aconselhamento, o nível mais elevado de atividade física se sustentou além de 12 meses (GAGLIARDI *et al.*, 2015). Outro estudo, de revisão sistemática com meta-análise, identificou que na APS, quando comparadas intervenções utilizando o aconselhamento com nenhuma intervenção, houve um aumento de 25% no autorrelato no aumento do nível de atividade física em 12 meses, e, além disso, houve um aumento de 51% na aptidão cardiorrespiratória (ORROW *et al.*, 2012).

Um estudo longitudinal realizado na Austrália, que teve como objetivo avaliar a mudança no número de passos diários em 12 meses, selecionou 203 usuários da APS considerados insuficientemente ativos (<7000 passos/dia) e os dividiu em três grupos: 1) grupo face a face, que recebeu cinco sessões presenciais de aconselhamento com um especialista em exercício (n=68); 2) grupo face a face + telefone, que recebeu uma sessão de aconselhamento presencial além do aconselhamento por meio de quatro ligações do especialista em exercício (n=64); e 3) grupo controle, que recebeu um e-mail generalizado sobre atividade física (n=71) (JAMES *et al.*, 2017). Os resultados demonstraram que, entre os grupos de intervenção houve um aumento em média de 1002 passos/dia em 12 meses quando comparados com o grupo controle (p=0,01). Quando comparados aos grupos 1) face a face e 2) face a face + telefone, o grupo teve um aumento não significativo no número de passos diários em 12 meses (619 passos/dia (JAMES *et al.*, 2017).

No Brasil, um importante estudo longitudinal realizado especificamente em Ermelino Matarazzo-SP, selecionou 157 usuários adultos (≥ 18 anos) de três UBS's da região (RIBEIRO *et al.*, 2017). Os usuários foram divididos em três grupos: 1) grupo com aulas de exercício físico (n= 54); 2) grupo com educação em saúde (n = 54) e 3)

grupo controle (n= 49). As intervenções duraram 12 meses, com acompanhamento de 6 meses após a intervenção. Foram realizadas avaliações do nível de atividade física por questionário e por acelerometria antes da intervenção, após 12 meses e após 18 meses de acompanhamento. Os resultados apontaram que, após os 12 meses de intervenção, tanto o grupo com aulas de exercício físico quanto o grupo com educação em saúde aumentaram o nível de atividade física. Contudo, após 18 meses, o grupo de educação em saúde aumentou o escore médio anual de atividade física quando comparado com o grupo com aulas de exercício físico. Diante disto, os autores observaram que a intervenção com educação em saúde foi mais efetiva para manter a prática de atividade física no período pós intervenção (RIBEIRO *et al.*, 2017).

2.8 FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA REALIZADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Foi organizada uma maneira sistematizada para localizar os estudos conduzidos que analisaram os fatores associados à realização de aconselhamento para atividade física por profissionais de saúde. A busca foi realizada a partir dos descritores específicos localizados nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e *Medical Subjects Headings* (Mesh). Com base nos descritores, foram elaboradas sintaxes que posteriormente foram inseridas em três bases de dados, aplicando filtros específicos em cada base (Tabela 2). Esse método sistematizado permite identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes (MOHER *et al.*, 2009; LIBERATI *et al.*, 2009). Foram encontrados 16 estudos que cumpriram os critérios de seleção estabelecidos.

Tabela 2. Sintaxes inseridas nas bases de dados e resultados da busca de estudos, 2020

Base	Sintaxe	Filtros	Resultados
Bireme	(tw:(advice OR counseling OR "physical activity counseling" OR aconselhamento)) AND (tw:(exercise OR "motor activity" OR "physical activity" OR exercicio OR "atividade motora" OR "atividade fisica")) AND (tw:(("primary care" OR "primary health care" OR "atencao primaria a saude" OR "atencao basica a saude")))	País/região: Brasil; Idioma: Inglês e português; Tipo de documento: Artigo	10
PubMed	((advice OR counseling OR "physical activity counseling")) AND ((exercise OR "motor activity" OR "physical activity")) AND (("health personnel" OR "healthcare workers")) AND ("primary care" OR "primary health care"))	Sujeitos: Humanos; Idioma: Inglês e português; Tipo de documento: Artigos	361
SciELO	(advice OR counseling OR "physical activity counseling" OR aconselhamento) AND (exercise OR "motor activity" OR "physical activity" OR exercicio OR "atividade motora" OR "atividade fisica") AND ("primary care" OR "primary health care" OR "atencao primaria a saude" OR "atencao basica a saude")	Idioma: Inglês e português; Tipo de literatura: Artigo	100

Fonte: elaboração própria (2020)

Após a seleção dos estudos, foi realizada uma revisão crítica, seguida do fichamento das informações, com o objetivo de otimizar a revisão da literatura. Esse fichamento foi dividido em três partes: metodologia (Tabela 3), variáveis exploradas (Tabela 4) e resultados (Tabela 5).

Tabela 3. Métodos dos estudos que analisaram os fatores associados à realização de aconselhamento para atividade física por profissionais de saúde, por ano de publicação, 2020

Autor (ano)	Delineamento	Coleta de dados	Local das coletas	Amostragem dos locais	n	Participantes	Idade/faixa etária	Cálculo do tamanho da amostra	Amostra representativa	Amostragem dos participantes	Entrevista	Taxa de resposta
Sherman et al. (1993)	Transversal	1990	N.D.	N.D.	422	Médicos	Média: 41 anos	N.D.	N.D.	Não probabilística	Inquérito por carta	61,0%
Walsh et al. (1999)	Transversal	N.D.	4 hospitais da área urbana	Não probabilística	175	Médicos	Homens: 35 ± 8,2 anos Mulheres: 32 ± 5,5 anos	Não	N.D.	Não probabilística	Inquérito por carta	54,0%
Burns et al. (2000)	Transversal	1997	Academia Americana de Enfermagem	Não probabilística	396	Enfermeiros	44,5 (25 – 74)	Não	N.D.	Não probabilística	Inquérito por carta	60,0%
Cho et al. (2003)	Transversal	2000	Corporação nacional de seguro de saúde	Não probabilística	881	Médicos	46,7 ± 11,6 anos	Não	N.D.	Probabilística	Inquérito por e-mail	38,0%
Tsui et al. (2004)	Transversal	N.D.	1 hospital público	Não probabilística	71	Médicos	N.D.	Não	N.D.	Não probabilística	Inquérito face a face	N.D.
Petrella et al. (2007)	Transversal	2001	N.D.	N.D.	13.166	Médicos	46,6 ± 10,5 anos	Não	N.D.	Não probabilística	Inquérito por e-mail	51,2%
Smith et al. (2011)	Transversal	2008	Associação médica americana	Não probabilística	1.211	Médicos	49,0 anos	Não	N.D.	Não probabilística	Inquérito por e-mail	64,5%
Bock et al. (2012)	Transversal	2009	Associação médica do estado	Não probabilística	206	Médicos	53,8 ± 7,8 anos	Não	N.D.	Probabilística	Inquérito por e-mail	13,3%
Patra et al. (2013)	Transversal	2011	Instituições governamentais, hospitais e clínicas privadas	Probabilística	146	Médicos	43,0 ± 11,3 anos	Sim	Sim	Probabilística	Inquérito face a face	N.D.
Florindo et al. (2013)	Transversal	2011	1600 UBS de todas as regiões do país	Probabilística	1.067	Médicos (n=534) e enfermeiros (n=533)	Médicos: 40,5 ± 12,8 anos Enfermeiros: 32,6 ± 8,5 anos	Não	N.D.	Probabilística	Inquérito telefônico	Geral: 49,6% Médicos: 34,1% Enfermeiros: 65,1%

Autor	Delineamento	Coleta de dados	Local das coletas	Amostragem dos locais	n	Participantes	Idade/faixa etária	Cálculo do tamanho da amostra	Amostra representativa	Amostragem dos participantes	Entrevista	Taxa de resposta
Morishita et al. (2014)	Transversal	N.D.	Jichi Medical University	Não probabilística	839	Médicos	24-30 (8,5%) 30-40 (30,9%) 40-50 (31,6%) 50-60 (27,4%) > 60 (1,7%)	Não	N.D.	Não probabilística	Inquérito por e-mail	28,2%
Florindo et al. (2015)	Transversal	2011	1600 UBS de todas as regiões do país	Probabilística	269	ACS	40 – 49 anos (61,3%)	Não	N.D.	Probabilística	Inquérito telefônico	50,5%
Santos et al. (2015)	Transversal	2011	Uma UBS	Não probabilística	30	ACS	18 – 39 (55,6%) ≥ 40 (44,4%)	Não	N.D.	Não probabilística	Inquérito face a face	N.D.
Omura et al. (2018)	Transversal	2015	N.D.	N.D.	1251	Médicos (1000) Enfermeiros (251)	< 45 (45%) ≥ 45 (55%)	Não	N.D.	Não probabilística	Inquérito por e-mail	N.D.
Alahmed et al. (2019)	Transversal	2016	Centros de atenção primária à saúde	Não probabilística	147	Médicos	26 - 31 anos (55,1%) 32 – 60 anos (40,8%)	Não	N.D.	Não probabilística	Inquérito on-line	44,0%
Neto et al. (2019)	Transversal	N.D.	43 Unidades Básicas de Saúde	Probabilística	591	Médicos (n=47) Enfermeiros (n=69) Técnicos de enfermagem (n=55) ACS (n=419)	43,2 ± 9,6	Sim	Sim	Probabilística	Inquérito face a face	88,6%

UBS: Unidade Básica de Saúde; n = número de participantes; ACS: Agentes comunitários em saúde; N.D.: Não disponível

Fonte: Elaboração própria (2020).

Tabela 4. Variáveis exploradas nos estudos que analisaram os fatores associados a realização de aconselhamento para atividade física por profissionais de saúde, por ano de publicação, 2020

Autor	Variáveis independentes	Variável dependente (tempo delimitado)	Instrumento	Questão utilizada	Atributos psicométricos	Teste estatístico	Análise	Variáveis de ajuste
Sherman et al. (1993)	Sexo Idade Especialidade Local em que trabalha Região em que trabalha Barreiras para o aconselhamento Percepção sobre a importância da atividade física Tempo gasto para aconselhar durante a consulta	Aconselhamento para atividade física (N.D.)	Questionário	Aconselhar pelo menos 75% dos pacientes atendidos	N.D.	Regressão logística	Bivariada	-
Walsh et al. (1999)	Sexo Idade Frequência cardíaca de repouso Tabagismo Nível de atividade física Categoria médica Percepção de segurança ao aconselhar Tempo que gasta para aconselhar Conhecimento sobre as recomendações de atividade física Percepção de sucesso com a mudança de comportamento Barreiras para o aconselhamento	Aconselhamento para atividade física (N.D.)	Questionário	Aconselha atividade física em "> 50% dos pacientes"	N.D.	Qui-quadrado	-	-
Burns et al. (2000)	Sexo Idade Prática profissional Nível de atividade física Conhecimento sobre atividade física Confiança em aconselhar atividade física	Aconselhamento para atividade física (N.D.)	Questionário	Aconselha regularmente os pacientes a realizarem pelo menos 30 minutos de atividade física moderada na maioria dos dias	N.D.	Qui-quadrado e regressão logística	Bivariada	-
Cho et al. (2003)	Sexo Idade Especialização Tempo de trabalho na atenção primária à saúde Número de pacientes atendidos por dia Percepção sobre a promoção de atividade física Percepção de aptidão para aconselhar para atividade física	Aconselhamento para atividade física (N.D.)	Questionário	Aconselha atividade física "sempre" ou "quase sempre"	N.D.	Qui-quadrado e regressão logística	Multivariada	Idade Sexo Especialização Tempo de trabalho Número de pacientes atendidos por dia
Tsui et al. (2004)	Sexo Idade Categoria profissional Percepção de importância do aconselhamento Percepção de sucesso sobre a mudança de comportamento Conhecimento sobre atividade física Barreiras para o aconselhamento	Aconselhamento para atividade física (N.D.)	Questionário	Aconselha atividade física "sempre"	N.D.	Qui-quadrado	-	-
Petrella et al. (2007)	Sexo Idade Local de trabalho Região em que mora Anos de prática Disponibilidade de serviços	Aconselhamento para atividade física (N.D.)	Questionário	Realiza aconselhamento verbal para a promoção da atividade física	N.D.	Qui-quadrado e regressão logística	Bivariada	-

Autor	Variáveis independentes	Variável dependente	Instrumento	Questão utilizada	Atributos psicométricos	Teste estatístico	Análise	Variáveis de ajuste
Smith et al. (2011)	Sexo Idade Raça Região do país em que trabalha Especialização Tempo desde a graduação acadêmica Conteúdo do aconselhamento	Aconselhamento para atividade física (N.D.)	Questionário	Aconselha atividade física "sempre"	N.D.	Qui-quadrado e regressão logística	Multivariada	Sexo Raça Região do país em que trabalha Especialização
Bock et al. (2012)	Sexo Especialidade médica Experiência prática Tipo de prática Região em que trabalha Atitudes em relação ao aconselhamento Local em que busca informações para estudar	Aconselhamento para a atividade física (N.D.)	Questionário	Sempre ou frequentemente avalia a atividade física de novos pacientes e pelo menos metade dos pacientes para a prática de atividade física	N.D.	Qui-quadrado e regressão logística	Multivariada	Idade Sexo
Patra et al. (2013)	Sexo Idade Especialidade médica Local de trabalho Estado civil Presença de alguma doença crônica Tabagismo Etilismo Índice de massa corporal Conhecimento sobre as recomendações de atividade física Nível de atividade física	Aconselhamento para a atividade física (N.D.)	Questionário	Sempre pergunte sobre o nível de atividade física e aconselha verbalmente	N. D.	Regressão logística	Multivariada	Todas as variáveis independentes que tiveram valor de $p < 0,05$ na análise bivariada
Florindo et al. (2013)	Sexo Idade Cor da pele Escolaridade Especialização em saúde pública ou saúde da família Tempo desde a última formação acadêmica Carga horária de trabalho Número de pacientes atendidos Tempo que trabalha na UBS Barreiras para o aconselhamento Conhecimento sobre atividade física Percepção de relevância da atividade física Avaliação da atividade física	Aconselhamento para atividade física (Há pelo menos 6 meses)	Questionário	"Eu tenho aconselhado atividade física regularmente por mais de seis meses"	N. D.	Qui-quadrado e regressão logística	Multivariada	Sexo Idade Tempo que trabalha na UBS Pacientes atendidos por semana
Morishita et al. (2014)	Idade Especialidade médica Local de trabalho Frequência com que realiza atividade física Intensidade das atividades físicas realizadas	Aconselhamento para a atividade física (N.D.)	Questionário	N.D.	N.D.	Regressão logística	Bivariada	-

Autor	Variáveis independentes	Variável dependente	Instrumento	Questão utilizada	Atributos psicométricos	Teste estatístico	Análise	Variáveis de ajuste
Florindo et al. (2015)	Idade Sexo Escolaridade Cor da pele Estado civil Qualidade de vida Tabagismo Nível de atividade física Consumo de frutas e vegetais Estado nutricional Conhecimento sobre atividade física Conhecimento sobre consumo de frutas e vegetais	Aconselhamento para a atividade física (Há pelo menos 6 meses)	Questionário	"Eu tenho aconselhado atividade física regularmente por mais de seis meses"	N. D.	Qui-quadrado e regressão logística	Multivariada	Sexo Idade Escolaridade
Santos et al. (2015)	Idade Cor da pele Escolaridade Estado civil Tempo de trabalho na UBS Tabagismo Autorrelato de saúde Nível de atividade física no lazer Número de passos por dia	Aconselhamento para atividade física (Há pelo menos 6 meses)	Questionário	Recomenda atividade física para os usuários há pelo menos seis meses	N.D.	Teste t de Student		-
Omura et al. (2018)	Idade Sexo Raça Região Especialidade Anos de prática Atua como professor no hospital	Aconselhamento para atividade física (N.D.)	Questionário	Aconselha para mais de 75% dos pacientes	N.D.	Regressão logística	Multivariada	Idade Sexo Raça Região Especialidade Anos de prática
Alahmed et al. (2019)	Idade Sexo Estado civil Especialidade Conhecimento sobre as recomendações de atividade física Anos de experiência após a formação Treinamento sobre atividade física na graduação País da universidade em que realizou a graduação Número de pacientes atendidos por dia Barreiras para o aconselhamento Se possui alguma doença crônica Tabagismo Nível de atividade física Dormir mais que 7 horas por dia	Aconselhamento para a atividade física (N.D.)	Questionário	Aconselha atividade física sempre ou regularmente	N. D.	Qui-quadrado e regressão logística	Bivariada	-
Neto et al. (2019)	Tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família Número de pacientes atendidos por dia Horas trabalhadas por semana Trabalhar em outro local além da UBS Estado geral de saúde Índice de massa corporal Autoeficácia sobre aconselhamento Percepção da importância do aconselhamento Barreiras para o aconselhamento Treinamento sobre atividade física Sexo Idade	Aconselhamento para a atividade física (Há pelo menos 6 meses)	Questionário	"Eu tenho aconselhado atividade física regularmente por mais de seis meses"	N. D.	Qui-quadrado e regressão logística	Multivariada	Todas as variáveis independentes que apresentaram $p < 0,20$, além de sexo, idade, renda e escolaridade

N.D.: Não disponível

Fonte: elaboração própria (2020)

Tabela 5. Resultados dos estudos que analisaram os fatores associados à realização de aconselhamento para atividade física por profissionais de saúde, por ano de publicação, 2020

Número do estudo	Autor (ano)	Prevalência/frequência de aconselhamento	Sentido da associação	Fatores associados a realização de aconselhamento
1	Sherman et al. (1993)	33,0%	↑	Elevada percepção de sucesso quanto aos pacientes iniciarem a prática de atividade física (RP: 22,74; IC _{95%} : 10,95-47,24) Considerar a atividade física muito importante (RP: 5,94; IC _{95%} : 2,94-11,99)
2	Walsh et al. (1999)	43,0%	↑	Tempo utilizado para realizar o aconselhamento < 2min (RP: 3,24; IC _{95%} : 1,80-5,84) Idade > 35 anos (p = 0,01) Frequência cardíaca de repouso do médico < 65bpm (p = 0,05) Conhecimento adequado sobre atividade física (p = 0,03) Percepção de sucesso com a mudança de comportamento (p = 0,05)
3	Burns et al. (2000)	58,0%	↑	Conhecimento sobre aconselhamento (RP: 2,01; IC _{95%} : 1,46-2,77) Outra educação sobre atividade física (RP: 2,29; IC _{95%} : 1,22-3,13)
4	Cho et al. (2003)	51,1%	↑	Realizar atividade física moderada na maioria dos dias (RP: 1,96; IC _{95%} : 1,39-3,77) Faixa etária: 40 – 49 anos (RP: 1,53; IC _{95%} : 0,73-3,21)
5	Tsui et al. (2004)	16,0%	↓	Percepção positiva sobre estar preparado para aconselhar (RP: 2,45; IC _{95%} : 1,42-4,22) Falta de conhecimento sobre as recomendações de atividade física (p = 0,028)
6	Petrella et al. (2007)	69,8%	↑	Sexo feminino (RP: 1,15; IC _{95%} : 1,08-1,23) Idade entre 35-54 anos (RP: 1,33; IC _{95%} : 1,16-1,51) Idade ≥ 55 anos (RP: 1,46; IC _{95%} : 1,24-1,71)
7	Smith et al. (2011)	49,0%	↑	Tempo desde a graduação: 21-30 anos (RP: 1,61; IC _{95%} : 1,11-2,34)
8	Bock et al. (2012)	54,9%	↑	Trabalha em uma cidade considerada grande (RP: 3,93; IC _{95%} : 1,55-9,99) Atitude positiva quanto poder oferecer um bom acordo com o paciente sobre a prática de atividade física (RP: 1,92; IC _{95%} : 1,09-3,40)
9	Patra et al. (2013)	25,3%	↑	Participação prévia em atividades esportivas (RP: 4,22; IC _{95%} : 1,77-10,04) Número de pacientes atendidos por dia ≤30 (RP: 5,35; IC _{95%} : 1,41-20,25) Acredita que possuir um estilo de vida saudável pode influenciar a prática do aconselhamento (RP: 9,13; IC _{95%} : 2,49-33,41)
10	Florindo et al. (2013)	68,9%	↑	Avaliação da atividade física (RP: 2,15; IC _{95%} : 1,41-2,39) Percepção positiva sobre estar preparado para aconselhar (RP: 2,36; IC _{95%} : 1,51-3,70) UBS que possuem programa de atividade física (RP: 2,08; IC _{95%} : 1,34-3,23)
11	Morishita et al. (2014)	57,4%	↑	Maior volume de exercício (RP: 1,05; IC _{95%} : 1,02-1,08)

Número do estudo	Autor (ano)	Prevalência/frequência de aconselhamento	Sentido da associação	Fatores associados a realização de aconselhamento
12	Florindo et al. (2015)	59,7%	↑	Prática de 10 – 149 minutos/semana de atividade física (RP: 3,8; IC _{95%} : 1,1-13,3)
13	Santos et al. (2015)	50,0%	↑	Prática ≥ 150 minutos/semana de atividade física (RP: 4,9; IC _{95%} : 1,5-16,5)
14	Omura et al. (2018)	58,6%	↓	Maior número de passos por dia (p=0,039)
15	Alahmed et al. (2019)	53,7%	↑	Atua como professor no hospital (RP: 1,81; IC _{95%} : 1,10-2,97)
16	Neto et al. (2019)	46,3%	↑	Não considera o aconselhamento efetivo (RP: 1,76; IC _{95%} : 1,25-2,46)
				Sexo feminino (RP: 1,88; IC _{95%} : 0,75-4,74)
				Especialista em medicina da família (RP: 8,86; IC _{95%} : 1,86-42,13)
				Conhecer as recomendações de atividade física (RP: 5,16; IC _{95%} : 0,68-39,36)
				Dormir ≥7 horas por noite (RP: 4,42; IC _{95%} : 1,12-17,35)
				Prática de ≥150 minutos/semana de atividade física (RP: 1,80; IC _{95%} : 0,45-7,13)
				Atender ≤20 pacientes por dia (RP: 3,13; IC _{95%} : 1,14-8,58)
				Percepção positiva quanto ao estado geral de saúde (RP: 2,02; IC _{95%} : 1,33-3,08)
				Alto nível de autoeficácia (RP: 1,79; IC _{95%} : 1,18-2,68)
				Alto nível de atitude (RP: 1,69; IC _{95%} : 1,11-2,45)

UBS: Unidade Básica de Saúde

Fonte: Elaboração própria (2020)

2.9 SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA REALIZADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os estudos foram comparados para determinar a consistência entre os resultados (Tabela 6). Para tanto, verificou-se a razão entre o número de estudos com resultados demonstrando a mesma direção de associação e o total de estudos. Posteriormente, foi estabelecida uma classificação seguindo procedimentos empregados em revisões sistemáticas na área de atividade física (SALLIS *et al.*, 2000; PUCCI *et al.*, 2012). Para obter a classificação final foi considerado: a) no mínimo três estudos e ainda 60% de concordância entre eles para classificar os resultados com forte consistência de associação, sendo esta positiva (“+ +”) ou negativa (“- -”); b) duas evidências e 60% de concordância indicava a possível direção da associação (“+” ou “-”); c) entre 34 e 59% indicaram associação inconclusiva (“?”); e d) até 33%

de concordância indicavam ausência de associação (“0”) (Tabela 7).

Tabela 6. Classificação utilizada para a síntese das evidências

% dos estudos que suportam a associação	Código	Sentido da associação
0 – 33%	0	Ausência
34 – 59%	?	Inconclusiva
	+	Positiva
≥ 60%	-	Negativa

“+ +” ou “- -” foi utilizado quando ≥ 3 evidências apoiavam o mesmo sentido da associação.

Fonte: Elaboração própria (2020)

Entre as variáveis individuais, a percepção positiva sobre o aconselhamento e a percepção positiva sobre a atividade física apresentaram associação consistente positiva com o aconselhamento para a atividade física. As demais variáveis (sexo, idade e autoeficácia) apresentaram ou associação inconclusiva ou ausência de associação (Tabela 7). Quanto às variáveis de saúde, a prática de atividade física apresentou associação consistente positiva com o aconselhamento para a atividade física, enquanto as variáveis (frequência cardíaca de repouso <65bpm e dormir ≥ 7 horas por noite) apresentaram associação inconclusiva (Tabela 7).

Com relação as variáveis de conhecimento sobre as recomendações de atividade física, a variáveis “conhecer as recomendações” apresentou associação inconclusiva com o aconselhamento para a atividade física. No que se refere às características laborais, todas as variáveis apresentaram ou associação inconclusiva ou ausência de associação (Tabela 7).

Tabela 7. Síntese das evidências sobre os fatores associados com o aconselhamento para a atividade física realizado por profissionais da saúde

Variáveis	Associação		Concordância dos resultados	
	Sim	Não	% estudos	Associação
	Positiva	Negativa		
Individuais				
Sexo feminino	6, 15	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 16	14%	0
Idade	2, 4, 6	1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16	20%	0
Percepção positiva quanto ao aconselhamento	1, 2, 4, 8, 10, 14, 16	3, 5	78%	++
Percepção positiva sobre a atividade física	1, 3, 9, 16	4, 10	67%	++
Alto nível de autoeficácia	16		100%	?
Saúde				
Prática de atividade física	3, 9, 11, 12, 13, 15	2	86%	++
Frequência cardíaca de repouso <65bpm	2		100%	?
Dormir ≥7 horas por noite	15		100%	?
Conhecimento				
Conhecer as recomendações sobre atividade física	2, 4, 15	3, 5, 9, 10, 12	38%	0
Laborais				
Tempo utilizado para realizar o aconselhamento	1	2	50%	?
Número de pacientes atendidos por dia	9, 15	4, 10, 16	40%	?
Tempo desde a graduação	7	10	50%	?
Especialista em saúde da família	16	4, 7, 10, 14	20%	0
UBS possuir programa de atividade física	10		100%	?
Trabalhar em uma cidade considerada grande	8		100%	?
UBS que possuem programa de atividade física	10		100%	?
Atuar como professor	14		100%	?

Os códigos utilizados são referentes aos números dos estudos inseridos na Tabela 5.

Fonte: Elaboração própria (2020)

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO E DELINEAMENTO DE PESQUISA

Esta pesquisa é caracterizada como um estudo com abordagem quantitativa, do tipo observacional e de delineamento transversal (MEDRONHO, *et al.*, 2008).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O município de São José dos Pinhais está situado ao leste do estado Paraná e pertence à região metropolitana de Curitiba (Figura 3). O município está posicionado geograficamente a 906 metros de altitude, 25 ° 32 ' 05 " S de latitude e longitude em 49 ° 12 ' 23 ". Ele possui uma população estimada de 323.340 pessoas, divide-se em 41 bairros, com aproximadamente 81 mil domicílios (IBGE, 2011). Possui uma área total de 946,24 km², sendo 195,29 km² (21%) de área urbana (Figura 3), e apresenta uma densidade populacional de 280 habitantes/km² (IPARDES, 2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de São José dos Pinhais é de 0,758 (alto), e ocupa a 21^a posição em relação aos 399 municípios do estado do Paraná, e a 400^a posição em relação aos 5.565 municípios do Brasil (IBGE, 2010). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), São José dos Pinhais possui um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 76.461, sendo o 2^o maior do estado do Paraná e o 23^o do Brasil (IPARDES, 2018). O índice de Gini do município, índice que mede o grau de concentração da distribuição de renda domiciliar per capita de uma determinada população em um determinado espaço geográfico, é de 0,4599 (médio). O município ainda conta com um Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 5.6 (médio) (IPARDES, 2018).

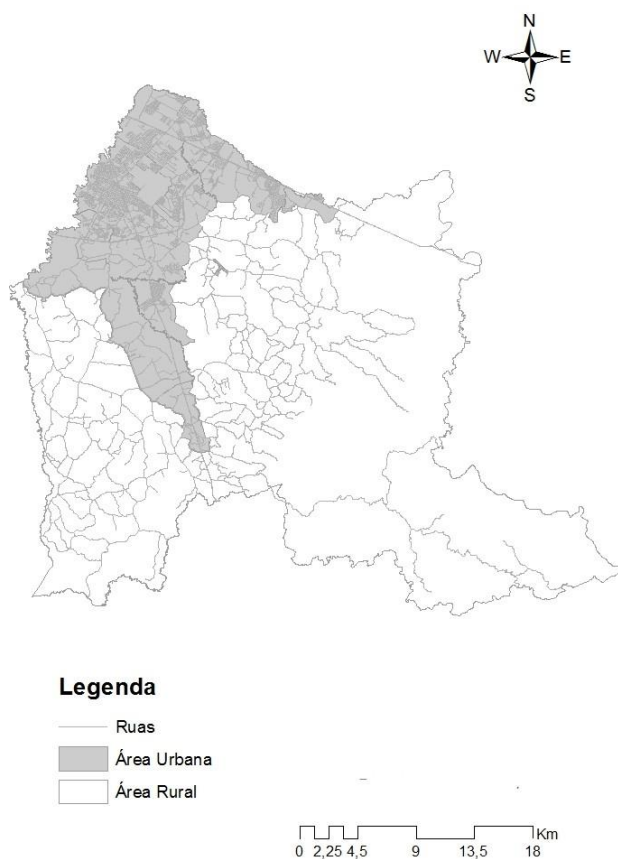
O município apresenta uma taxa bruta de natalidade de 15,19/mil habitantes e uma taxa de mortalidade de 5,11/mil habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de longevidade é de 0,859, considerado muito bom (\geq 0,800) e a expectativa de vida do município é de 76,53 anos (IPARDES, 2018).

Figura 3. Mapa de São José dos Pinhais em relação ao mapa do Paraná e ao mapa do Brasil



Fonte: Thamires Gabrielly dos Santos Coco (2018).

Figura 4. Mapa de São José dos Pinhais - PR.



Fonte: Letícia Pechnicki dos Santos (2020).

A cidade possui 22 secretarias para gerenciar os setores da administração municipal, como a Secretaria Municipal de Educação, Esporte e Lazer, Finanças, etc (SJP, 2016). Em relação a saúde pública, a Secretaria Municipal de Saúde é responsável pelo planejamento, organização e operacionalização das políticas de saúde no Município (SJP, 2016).

Os atendimentos à saúde ocorrem com ações e serviços de saúde comunitária, controle epidemiológico, serviços de emergências, educação sanitária, controle de saneamento básico, entre outros (SJP, 2016). Além disso, o município dispõe de 413 estabelecimentos de saúde (Tabela 6) (BRASIL, 2017). Entre eles, estão as 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sob responsabilidade do departamento de Atenção Primária em Saúde, as quais dispõem como principal objetivo fornecer subsídios para funcionamento das Unidades, baseado nas legislações e políticas de saúde vigentes (SJP, 2016).

Tabela 8. Tipo e número de estabelecimentos de saúde em São José dos Pinhais-PR, 2017

Tipo	n
Centro de atenção psicossocial (CAPS)	3
Centro de saúde/ Unidade Básica de Saúde	27
Clínica e/ou ambulatório especializado	28
Consultórios	250
Hospital geral	2
Policlínica	59
Posto de saúde	1
Unidades de pronto atendimento (UPA)	1
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	29
Unidade móvel de nível pré-hospitalar (urgência e emergência)	6
Outros	7
Total	413

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

3.3 PROGRAMA CIDADE ATIVA-CIDADE SAUDÁVEL

Em São José dos Pinhais-PR, o programa “Cidade Ativa – Cidade Saudável” foi implementado em 2017 pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, conjuntamente à colaboração de outras secretarias e empresas locais, com o objetivo de melhorar a saúde da população incentivando a prática de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis de maneira orientada e permanente. A curto prazo,

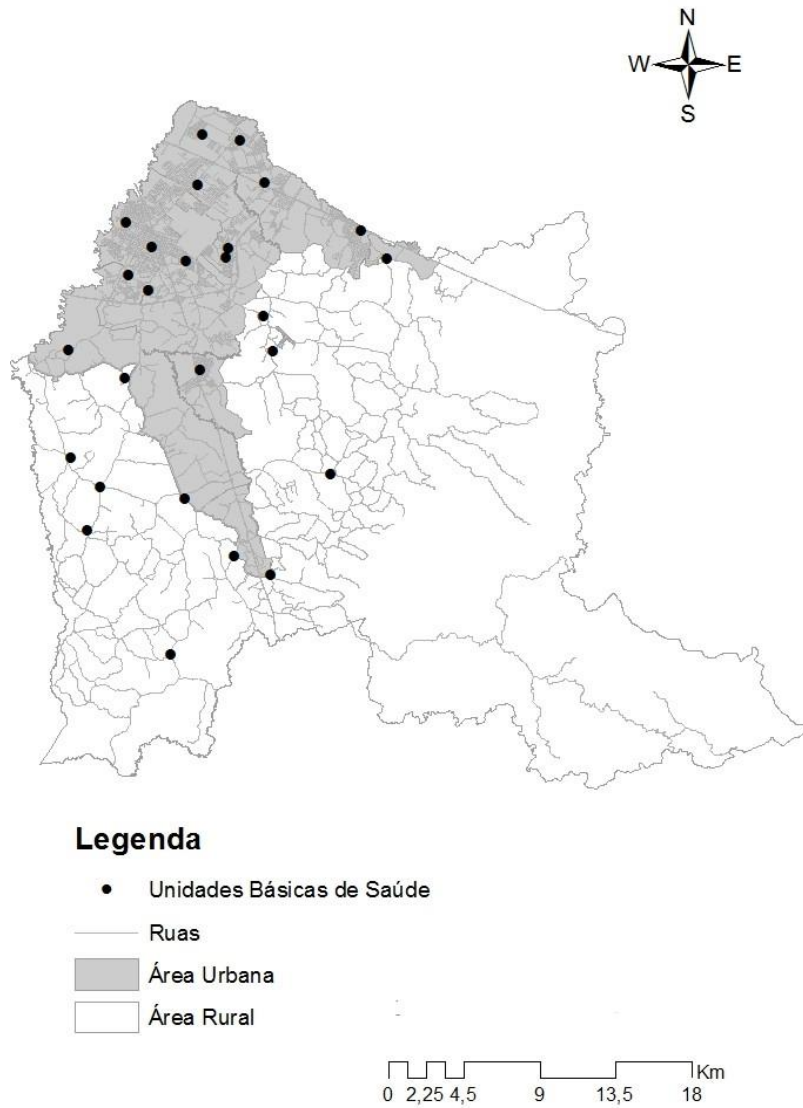
esperava-se aumentar o conhecimento da população em relação ao conhecimento do programa, implementar o trabalho multissetorial, integrar políticas de promoção de saúde, e ainda, avaliar indicadores de saúde para intervir mais pontualmente na população. A médio e longo prazo, esperavam-se manter os objetivos traçados a curto prazo, além de aumentar os níveis de atividade física na população e mobilizar a comunidade para a adesão de um estilo de vida mais saudável (SILVA *et al.*, 2020).

Em meio às ações esperadas pelo programa, uma delas consistia em implementar o trabalho multissetorial na Atenção Primária à Saúde, com a união entre a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer e a Secretaria Municipal de Saúde. Com isso, o objetivo era envolver a comunidade nas atividades do programa, utilizando para isso, a longo prazo, as ações preventivas em saúde, como o aconselhamento. Dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde, as Unidades Básicas de Saúde se enquadram como um dos principais locais para tal, considerada a quantidade de usuários podem ser envolvidos nas ações do programa (SILVA *et al.*, 2020)

3.4 SELEÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Das 27 UBS do município, 15 (55%) estão localizadas na área urbana (SJP, 2016). A Figura 5 apresenta a distribuição de 26 UBS, pois a Unidade de Saúde Castelhana apresenta um atendimento que acontece apenas às quartas-feiras, em que a mesma equipe de atendimento da Unidade de Saúde Rural Córrego Fundo se desloca até a região para realizar as consultas (SJP, 2016). As UBS se diferenciam devido ao número de habitantes na região abrangente de cada unidade, assim como a modalidade de atendimento e o número de equipes que atendem em cada unidade (Tabela 9).

Figura 5. Distribuição das 26 Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais-PR



Fonte: Letícia Pechnicki dos Santos (2020)

Tabela 9. Características das Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais-PR

Nome Das Unidades Básicas de Saúde	População Estimada no bairro*	Área	Modalidade de atendimento em saúde	Porte	Tipo de equipes
Afonso Pena	58.565	Urbana	Unidade Básica Urbana	4	--
Agaraú	2.000	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Borda do Campo	10.186	Urbana	Unidade de Saúde da Família	3	ESF
Cachoeira	2.859	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Caic	9.068	Urbana	Unidade de Saúde da Família	3	ESF
Campina do Taquaral	1.493	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Campo Largo da Roseira	3.077	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Castelhano	236	*	Posto Avançado da UBS Córrego Fundo	*	*
Central	20.367	Urbana	Unidade Básica Urbana	2	AB
Cidade Jardim	21.010	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	ESF
Contenda	4.918	Urbana	Unidade de Saúde da Família	2	Habilitada
Córrego Fundo	2.775	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Cotia	1.300	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Cristal	7.978	Urbana	Unidade de Saúde da Família	2	ESF
Faxina	3.240	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Guatupê	18.635	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	Habilitada

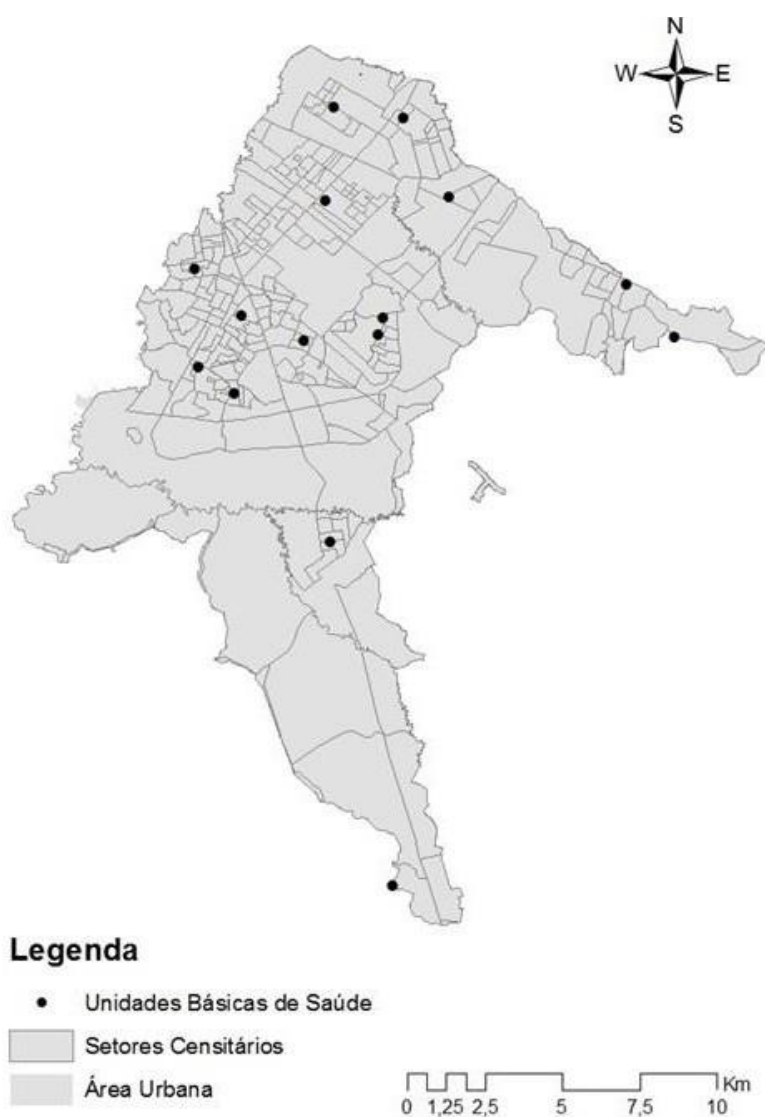
Ipê	16.067	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	Habilitada
Malhada	3.500	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Marcelino	3.800	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Martinópolis	16.647	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	ESF
Moradias Trevisan	8.414	Urbana	Unidade de Saúde da Família	3	ESF
Murici	3.677	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Quississana	13.309	Urbana	Unidade de Saúde da Família	2	ESF
Riacho Doce	13.839	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	ESF
São Marcos	15.889	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	ESF
Veneza	8.840	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	ESF
Xingu	18.940	Urbana	Unidade de Saúde da Família	3	ESF
Total	290.629				

Legenda: ESF: Estratégia de Saúde da Família; AB: Atenção Básica; *Posto avançado Córrego Fundo: mesma equipe da equipe Córrego Fundo, atendimento todas as quartas-feiras; S/Nº: sem número; N.D.: Não disponível; Porte 1: mínimo de uma equipe de atenção básica, com área construída de cerca de 300 m²; Porte 2: mínimo de duas equipes de atenção básica, com área construída de cerca de 415 m²; Porte 3: mínimo de três equipes de atenção básica, com área construída de cerca de 500 m²; Porte 4: mínimo de quatro equipes de atenção básica, com área construída de cerca de 580 m². *População estimada para 2012, com base no censo de 2010.

Fonte: elaboração própria (2020).

Para este estudo, foram selecionadas as 15 UBS da área urbana de São José dos Pinhais-PR (Figura 6), pois, entre todas as 26 UBS, há um total de 487 profissionais de saúde. Destes, 86% (n=419) atendem nas UBS da área urbana (tabela 8). Além disso, a população urbana representa aproximadamente 90% do município (IBGE, 2010; PMSJP, 2019).

Figura 6. Unidades Básicas de Saúde da área urbana de São José dos Pinhais-PR



Fonte: Letícia Pechnicki dos Santos (2020)

Tabela 10. Número de profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da área urbana. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=419)

Unidade de Saúde	Quantidade de profissionais de saúde por Unidade de Saúde								Total
	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Auxiliares de enfermagem	Fisioterapeutas	Nutricionistas	Psicólogos	Agentes comunitários em saúde	
Afonso Pena	4	5	3	10	1	2	2	11	38
Borda do Campo	2	3	3	3	0	1	1	15	28
CAIC	2	2	0	6	0	1	0	6	17
Central	2	3	2	6	3	1	1	2	20
Cidade Jardim	4	3	3	5	0	0	1	8	24
Cristal	2	2	1	3	0	1	1	8	18
Guatupê	4	3	3	7	3	1	1	21	43
Ipê	3	3	5	3	0	0	0	21	35
Martinópolis	4	5	6	2	2	1	1	18	39
Moradias Trevisan	2	2	3	3	0	0	1	5	16
Quississana	1	4	3	2	2	1	0	13	26
Riacho Doce	4	2	4	4	0	0	0	16	30
São Marcos	4	3	3	7	3	1	1	9	31
Veneza	3	3	5	4	0	0	0	13	28
Xingu	3	2	6	5	0	0	0	10	26
Total	44	45	50	70	14	10	10	176	419

Fonte: Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais.

3.5 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo foi delimitada entre todos os profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários em saúde das UBS da área urbana (Tabela 11). Essas categorias profissionais foram selecionadas de maneira intencional, devido ao fato de serem as mais comumente pesquisadas em estudos prévios relacionados (FLORINDO *et al.*, 2013; FLORINDO *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2015; NETO *et al.*, 2019).

Tabela 11. Número de profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da área urbana. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=265)

Quantidade de profissionais de saúde por Unidade de Saúde				
Unidades de Saúde	Médicos	Enfermeiros	Agentes comunitários em saúde	Total
Afonso Pena	4	5	11	20
Borda do Campo	2	3	15	20
CAIC	2	2	6	10
Central	2	3	2	7
Cidade Jardim	4	3	8	15
Cristal	2	2	8	12
Guatupê	4	3	21	28
Ipê	3	4	21	27
Martinópolis	4	4	18	26
Moradias Trevisan	2	2	5	9
Quississana	1	2	13	16
Riacho Doce	4	2	16	22
São Marcos	4	3	9	16
Veneza	3	3	13	19
Xingu	3	2	10	15
Total	44	45	176	265

Fonte: Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais

3.6 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Foi realizado um censo entre os profissionais “médicos” e “enfermeiros”, sendo selecionados todos os profissionais destas categorias. Os “agentes comunitários em saúde” foram selecionados de maneira randomizada, sendo selecionados 1/3 destes profissionais de cada UBS para a proporcionalidade da amostra (Tabela 12). Para a seleção randomizada desta categoria, após uma lista prévia enviada pela Secretaria de Saúde, a qual continha o nome e categoria profissional já separados por UBS em que trabalhavam, foi realizada uma enumeração de um até o número de ACS por UBS (ex: UBS Xingu – ACS’s enumerados de 1 a 10). A partir disto, foi realizado um sorteio entre os números até alcançar a quantidade que já havia sido pré-definida. Com base nisto, os nomes selecionados eram repassados ao coordenador de cada UBS anteriormente a realização da coleta de dados.

Tabela 12. Número de profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da área urbana. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=148)

Quantidade de profissionais de saúde por Unidade de Saúde				
Unidades de Saúde	Médicos	Enfermeiros	Agentes comunitários em saúde	Total
Afonso Pena	4	5	4	13
Borda do Campo	2	3	6	11
CAIC	2	2	2	6
Central	2	3	1	6
Cidade Jardim	4	3	3	10
Cristal	2	2	2	6
Guatupê	4	3	7	14
Ipê	3	4	7	14
Martinópolis	4	4	6	14
Moradias Trevisan	2	3	2	7
Quississana	1	2	4	7
Riacho Doce	4	3	5	12
São Marcos	4	3	3	10
Veneza	3	3	4	10
Xingu	3	2	3	8
Total	44	45	59	148

Fonte: Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais

3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários em saúde que não exerciam função administrativa na UBS.

Os critérios de exclusão adotados para o período de coleta foram 1) profissionais que possuíam limitações físicas e que precisavam regularmente de suporte (ex.: cadeira de rodas, bengala, andador); 2) que estavam de licença de qualquer natureza ou férias durante o período de coleta de dados.

3.8 PODER DA AMOSTRA

Estimativas realizadas *a posteriori* indicam que o número de 148 participantes apresenta um poder mínimo de 90% e nível de confiança de 95% (α : 5%).

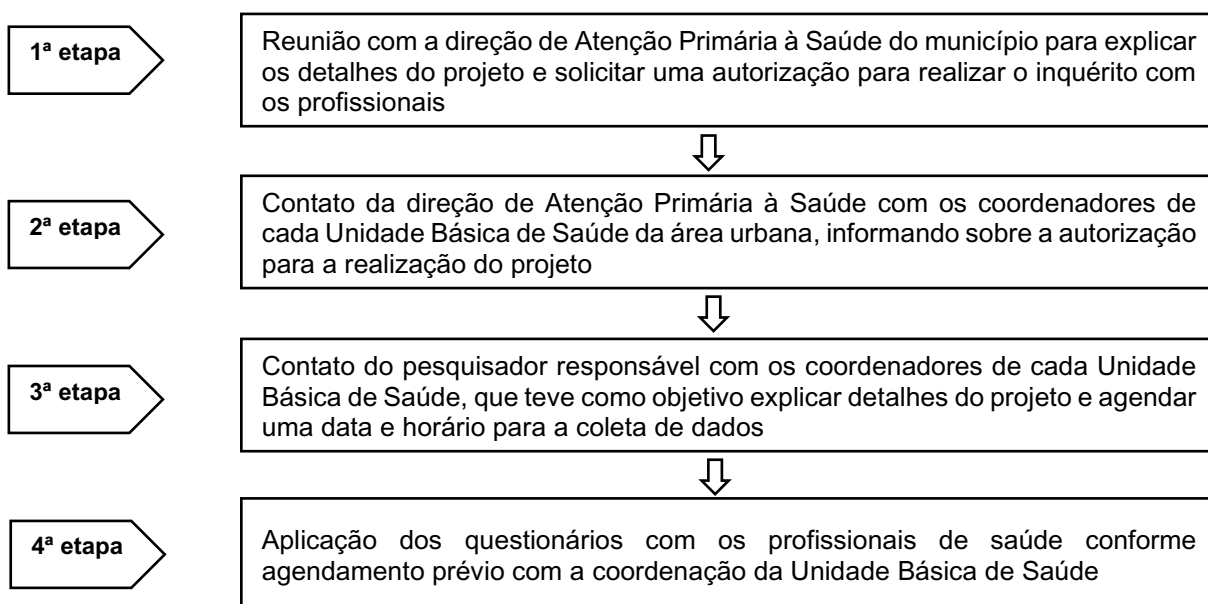
3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (nº 2.882.260) (ANEXO A). Os participantes foram informados sobre a voluntariedade para a participação na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), de acordo com as recomendações do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde.

4 COLETA DE DADOS

Para que a coleta de dados fosse possível, houve uma sequência de etapas que foram adotadas e estão apresentadas na Figura 7. A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020, sendo conduzida por um entrevistador. As entrevistas foram realizadas de maneira individual e reservadas em uma sala pré-determinada pelo coordenador de cada UBS. Todas as coletas foram realizadas no período da manhã, geralmente iniciando com os agentes comunitários em saúde, enfermeiros e, posteriormente, com os médicos. O tempo médio de entrevista foi de 10 minutos ($\pm 1,65$; 6-15).

Figura 7. Unidades Básicas de Saúde da área urbana de São José dos Pinhais-PR.



Fonte: elaboração própria (2020)

4.1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados com questionários previamente validados e/ou com base em pesquisas semelhantes, adaptados ao contexto local (HIRVENSALO *et al.*, 2003; HALLAL *et al.*, 2010; DURO *et al.*, 2015; SALLIS *et al.*, 2015). O questionário (APÊNDICE B) apresentava 13 blocos e 59 questões e foi previamente testado em

coleta piloto.

4.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.2.1 Aconselhamento para a prática de atividade física

O aconselhamento para a prática de atividade física foi avaliado com base na resposta dicotômica (*não, sim*) para a questão: *‘Durante suas consultas/visitas domiciliares, você realiza regularmente aconselhamento para a prática de atividade física aos usuários?’*. Esta medida foi utilizada em estudos semelhantes e adaptada ao contexto local (WALSH *et al.*, 1999; CHO *et al.*, 2003; FLORINDO *et al.*, 2013; FLORINDO *et al.*, 2015).

4.2.2. Características sociodemográficas

O sexo foi observado (*masculino, feminino*) e a idade foi contabilizada com base na subtração da data de nascimento do participante da data da realização da entrevista, divididos por 365,25 (*data avaliação – data nascimento/365,25*). A idade foi agrupada em três faixas etárias (*≤30 anos, 31-40 anos e >50 anos*) (FLORINDO *et al.*, 2013). O estado civil foi avaliado com a questão: *Qual seu estado civil? (solteiro(a), casado(a)/união estável e divorciado(a)/viúvo(a))* (IBGE, 2016).

A escolaridade dos profissionais de saúde que não possuíam curso superior foi obtida com a questão *Qual seu nível de escolaridade?*, e agrupada em quatro categorias (*analfabeto/fundamental I incompleto, fundamental I completo/ Fundamental II incompleto, fundamental II completo/ médio incompleto, médio completo/superior incompleto*) (VIGITEL, 2017). Para a classificação do nível socioeconômico, foi utilizado o questionário padronizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) que avalia a posse de utensílios domésticos, presença de empregado doméstico, água encanada, rua pavimentada/asfaltada e nível de escolaridade do responsável financeira no domicílio. Com base nos escores, os participantes foram classificados em sete níveis (A1, A2, B1, B2, C, D, E) (ABEP, 2018). Para o presente estudo, foi utilizada uma classificação em quatro níveis: A (A1 + A2), B (B1 + B2), C e D (D + E) (GOMES *et al.*, 2018).

4.2.3 Condições de saúde

O estado nutricional foi estimado com base no índice de massa corporal (IMC), calculado com os dados de massa corporal (kg) e a estatura (metros) autorreportadas [(kg/(m)²] (SCHMIDT *et al.*, 1993). Os participantes foram classificados em *peso normal* (IMC ≤24,9 kg/m²), *excesso de peso* (IMC entre 25-29,9 kg/m²) e *obesidade* (IMC > 30 kg/m²) (WHO, 2006).

A prática de atividade física, em uma semana habitual, foi avaliada com o módulo de lazer do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), na sua versão longa. O IPAQ foi proposto por um grupo de pesquisadores, durante uma reunião, em abril de 1998, em Genebra, Suíça, para avaliar mundialmente as atividades físicas de maneira padronizada nos quatro domínios (*doméstico, lazer, ocupação, deslocamento*) (CRAIG *et al.*, 2003), com um questionário adaptado para vários contextos, culturas e populações, para que fosse possível realizar comparações globais (HALLAL *et al.*, 2010). O IPAQ foi traduzido, adaptado e validado para a utilização no contexto brasileiro e é frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos (MATSUDO *et al.*, 2001; TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013; DURO *et al.*, 2015).

Para avaliar a atividade física no tempo de lazer, os participantes relataram a frequência semanal e o tempo médio por dia em que realizavam pelo menos 10 minutos de caminhada, de atividades físicas de intensidade moderada (3-5,9 equivalentes metabólicos) e/ou vigorosa (≥ 6 equivalentes metabólicos) (DHHS, 2018). O nível de atividade física foi computado pela razão entre a frequência semanal e o tempo médio de duração de cada atividade. O escore de atividade física total foi calculado com a equação: [min/sem caminhada + min/sem atividade moderada + (min/sem atividade vigorosa *2)] (CRAIG *et al.*, 2003). As práticas de *caminhada, atividade física moderada e vigorosa*, foram categorizadas em *0-9 min versus ≥ 10 minutos* e *<150 min/sem versus ≥150 min/sem* (DHHS, 2018).

4.2.4 Conhecimento sobre atividade física

O conhecimento dos profissionais sobre as recomendações de atividade física foi mensurado inicialmente através da questão *Como você considera seu*

conhecimento sobre as recomendações de atividade física?, com cinco opções de resposta através do modelo de escala Likert *muito ruim, ruim, moderado, bom e muito bom*. Esta questão foi adaptada de um estudo de base populacional realizado no Brasil com profissionais de saúde de UBS (FLORINDO *et al.*, 2013).

Posteriormente, foi realizada a questão *Você conhece quais são as recomendações de atividade física para pessoas adultas aparentemente saudáveis, com relação a atividade física moderada a vigorosa?* sendo a opção de resposta dicotômica *não, sim*. Para os profissionais que responderam de maneira positiva, houve duas questões posteriores à respeito da frequência semanal e tempo mínimo recomendado para à atividade física moderada: *Qual a frequência semanal que o indivíduo deve realizar de atividade física moderada para obter benefícios a saúde?*, tendo como opções de resposta *1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7*; e *Nesses dias, qual o tempo mínimo recomendado de atividade física moderada para obter benefícios a saúde?*

Finalmente duas questões à respeito da frequência semanal e tempo mínimo recomendado para à atividade física vigorosa: *Qual a frequência semanal que o indivíduo deve realizar de atividade física vigorosa para obter benefícios a saúde?* Tendo como opções de resposta *1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7*; *Nesses dias, qual o tempo mínimo recomendado de atividade física vigorosa para obter benefícios à saúde?*, sendo aberta a opção de resposta, em que o profissional citou o tempo em que acredita ser o correto tanto para a atividade física moderada quanto para vigorosa. Estas questões foram adaptadas de estudos realizados com profissionais de UBS no Brasil (FLORINDO *et al.*, 2013; FLORINDO *et al.*, 2015).

Foram consideradas as respostas corretas para atividade físicas moderadas a opção de *5 dias por semana e 30 minutos de atividade física por dia*. Já para a atividade física vigorosa, foi considerada como correta, a soma do tempo mínimo recomendado *por dia*, em que se totalize *75 minutos*. Estas opções de respostas corretas são baseadas na recomendação de atividade física moderada e vigorosa para adultos aparentemente saudáveis da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006).

4.2.5. Características laborais

O fato do profissional da saúde possuir especialização em saúde pública ou saúde da família foi avaliado com a resposta dicotômica (*não, sim*) para a questão *Você possui especialização em saúde pública ou saúde da família?* (FLORINDO *et al.*, 2013). O tempo em que o profissional trabalha na mesma UBS em que foi entrevistado foi avaliado com a questão *Há quanto tempo você trabalha nesta UBS?*, sendo a opção de resposta aberta, tendo sido posteriormente categorizada em *1-12 meses, 13-60 meses e > 60 meses* (FLORINDO *et al.*, 2013). Com relação à quantidade de pacientes atendidos por dia, foi utilizada a questão *Em média, quantos pacientes vocês atendem por dia?*, sendo a opção de resposta aberta e posteriormente multiplicada por 5 para refletir a quantidade média de pacientes atendidos por semana, sendo categorizado posteriormente em *≤80, 81-160 e >160* (FLORINDO *et al.*, 2013). O tempo médio de duração dos atendimentos foi avaliado com a questão *Em média, quanto tempo tem a duração das suas consultas/visitas domiciliares?*, sendo a resposta aberta e em minutos por consulta. Posteriormente, houve a categorização em *≤15 min e >15 min*.

5 ANÁLISE DE DADOS

A digitação dos dados foi realizada no *software* Epidata e cada variável foi revisada com a análise exploratória para identificar possíveis erros de digitação, os quais foram manualmente corrigidos no banco de dados. As análises foram realizadas com a estatística descritiva e distribuição de frequências absolutas e relativas.

Em seguida, foi realizada a análise exploratória dos dados em que as variáveis sociodemográficas, de saúde, de conhecimento sobre atividade física e laborais foram descritas entre as categorias profissionais. Essas análises foram realizadas com o teste de qui-quadrado (χ^2) para heterogeneidade ou para tendência linear.

As análises inferenciais foram realizadas em duas etapas para que fosse possível responder os objetivos do estudo. Em uma primeira etapa, para analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas, de saúde, de conhecimento sobre atividades física e laborais (variáveis independentes) com o aconselhamento para a atividade física realizado (variável dependente), a prevalência de aconselhamento foi descrita entre as categorias das variáveis independentes e a força e o sentido da associação analisadas com a regressão de Poisson com variância robusta, cálculo da razão de prevalência (RP) e intervalo com 95% de confiança (IC95%) para as estimativas.

Após a realização da análise bivariada, todas as variáveis do mesmo nível ou do nível superior – que apresentaram valor de $p < 0,20$ – foram selecionadas para o ajuste no modelo multivariável. O modelo final de análise foi realizado seguindo um modelo múltiplo elaborado a partir da estrutura hierárquica com quatro níveis e as seguintes variáveis: *nível 1* = características sociodemográficas; *nível 2* = condições de saúde; *nível 3* = conhecimento sobre atividade física; *nível 4* = características laborais.

Na segunda etapa das análises inferenciais, após a elaboração das análises bivariadas, o modelo final foi ajustado para as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada realizada na primeira etapa (*faixa etária; estado civil; nível socioeconômico; caminhada no lazer; atividade física moderada no lazer; atividade física vigorosa no lazer; atividade física total no lazer; percepção de conhecimento sobre as recomendações de atividade física; relato de conhecimento sobre as recomendações de atividade física; e conhecimento sobre recomendação de atividade física moderada para a saúde*).

As análises foram realizadas no *software* SPSS 21 e o nível de significância mantido em 5%.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE, CONHECIMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E CARACTERÍSTICAS LABORAIS

A maior proporção dos participantes era do sexo feminino (75,0%), estavam na faixa etária de 31-40 anos (48,0%), eram casados ou em união estável (63,5%), com ensino superior completo (65,5%) e de nível socioeconômico B (83,1%) (Tabela 13). Entre as categorias profissionais, houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis: sexo ($p < 0,001$); faixa etária ($p < 0,001$); escolaridade ($p < 0,001$); e nível socioeconômico ($p < 0,001$) (Tabela 13).

Em relação às condições de saúde, a maior proporção dos participantes apresentou IMC entre 25-29,9 kg/m² (41,2%).

Quanto ao nível de atividade física no lazer, 6,8% e 20,3% relataram realizar pelo menos 150 minutos por semana de caminhada e atividade física moderada, respectivamente, enquanto 2,7% relataram realizar pelo menos 75 minutos por de atividade física vigorosa. Quando utilizado o ponto de corte de pelo menos 10 minutos de atividade física, este número aumentou para 14,9% na caminhada, 27,7% na atividade física moderada e 5,4% na atividade física vigorosa. Atinente ao cálculo do escore semanal de atividade física, 31,1% dos participantes cumpriram a recomendação da OMS de realizar pelo menos 150 minutos de atividade física por semana (Tabela 13). Entre as categorias profissionais, houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis: atividade física moderada no lazer ($p < 0,001$); atividade física total no lazer $0-9min/sem | \geq 10min/sem$ ($p = 0,015$); e $< 150min/sem | \geq 150 min/sem$ ($p < 0,001$) (Tabela 13).

Com relação ao conhecimento dos profissionais sobre as recomendações de atividade física moderada ou vigorosa para adultos aparentemente saudáveis, 44,6% e 31,1% dos profissionais classificaram o conhecimento como sendo *moderado* e *bom*, respectivamente, enquanto 1,4% classificaram como *muito bom*. Cerca de 69,6% dos profissionais relataram conhecer as recomendações de atividade física para a saúde com relação a atividade física moderada ou vigorosa, entretanto, apenas 5,4% relataram de maneira correta o tempo mínimo recomendado de atividade física moderada e 0,0% relataram de maneira correta o tempo mínimo recomendado de atividade física vigorosa (Tabela 13). Entre as categorias profissionais, houve

diferença estatisticamente significativa na variável: relatar de maneira correta o tempo mínimo recomendado de atividade física moderada ($p=0,035$) (Tabela 13).

Em relação as características laborais, apenas 8,8% dos profissionais relataram possui especialização em saúde pública ou saúde da família. A maior proporção dos profissionais trabalha na mesma UBS >60 meses (43,2%), atendem em média entre 81-160 pacientes por semana (79,7%) e possuem um tempo médio de duração dos atendimentos >15 minutos (57,4%) (Tabela13). Entre as categorias profissionais, houve diferença estatisticamente significativa na variável: relatar de maneira correta o tempo mínimo recomendado de atividade física moderada ($p=0,035$) (Tabela 13). Entre as categorias profissionais, houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis: possuir especialização em saúde pública ou saúde da família ($p=0,004$); tempo que trabalha na mesma UBS ($p<0,001$); quantidade média de pacientes atendidos por semana ($p=0,030$); e tempo médio da duração dos atendimentos ($p<0,001$).

Tabela 13. Características sociodemográficas, de saúde, de conhecimento sobre atividade física e características laborais dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=148)

Categoria	Médicos (n=44)		Enfermeiros (n=45)		Agentes comunitários em saúde (n=59)		p	Todos os profissionais (n=148)			
	n	%	n	%	n	%		n	%		
<i>Características sociodemográficas</i>											
Sexo	Feminino	22	50,0	37	82,2	52	88,1	< 0,001	111	75,0	
	Masculino	22	50,0	8	17,8	7	11,9		37	25,0	
Faixa etária (anos)	≤ 30	20	45,5	1	2,2	2	3,4	< 0,001	23	15,5	
	31-40	18	40,9	36	80,0	17	28,8		71	48,0	
	> 40	6	13,6	8	17,8	40	67,8		54	36,5	
Estado civil	Solteiro	19	43,2	14	31,1	14	23,7	0,152	47	31,8	
	Casado/união estável	24	54,5	30	66,7	40	67,8		94	63,5	
	Divorciado/viúvo	1	2,3	1	2,2	5	8,5		7	4,7	
Escolaridade (ensino)	Médio completo/superior incompleto	0	0,0	0	0,0	50	84,7	< 0,001	51	34,5	
	Superior completo	44	100,0	45	100,0	9	15,3		97	65,5	
Nível socioeconômico	A	7	15,9	0	0,0	0	0,0	< 0,001	7	4,7	
	B	37	84,1	45	100,0	41	69,5		123	83,1	
	C	0	0,0	0	0,0	18	30,5		18	12,2	
<i>Condições de saúde</i>											
Índice de massa corporal	Peso normal	21	47,7	18	40,0	16	27,1	0,052	55	37,2	
	Excesso de peso	19	43,2	18	40,0	24	40,7		61	41,2	
	Obesidade	4	9,1	9	20,0	19	32,2		32	21,6	
Caminhada no lazer	0-9 min/sem	36	81,8	42	93,3	48	81,4	0,830	126	85,1	
	≥ 10 min/sem	8	18,2	3	6,7	11	18,6		22	14,9	
	< 150 min/sem	40	90,9	44	97,8	54	91,5		0,996	138	93,2
	≥ 150 min/sem	4	9,1	1	2,2	5	8,5			10	6,8

Atividade física moderada no lazer	0-9 min/sem	22	50,0	35	77,8	50	84,7	< 0,001	107	72,3
	≥ 10 min/sem	22	50,0	10	22,2	9	15,3		41	27,7
	< 150 min/sem	27	61,4	37	82,2	54	91,5	< 0,001	118	79,7
	≥ 150 min/sem	17	38,6	8	17,8	5	8,5		30	20,3
Atividade física vigorosa no lazer	0-9 min/sem	41	93,2	42	93,3	57	96,6	0,428	140	94,6
	≥ 10 min/sem	3	6,8	3	6,7	2	3,4		8	5,4
	< 74 min/sem	43	97,7	43	95,6	58	98,3	0,805	144	97,3
	≥ 75 min/sem	1	2,3	2	4,4	1	1,7		4	2,7
Atividade física total no lazer*	0-9 min/sem	18	40,9	32	71,1	39	66,1	0,015	89	60,1
	≥ 10 min/sem	26	59,1	13	28,9	20	33,9		59	39,9
	< 150 min/sem	20	45,5	34	75,6	48	81,4	< 0,001	102	68,9
	≥ 150 min/sem	24	54,5	11	24,4	11	18,6		46	31,1
<i>Conhecimento sobre as recomendações de atividade física</i>										
Como você considera seu conhecimento sobre as recomendações de atividade física para a saúde?	Muito ruim	1	2,3	1	2,2	1	1,7	0,776	3	2,0
	Ruim	5	11,4	14	31,1	12	20,3		31	20,9
	Moderado	20	45,5	22	48,9	24	40,7		66	44,6
	Bom	18	40,9	8	17,8	20	33,9		46	31,1
	Muito bom	0	0,0	0	0,0	2	3,4		2	1,4
Você conhece as recomendações de atividade física com relação a atividade moderada ou vigorosa?	Não	8	18,2	19	42,2	18	30,5	0,242	45	30,4
	Sim	36	81,8	26	57,8	41	69,5		103	69,6
Relatou de maneira correta o tempo mínimo recomendado de atividade física moderada	Não	39	88,6	43	95,6	58	98,3	0,035	140	96,4
	Sim	5	11,4	2	4,4	1	1,7		8	5,4
Relatou de maneira correta o tempo mínimo recomendado de atividade física	Não	44	100,0	45	100,0	59	100,0	-	148	100,0
	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0	0,0

vigorosa

Características laborais

Possui especialização em saúde pública ou saúde da família	Não	37	84,1	39	86,7	59	100,0	0,004	135	91,2
	Sim	7	15,9	6	13,3	0	0,0		13	8,8
Tempo que trabalha na mesma UBS (meses)	1 – 12	19	43,2	14	31,1	1	1,7	< 0,001	34	23,0
	13 – 60	21	47,7	22	48,9	7	11,9		50	33,8
	> 60	4	9,1	9	20,0	51	86,4		64	43,2
Quantidade média de pacientes atendidos por semana	≤ 80	7	15,9	12	26,7	3	5,1	0,030	22	14,9
	81 – 160	36	81,8	30	66,7	52	88,1		118	79,7
	>160	1	2,3	3	6,7	4	6,8		8	5,4
Tempo médio de duração dos atendimentos (minutos)	≤15	28	63,6	27	60,0	8	13,6	< 0,001	63	42,6
	>15	16	36,4	18	40,0	51	86,4		85	57,4

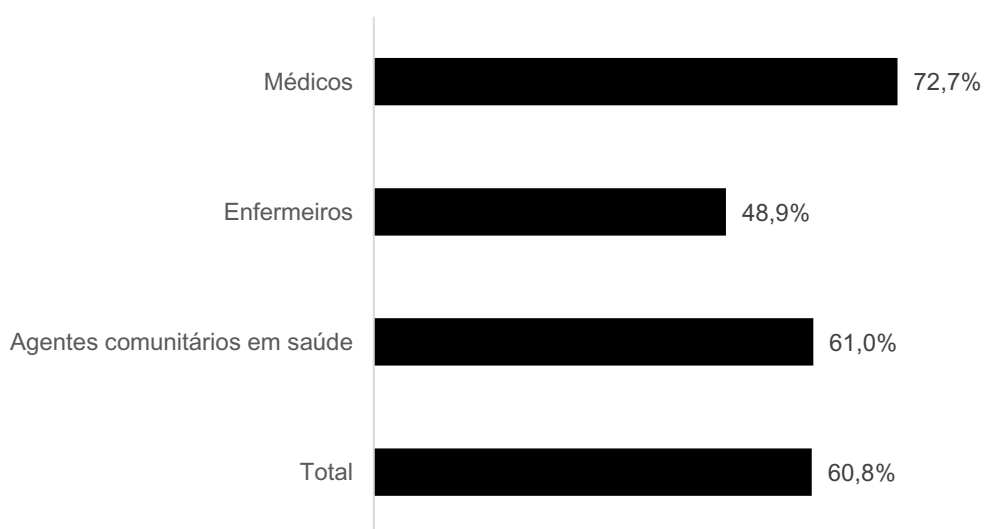
*min/sem de caminhada + min/sem de atividades físicas moderadas + (min/sem de atividades físicas vigorosas*2).

Fonte: elaboração própria, 2020.

6.2 PREVALÊNCIA DE ACONSELHAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

A prevalência de aconselhamento para a atividade física foi de 60,8%. Houve maior proporção de aconselhamento entre os médicos (72,7%), sem diferença significativa entre as categorias profissionais ($p=0,299$).

Figura 8. Prevalência de aconselhamento para a atividade física entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=148)



Fonte: elaboração própria, 2020.

6.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE, CONHECIMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E CARACTERÍSTICAS LABORAIS E O ACONSELHAMENTO PARA A ATIVIDADE FÍSICA

Na análise bivariada, a variável sociodemográfica estado civil “divorciado/viúvo” (RP: 1,49; IC95%: 1,01-2,20; $p=0,044$) apresentou associação positiva com o aconselhamento, e as variáveis de nível socioeconômico “B” (RP: 0,57; IC95%: 0,49-0,67; $p<0,001$) e “C” (RP: 0,66; IC95%: 0,48-0,92; $p=0,015$) apresentaram associação inversa com o aconselhamento (Tabela 14).

Após o ajuste para as possíveis variáveis de confusão, na análise multivariada, as variáveis sociodemográficas estado civil *divorciado/viúvo* (RP: 1,64; IC95%: 1,00-2,66; $p=0,048$) e nível socioeconômico “B” (RP: 0,59; IC95%: 0,49-0,69; $p<0,001$) e “C” (RP: 0,64; IC95% 0,45-0,92; $p=0,016$) mantiveram a associação com o aconselhamento.

Em relação as condições de saúde, *caminhada no lazer $\geq 10min$* (RP: 1,33; IC95% 1,01-1,74; $p=0,037$), *atividade física moderada no lazer $\geq 10min$* (RP: 1,66; IC95%: 1,32-2,07; $p<0,001$) e $\geq 150min$ (RP: 1,68; IC95%: 1,37-2,07; $p<0,001$), *atividade vigorosa no lazer $\geq 10min$* (RP: 1,47; IC95%: 1,09-1,98; $p=0,010$) e $\geq 75min$ (RP: 1,47; IC95%: 1,09-1,98; $p=0,010$) e *atividade física total no lazer $\geq 10min$* (RP: 1,64; IC95%: 1,28-2,11; $p<0,001$) e $\geq 150min$ (RP: 1,69; IC95%: 1,34-2,13; $p<0,001$) apresentaram associação positiva com o aconselhamento (Tabela 14).

Após o ajuste para as possíveis variáveis de confusão, na análise multivariada, as variáveis *atividade física moderada no lazer $\geq 10min/sem$* (RP: 1,61; IC95%: 1,27-2,02; $p<0,001$) e $\geq 150min/sem$ (RP: 1,64; IC95%: 1,32-2,03; $p<0,001$) e atividade física total no lazer $\geq 10min/sem$ (RP: 1,62; IC95%: 1,26-2,09; $p<0,001$) e $\geq 150min/sem$ (RP: 1,70; IC95%: 1,32-2,18; $p<0,001$) mantiveram associação positiva com o aconselhamento.

Entre as variáveis de conhecimento sobre atividade física, percepção de conhecimento sobre as recomendações *moderada* (RP: 2,26; IC95%: 1,31-3,92; $p=0,003$) e *boa/muito boa* (RP: 2,55; IC95% 1,47-4,40; $p<0,001$), relatou conhecer as recomendações de atividade física moderada ou vigorosa *sim* (RP: 2,18; IC95%: 1,42-3,35; $p<0,001$) e conhece a recomendação de atividade física moderada para a saúde *sim* (RP: 1,47; IC95%: 1,09-1,98; $p=0,010$) apresentaram associação positiva com o aconselhamento (Tabela 14).

Após o ajuste para as possíveis variáveis de confusão, na análise multivariada, a variável relatou conhecer as recomendações de atividade física moderada ou vigorosa para a saúde *sim* (RP: 1,78; IC95%: 1,06-3,00; p=0,028) manteve a associação positiva com o aconselhamento.

Tabela 14. Associação entre características sociodemográficas, condições de saúde, conhecimento sobre atividade física e características laborais com o aconselhamento para a atividade física realizada por profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais-PR, 2019-2020 (n=148)

Variáveis	Categoria	n	%	Análise bivariada			Análise multivariável		
				RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Características sociodemográficas									
Sexo	Feminino	65	58,6	1					
	Masculino	25	67,6	1,15	0,87-1,51	0,304	-	-	-
Faixa etária	< 30 anos	16	69,6	1					
	31 – 40 anos	38	53,5	0,76	0,54-1,08	0,138	-	-	-
	> 40 anos	36	66,7	0,95	0,68-1,33	0,800	-	-	-
Estado civil	Solteiro	27	57,4	1					
	Casado/união estável	57	60,6	1,05	0,78-1,41	0,720	1		
	Divorciado/viúvo	6	85,7	1,49	1,01-2,20	0,044	1,63^a	1,00-2,66	0,048
Nível de escolaridade	Médio completo/superior incompleto	33	66,0	1					
	Superior completo	57	58,2	0,86	0,66-1,12	0,275	-	-	-
Nível socioeconômico	A	7	100,0	1			1		
	B	71	57,7	0,57	0,49-0,67	<0,001	0,59^a	0,49-0,69	<0,001
	C	12	66,7	0,66	0,48-0,92	0,015	0,64^a	0,45-0,92	0,016
Características de saúde									
Índice de massa corporal	< 24,9 kg/m ²	34	60,7	1					
	25 – 29,9 kg/m ²	39	65,0	1,09	0,82-1,44	0,537	-	-	-
	≥ 30 kg/m ²	17	53,1	0,88	0,59-1,30	0,451	-	-	-
Caminhada no lazer	0 – 9 min/sem	73	57,9	1			1		
	≥ 10 min/sem	17	77,3	1,33	1,01-1,74	0,037	1,30^b	0,99-1,70	0,056
Caminhada no lazer	0 – 149 min/sem	83	60,1	1					
	≥ 150 min/sem	7	70,0	1,16	0,75-1,78	0,487	-	-	-
Atividade física moderada no lazer	0 – 9 min/sem	55	51,4	1			1		
	≥ 10 min/sem	35	85,4	1,66	1,32-2,07	<0,001	1,61^b	1,27-2,02	<0,001
Atividade física moderada no lazer	0 – 149 min/sem	63	53,4	1			1		
	≥ 150 min/sem	27	90,0	1,68	1,37-2,07	<0,001	1,64^b	1,32-2,03	<0,001
Atividade física vigorosa no lazer	0 – 9 min/sem	83	59,3	1			1		
	≥ 10 min/sem	7	87,5	1,47	1,09-1,98	0,010	1,31^b	0,90-1,90	0,153
Atividade física vigorosa no lazer	0 – 74 min/sem	83	59,3	1			1		
	≥ 75 min/sem	7	87,5	1,47	1,09-1,98	0,010	1,25^b	0,67-2,32	0,477

Atividade física total no lazer*	0 – 9 min/sem	43	48,3	1			1		
	≥ 10 min/sem	47	79,7	1,64	1,28-2,11	<0,001	1,62^b	1,26-2,09	<0,001
Atividade física total no lazer*	0 – 149 min/sem	51	50,0	1			1		
	≥ 150 min/sem	39	84,8	1,69	1,34 – 2,13	<0,001	1,70^b	1,32-2,18	<0,001
Conhecimento sobre as recomendações de atividade física									
Percepção de conhecimento sobre as recomendações de atividade física para a saúde	Ruim/muito ruim	10	29,4	1			1		
	Moderado	44	66,7	2,26	1,31 – 3,92	0,003	1,42 ^c	0,62-3,23	0,397
	Bom/muito bom	36	75,0	2,55	1,47 – 4,40	<0,001	1,43 ^c	0,59-3,43	0,419
Relatou conhecer as recomendações de atividade física moderada ou vigorosa para a saúde	Não	15	33,3	1			1		
	Sim	75	72,8	2,18	1,42 – 3,35	<0,001	1,78^c	1,06-3,00	0,028
Conhece a recomendação de atividade física moderada para a saúde	Não	83	59,3	1			1		
	Sim	7	87,5	1,47	1,09-1,98	0,010	1,28 ^c	0,84-1,94	0,238
Características laborais									
Possui especialização em saúde pública ou saúde da família	Não	80	59,3	1			-	-	-
	Sim	10	76,9	1,29	0,93-1,80	0,120	-	-	-
Tempo que trabalha na mesma UBS (meses)	1 – 12	20	58,8	1			-	-	-
	13 – 60	33	66,0	1,12	0,79-1,58	0,513	-	-	-
	> 60	37	57,8	0,98	0,69-1,39	0,923	-	-	-
Quantidade média de pacientes atendidos por semana	≤80	15	68,2	1			-	-	-
	81 – 160	70	59,3	0,87	0,63-1,20	0,397	-	-	-
	>160	5	62,5	0,91	0,49-1,68	0,779	-	-	-
Tempo médio da duração dos atendimentos (minutos)	≤15	36	57,1	1			-	-	-
	>15	54	63,5	1,11	0,85-1,45	0,438	-	-	-

* min/sem de caminhada + min/sem de atividades físicas moderadas + (min/sem de atividades físicas vigorosas*2);

^a Ajustada para as variáveis do mesmo nível que apresentaram p<0,20 no modelo bivariado;

^b Ajustada para as variáveis do mesmo nível ou superior que apresentaram p<0,20 no modelo bivariado;

^c Ajustada para as variáveis do mesmo nível ou superiores que apresentaram p<0,20 no modelo bivariado.

Fonte: elaboração própria, 2020

7 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi analisar de que maneira as características sociodemográficas, as condições de saúde, o conhecimento sobre atividade física e as características laborais associam-se com o aconselhamento para a atividade física realizado por profissionais da saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde de São José dos Pinhais, Paraná, um município de médio porte da região sul do Brasil. A metodologia utilizada permitiu avaliar todos os profissionais médicos e enfermeiros, bem como uma amostra representativa dos agentes comunitários em saúde das Unidades Básicas de Saúde da área urbana da cidade.

A prevalência de aconselhamento entre os profissionais de saúde foi de 60,8%, e o fato de realizar aconselhamento foi associado com atividade física moderada no lazer (≥ 10 min) e (≥ 150 min), atividade física total no lazer (≥ 10 min) e (≥ 150 min), relato de conhecimento sobre as recomendações de atividade física moderada ou vigorosa para adultos aparentemente saudáveis e com a percepção de conhecimento sobre as recomendações de atividade física moderada ou vigorosa para adultos aparentemente saudáveis.

A prevalência de aconselhamento do presente estudo foi similar ao encontrado em uma recente revisão sistemática, que foi, em média, de 60,2% ($\pm 22,7$) (MORAES *et al.*, 2019). No presente estudo, entre as categorias profissionais, médicos foram os que mais relataram realizar regularmente aconselhamento para a atividade física (72,7%), enquanto enfermeiros foram os que menos relataram realizar (48,9%). Este resultado vai de encontro ao identificado por um estudo de base populacional realizado no Brasil, em que, entre os médicos, houve uma proporção de aconselhamento de 81,2%, e entre os enfermeiros, de 61,4% (FLORINDO *et al.*, 2013). Outro estudo, também, realizado no Brasil, identificou uma prevalência de 46,2% de aconselhamento para a atividade física entre trabalhadores da ESF. Em relação às categorias profissionais, houve maior proporção de aconselhamento entre os médicos (74,5%) e menor entre os agentes comunitários em saúde (42,9%) (NETO *et al.*, 2019).

Entre estudos realizados no exterior, há uma tendência de avaliação apenas com os profissionais médicos, com a prevalência de aconselhamento para a atividade física variando entre 16 e 51% (WALSH *et al.*, 1999; CHO *et al.*, 2003; TSUI *et al.*, 2004; SMITH *et al.*, 2011). Entre os profissionais da saúde que avaliam o nível de

atividade física dos pacientes, a chance de realizar o aconselhamento é 116% maior (FLORINDO *et al.*, 2013). De fato, tem sido fortemente recomendada a avaliação do nível de atividade física como parte dos sinais vitais, para que faça parte da rotina de avaliação básica dos profissionais. Mais que isso, sugere-se que essa avaliação seja feita apenas com a identificação do número de dias em que o paciente realiza atividade física e por quantos minutos realiza a atividade, para a identificação do nível de atividade física com base na recomendação da OMS (BERRA *et al.*, 2015; LOBELO *et al.*, 2018).

No presente estudo, aproximadamente 70% dos profissionais da saúde relataram conhecer as recomendações de atividade física com relação à atividade moderada ou vigorosa para adultos aparentemente saudáveis, e, este resultado apresentou associação positiva com o aconselhamento para a atividade física. Entretanto, apenas 5,4% desses relataram de maneira correta a recomendação para a *atividade física moderada* e nenhum profissional relatou de maneira correta a recomendação para a *atividade física vigorosa*. De fato, os estudos tem sugerido que grande parte dos profissionais da saúde não conhecem as recomendações para a atividade física. No estudo de base populacional realizado no Brasil, 93,2% e 98,9% dos profissionais médicos e enfermeiros responderam de maneira incorreta quanto à duração ou frequência de *atividade física moderada* e *vigorosa*, respectivamente (FLORINDO *et al.*, 2013).

Entre os agentes comunitários em saúde, um estudo identificou que apenas 2,4% relataram de maneira correta a recomendação de *atividade física de intensidade moderada* (FLORINDO *et al.*, 2015). O conhecimento sobre atividade física tem se mostrado um importante fator associado ao aconselhamento, sendo o conhecimento adequado sobre atividade física associado positivamente em um estudo realizado fora do Brasil (WALSH *et al.*, 1999). Além disso, a falta de conhecimento sobre as recomendações de atividade física foi associada negativamente ao aconselhamento em outro estudo (TSUI *et al.*, 2004). A percepção positiva sobre estar preparado para aconselhar é um fator positivo associado ao aconselhamento para a atividade física, tendo sido identificado em alguns estudos (CHO *et al.*, 2003; FLORINDO *et al.*, 2013; NETO *et al.*, 2019)

No entanto, essa percepção positiva pode estar relacionada ao fato de os profissionais relatarem conhecer as recomendações de atividade física, mesmo que não a conheçam de fato. Por exemplo, no presente estudo, a percepção de

conhecimento *boa/muita boa* sobre as recomendações de atividade física foi associada positivamente com o aconselhamento, mesmo que, de fato, apenas 5,4% e 0% dos profissionais tenham relatado de maneira correta as recomendações para a atividade física moderada e vigorosa, respectivamente.

No presente estudo, houve associação positiva entre a prática de *atividade física moderada no lazer* ≥ 10 min/sem e ≥ 150 min/sem, bem como *atividade física total no lazer* ≥ 10 min/sem e ≥ 150 min/sem com o aconselhamento para a atividade física, indicando que os profissionais que são fisicamente ativos no domínio de lazer aconselham mais atividade física quando comparados aos fisicamente inativos. De fato, o nível de atividade física dos profissionais tem sido evidenciado como um importante fator positivo para o aconselhamento. Em um estudo realizado no Brasil, agentes comunitários em saúde que praticavam entre 10 a 149 minutos de atividade física por semana tiveram aproximadamente 4x mais chance de realizar o aconselhamento, e, mais que isso, entre os profissionais que realizam pelo menos 150 minutos de atividade física por semana, a chance de realizar o aconselhamento foi aproximadamente 5x maior (FLORINDO *et al.*, 2015).

Em um estudo realizado fora do Brasil, foi identificado que médicos que realizavam pelo menos 150 minutos de *atividade física moderada a vigorosa* por semana tinham 80% mais chance de realizar o aconselhamento para a atividade física (ALAHMED *et al.*, 2019). De fato, há uma consistência de evidências mostrando que um bom caminho para melhorar a prática de aconselhamento para a atividade física seja de incentivar a própria prática para os profissionais da saúde. Os hábitos de atividade física e alimentação influenciam suas atitudes clínicas em relação à prática de atividade física (FRANK *et al.*, 2010; LOBELO *et al.*, 2014).

É importante que o aconselhamento para a atividade física seja realizado pela maior quantidade de profissionais da APS, mas, além disso, é importante que esse aconselhamento seja realizado de maneira sistematizada e com base em informações adequadas, como as recomendações de atividade física da OMS. A identificação dos fatores associados ao aconselhamento é extremamente importante, pois pode nortear intervenções baseadas em evidência para melhorar os pontos negativos identificados, a fim de aumentar a proporção de aconselhamento. Tal aconselhamento pode vir a ser feito da maneira mais adequada possível, possibilitando, assim, uma chance maior de adesão dos usuários das Unidades Básicas de Saúde, que, por sua vez, muitas vezes possuem pouco conhecimento sobre o assunto.

Além disso, apesar de ser benefício os profissionais de saúde da APS realizarem o aconselhamento, faz-se fundamental a presença do Profissional de Educação Física dentro da equipe multiprofissional, uma vez que este receberá os usuários que previamente já receberam uma informação mais generalizada de outros profissionais e poderá prescrever o exercício físico de maneira mais individualizada ao usuário, principalmente nos casos de portadores de doenças crônicas. Além disso, o Profissional de Educação Física pode atuar como um disseminador de atividade física, desenvolvendo ações que busquem a melhora do nível de atividade física em grande escala, e, com isso, possibilitar uma melhora nos indicadores do município, reduzindo custos relacionados à inatividade física.

As análises dos resultados deste estudo requerem considerações referentes a alguns limites. A amostra foi limitada à UBS da Área Urbana de um município de “médio porte”, mas que possui uma área rural abrangente com 12 Unidades de Saúde, portanto, os resultados não podem ser extrapolados para a área rural. As análises foram referentes a apenas três categorias profissionais (médicos, enfermeiros e agentes comunitários em saúde), não permitindo extrapolar estes resultados para todos os profissionais da saúde que trabalham no contexto das UBS.

Foi realizado um censo entre os profissionais médicos e enfermeiros, entretanto, foram selecionados apenas 1/3 dos ACS, o que não permite extrapolar os resultados para todos os ACS. A medida utilizada para avaliar o aconselhamento foi adaptada e operacionalizada para este estudo, baseada no método “5 A’s”, entretanto, a medida não compactua em sua totalidade com a definição conceitual do que de fato é aconselhar, podendo apresentar um viés nos resultados. Por fim, o delineamento transversal limita o estabelecimento de causalidade entre as variáveis.

8 CONCLUSÃO

A prevalência de aconselhamento para a atividade física entre os profissionais da APS foi de 60,8%. O fato de realizar aconselhamento foi associado com o estado civil *divorciado/viúvo*, *nível socioeconômico "B" e "C"*, *atividade física moderada no lazer ≥ 10 min e ≥ 150 min*, *atividade física total no lazer ≥ 10 min e ≥ 150 min* e relato de conhecimento sobre as recomendações de atividade física moderada ou vigorosa para adultos aparentemente saudáveis *sim*.

Este estudo pode contribuir para uma maior compreensão sobre o perfil dos profissionais da saúde da APS, principalmente no que diz respeito ao aconselhamento para a atividade física. A característica exploratória e descritiva do estudo permite uma melhor visualização das questões referentes ao aconselhamento, além disso, permite uma compreensão das diferenças entre as categorias profissionais mediante estes aspectos. De maneira geral, estes resultados podem auxiliar a tomada de decisão dos gestores quanto a possíveis intervenções a serem realizadas com o objetivo de melhorar a prática de aconselhamento realizado pelos profissionais de saúde da APS.

Futuros estudos podem propor intervenções voltadas aos profissionais da saúde para imponderá-los nas ações de aconselhamento para a atividade física no dia a dia. Ademais, estas intervenções podem ser conduzidas de maneiras diferentes com base nas necessidades de cada categoria profissional.

REFERÊNCIAS

ABEP. **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2018.

ALAHMED Z.; LOBELO F. Correlates of physical activity counseling provided by physicians: a cross-sectional study in Eastern Province, Saudi Arabia. **Plos One**, 2019.

AMORIM, T. C. ; HALLAL, P. C.; AZEVEDO, M. R. Physical activity levels according to physical and social environmental factors in a sample of adults living in south Brazil. **J Phys Act Health**, v. 7, n. 2, p. 204-212, 2010.

AUYOUNG, M. et al. Integrating Physical Activity in Primary Care Practice. **Am J Med**. v. 129(10):1022-9, 2016.

BARNES, P. M.; SCHOENBORN, C. A. Trends in adults receiving a recommendation for exercise or other physical activity from a physician or other health professional. **NCHS data brief**, n. 86, p. 1–8, 2012.

BAUMANN, AE. et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?. **The Lancet**, v. 380, n. 9838 , p. 258-71, 2012.

BECKER, L.; GONÇALVES, P. B.; REIS, R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 2, p. 110-122, 2016.

BERRA, K.; RIPPE, J.; MANSON, J.E. Making physical activity counseling a priority in clinical practice. **JAMA**, Dec/2015.

BOCK, C.; DIEHM, C.; SCHNEIDER, S. Physical activity promotion in primary health care: results from a German physician survey. **The European journal of general practice**, v. 18, n. 2, p. 86-91, 2012.

BIELEMANN, R. M. et al. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. **Cad Saúde Pública**, v. 49, n. 75, 2015.

BRASIL. Constituição (1989). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BURNS, K. J.; CAMAIONE, D.N.; CHATTERTON, C.T. Prescription of physical activity by adult nurse practitioners: a national survey. **Nurs Outlook.**; v. 48, n. 1, p. 28-33, 2000.

CARVALHO, F.F.B.; NOGUEIRA, J.A.D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na atenção Básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, 2016.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rep**, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CHO, H.J. et al. Attitudes and reported practices of Korean primary care physicians for health promotion. **J Korean Med Sci**, v. 18, n. 6, p. 783-790, 2003.

CRAIG, C. L. et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Med Sci Sports Exerc**, v. 35, n. 8, p. 1381-1395, 2003.

DHHS, U. S. Physical Activity Guidelines for American. **U.S. Department of Health and Human Services**, v. 2º, 2018.

DING, D. et al. The economic burden of physical inactivity : a global analysis of major non-communicable diseases. **The Lancet**, v. 6736, n. 16, p. 1–14, 2016.

DURO, S. M. et al. Adult Physical Activity Counseling by Health Professionals in Brazil: A National Urban Population Survey. **J Phys Act Health**, v. 12, n. 8, p. 1177-83, 2015.

FLORES, T. R. et al. Counseling by health professionals and healthy behaviors among the elderly: population-based study in Pelotas, South of Brazil, 2014. In: **Epidemiol Serv Saude**, v. 27, n. 1, p. e201720112, 2018.

FLORINDO, A.A., MIELKE, G.I., GOMES, G.A.d.O. et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, 13, 794 (2013).

FLORINDO, A. A. et al. Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. **BMC Public Health**, v. 15, p. 344-352, 2015.

FRANK, E.; SEGURA, C.; SHEN, H.; OBERG, E. Predictors of Canadian physicians prevention counseling practices. **Can J Public Heal**, 2010.

FLORINDO, A. A. 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 Cineantropom Desempenho Hum**, v. 14, n. 6, p. 647-659, 2012.

GAGLIARDI, A, R. et al. Factors contributing to the effectiveness of physical activity counseling in primary care: a realist systematic review. **Patient Education and Counseling**, v. 98, n. 4 p. 412-419, 2015.

GLASGOW, R. E. ; EMONT, S. e MILLER, D. C. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling **Health Promotion International**, v. 21, n. 4, p. 245-255, 2006.

GOMES, G. A. O. et al. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Bras Ciênc Esporte**, v. 41, n.3, p. 263-270, 2018.

GUTHOLD, R. et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 10, p. e1077-e1086, 2018.

HALLAL, P. C. et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. **J Phys Act Health**, v. 7, n. 2, p. 8259-8264, 2010.

HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 247-257, 2012.

HEALY, G. N. et al. Measurement of adults' sedentary time in population-based studies. **Am J Prev Med**, v. 41, n. 2, p. 216-27, 2011.

HEAT G. W. et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. **The Lancet**. V. 380: p. 272-81, 2012.

HOGG, W. E. et al. The Cost of Integrating a Physical Activity Counselor in the Primary Health Care Team. **J Am Board Fam Med**. v. 25, n. 2, p. 250–252, 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2018. DIRETORIA DE PESQUISAS, C. D. P. E. I. S. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016.** Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Perfil Avançado do Município de São José dos Pinhais 2018.** Disponível em:<<http://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Perfil-avancado-dos-municipios>> Acesso em: 15 mar. 2019.

JAMES EL, BMED BDE, JOHNSON NA, STACEY FG, BROWN WJ, HOLLIDAY EG *et al.* Referral for expert physical activity counseling: A pragmatic RCT. **Am J Prev Med**, v. 53, n. 4, p. 490-499, 2017.

KOHL, H. W. et al. The pandemic of physical inactivity : global action for public health. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 294–305, 2012.

LIBERATI, A. et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7: e1000100, 2009.

LEE, I. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide : an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 2012.

LOBELO, F.; QUEVEDO, I.G. The evidence in support of physicians and health care providers as physical activity role models. **Am J Lifestyle Med**, v. 10 n. 1 p. 36-52, 2014.

LOBELO, F. et al. Routine assesement and promotion of physical activity in healthcare settings. A scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**, 2018.

MALAVASI, L. M. et al. Escala de mobilidade ativa no ambiente comunitário - NEWS Brasil: Retradução e reprodutibilidade. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 9, n. 4, p. 339-350, 2007.

MALTA, D. C. et al. A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v. 13, n. 1, 2008.

MALTA, D. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025 : uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 22, n. 1, p. 151–164, 2013.

MATSUDO, S. *et al.* Questionário Internaciona de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MCPHAIL, S.; SCHIPPERS, M. An evolving perspective on physical activity counselling by medical professionals. **BMC Family Practice**. p. 4–7, 2012.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2ª. São Paulo: 2008.

MERIWETHER, R. A. et al. Physical Activity Counseling. **Am Fam Physician**, v. 77, n. 8, 2008.

MIELKE, G. I. O comportamento sedentário é o novo tabagismo? **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v. 22, n. 5, p. 419-21, 2017.

MOHER, D. et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Medicine**. v. 6, v, 7: e100097, 2009.

MORAES, S.Q.; SOUZA, J.H.; ARAUJO, P.A.B.; RECH, C.R. Prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática. **Rev Bras Ati Fis Saúde**. 2019;24:e0073.

MORISHITA, Y.; MIKI, A.; OKADA, M.; TSUBOI, S.; ISHIBASHI, K.; ANDO, Y. et al. Exercise counseling of primary care physicians in metabolic syndrome and cardiovascular diseases is associated with their specialty and exercise habits. **Int J Gen Med**. 2014;7:277-83.

NETO JMS, FLORINDO AA, COSTA FF. Associated factors with physical activity counseling among Brazilian Family Health Strategy workers. **Cien Saude Colet [periódico na internet]** (2019/Mai). [Citado em 20/05/2020].

OMURA JD, BELLISSIMO MP, WATSON KB, LOUSTALOT F, FULTON JE, CARLSON SA. Primary care providers physical activity counseling and referral

practices and barriers for cardiovascular disease prevention. **Prev Med.** 2018;108:115-22.

ORROW, G. et al. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ**, 2012;344:e1389.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system : history , advances , and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PARKER, W. et al. They think they know but do they? Misalignment of perceptions of lifestyle modification knowledge among health professionals. **Public Health Nutrition**, v. 14, n. 8, p. 1429–1438, 2011.

PATRA, L.; MINI, G.; MATHEWS, E. et al. Doctors self-reported physical activity, their counseling practices and their correlates in urban Trivandrum, South India: should a full service doctor be a physically active doctor?. **British Journal of Sports Medicine**, bjsports-2012-091995, 2013.

PETERSON, J. A. Get moving! Physical activity counseling in primary care. **J Am Acad Nurse Pract**, v. 19, n. 7, p. 349-57, Jul. 2007

PETRELLA, R.J.; LATTANZIO, C.N.; OVEREND, T.J. Physical activity counseling and prescription among canadian primary care physicians. **Arch Intern Med.** 2007;167(16):1774-81.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23(6):1903-1913, 2018.

PRADO, C.V. et al. Apoio social e prática de atividade física em adolescentes da rede pública de ensino: qual a importância da família e dos amigos?. **Cad Saúde Pública**, v. 30(4):827-838, abr, 2014.

PUCCI GC, RECH CR, FERMINO RC, REIS RS. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Rev Saúde Pública.** 2012;46(1):166-179.

RIBEIRO, E. H. C. et al. Assessment of the effectiveness of physical activity interventions in the Brazilian Unified Health System. **Rev Saúde Pública**, v. 51, p. 56, 2017.

SÁ, GBAR. et al. o Programa academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21(6):1849-1858, 2016.

SAELENS, B. E. *et al.* Neighborhood-Based Differences in Physical Activity: An Environment Scale Evaluation. **Am J Med Health**, v. 93, n. 9, p. 1552-1558, 2003.

SALLIS JF, PROCHASKA JJ, TAYLOR WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. **Med Sci Sports Exerc.** 2000;32(5):963-975.

SANTOS TI, GUERRA PH, ANDRADE DR, FLORINDO AA. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Ativ Fís Saúde.** 2015;20(2);165-73.

SAÚDE, S. M. D. **Plano Operativo 2016.** ADMINISTRATIVO, D. T. São José dos Pinhais: Secretaria Municipal de Saúde 2016.

SAÚDE, S. M. D. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** SAÚDE, S. M. D. São José dos Pinhais - PR 2017.

SBRN. Sedentary Behaviour Research Network. Letter to the Editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. **Appl Physiol Nutr Metab**, v. 37, p. 540-42, 2012.

SCHMIDT, M. I. et al. Validity of self-reported weight - A study of urban brazilian adults. **Rev Saude Publica**, v. 27, n. 4, p. 271-276, 1993.

SHERMAN, S.E.; HERSHMAN, W.Y. Exercise counseling. How do general internists do?. **J Gen Intern Med.** 1993;8(5);243-48.

SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 39-54, 2008.

SMITH, A.W. et al. U.S. primary care physicians diet, physical activity, and weight-related care of adult patients. **Am J Prev Med.** v. 41(1):33-42, 2011.

STAMATAKIS, E.; HAMER, M.; DUNSTAN, D. W. Screen-based entertainment time, all-cause mortality, and cardiovascular events: population-based study with ongoing mortality and hospital events follow-up. **J Am Coll Cardiol**, v. 57, n. 3, p. 292-9, Jan 18. 2011.

STRAIN, T.; BRAGE, S.; SHARP, S.J.; RICHARDS, J.; TAINIO, M.; DING, D. et al. Use of their prevented fraction for the population to determine deaths averted by existing prevalence of physical activity: a descriptive study. **Lancet Glob Health.** 2020;8e920-30.

TOLEDO, M. T. T.; ABREU, M. N.; LOPES, A. C. S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Rev Saude Publica**, v. 47, n. 3, p. 540-548, 2013.

TSUI, J.I. et al. Cardiovascular disease prevention counseling in residency: resident and attending physician attitudes and practices. **J Natl Med Assoc.** v. 96(8):1080-3, 1088-91, 2004.

VIGITEL. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. p. 160, 2017.

Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

VUORI, I. M.; LAVIE, C. J.; PED, S. N. B. Physical Activity Promotion in the Health Care. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 88, n. 12, p. 1446–1461, 2013.

WALSH, JM. et al. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. **Am J Prev Med.** v. 16(4):307-13, 1999.

WILLIAMS, N. H. et al. Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review. **British Journal of General Practice**, v. 57, n. 545, p. 979–986 8p, 2007.

WHO. World Health Organization. **Global database on body mass index an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition.** 2006.

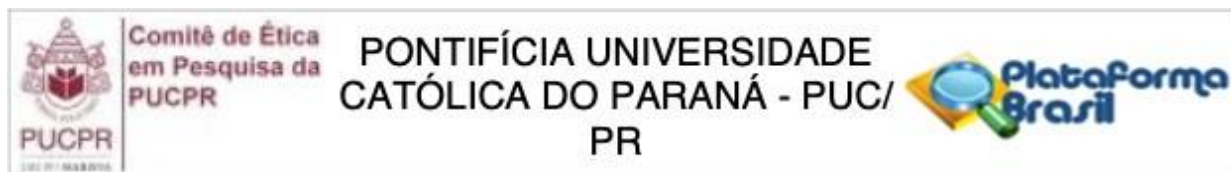
WHO. **Global recommendations on physical activity for health.** 2010.

WHO. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.** Geneva: World Health Organization, 2013.

WHO. **Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world.** Geneva: World Health Organization, 2018.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aconselhamento para a atividade física e o comportamento sedentário nas Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais-PR

Pesquisador: Rogério César Fermينو

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95985118.0.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.882.260

Apresentação do Projeto:

Segundo o pesquisador: "O aconselhamento para o aumento dos níveis de atividade física e a redução do tempo em comportamento sedentário é uma prática efetiva, de fácil aplicabilidade, baixo custo e que pode ser utilizada por diversos profissionais na atenção primária em saúde. Estudos apontam que apesar de elevada prevalência de aconselhamento realizado por profissionais de saúde, é baixa a prevalência de aconselhamento recebido, quando reportado por usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil. Assim, os objetivos deste estudo serão 1) analisar os fatores associados ao aconselhamento para atividade física e comportamento sedentário por profissionais de saúde e 2) verificar a associação entre o aconselhamento recebido dos profissionais de saúde, a atividade física e o comportamento sedentário de usuários das UBS de São José dos Pinhais-PR"

Objetivo da Pesquisa:

Para a pesquisa, o pesquisador apresentou os seguintes objetivos no projeto:

- 1) Objetivo Primário: "Analisar os fatores associados ao aconselhamento para atividade física e comportamento sedentário pelos profissionais da UBS de São José dos Pinhais-PR."
- 2) Objetivo Secundário: "Analisar a associação entre o aconselhamento recebido dos profissionais

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2103

Fax: (41)3271-2103

E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.882.260

de saúde, a atividade física e o comportamento sedentário de usuários das UBS de São José dos Pinhais-PR."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No projeto, foram apresentados os seguintes Riscos e Benefícios:

1) Riscos: "Pode haver risco de constrangimento de responder algumas perguntas tanto dos profissionais quanto dos usuários das UBS. Porém, além das questões não serem invasivas, por não se tratarem de crenças religiosas, informações sexuais, etc., o risco de constrangimento será minimizado devido as aplicações serem realizadas de maneira individual em local distante de outras pessoas. Também, antes da aplicação será explicado o objetivo da pesquisa e o tema das questões, e só terá início a aplicação mediante aceite e assinatura do TCLE."

2) Benefícios: "O benefício direto na participação do estudo é o acesso às informações derivadas do mesmo, e de maneira indireta, porém relevante, a participação possibilitará desenvolver e/ou aprimorar ferramentas que favoreçam a disseminação das evidências científicas em benefício à população. Após análise dos resultados obtidos, espera-se uma intervenção por meio de capacitação para os profissionais das UBS, com objetivo de instrumentalizá-los para a padronização sobre o aconselhamento para aumentar os níveis de atividades físicas e redução do tempo em comportamento sedentário da população, seguindo as diretrizes e recomendações mundiais, para a melhor compreensão e aderência dos usuários."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância acadêmico-científica.

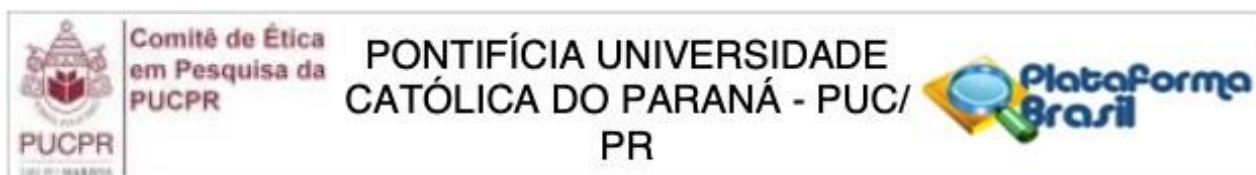
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos obrigatórios, em conformidade com as Resoluções n°s 466/12 e 510/16, ambas do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa aprovado, pois em consonância com os ditames éticos e legais das Resoluções n°s 466/12 e 510/16, ambas do CNS.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.882.260

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê.

Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

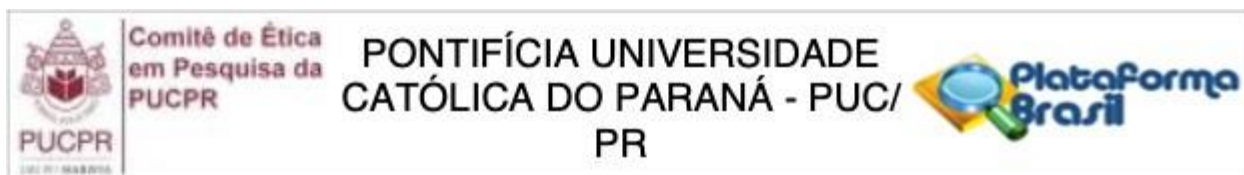
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1195848.pdf	27/08/2018 10:53:21		Aceito
Outros	Questionario1.pdf	27/08/2018 10:52:00	Rogério César Fermino	Aceito
Outros	Questionario.pdf	27/08/2018 10:51:36	Rogério César Fermino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.pdf	27/08/2018 10:49:58	Rogério César Fermino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/08/2018 10:49:31	Rogério César Fermino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_UBS.docx	13/08/2018 13:12:40	Rogério César Fermino	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	13/08/2018 13:06:23	Rogério César Fermino	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	13/08/2018 13:05:13	Rogério César Fermino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.882.260

Não

CURITIBA, 10 de Setembro de 2018

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2103

Fax: (41)3271-2103

E-mail: nep@pucpr.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo **Aconselhamento para a atividade física e o comportamento sedentário nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São José dos Pinhais-PR**, que tem como objetivo analisar a associação entre o aconselhamento recebido dos profissionais de saúde, a atividade física e o comportamento sedentário de usuários das UBS de São José dos Pinhais-PR. Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque nos fornecerá informações ainda desconhecidas das UBS do município, e com base nestas informações, possibilitará que os gestores de saúde realizem intervenções baseadas em evidências, para melhorar tanto a prática profissional quanto a saúde da população.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo se dará respondendo algumas perguntas, com base na sua vivência dentro da Unidade e no seu estilo de vida. As perguntas serão realizadas na Unidade que você frequenta, no momento em que você esteja na sala de espera da mesma, sem haver prejuízo no horário de consultas e exames. A qualquer momento, você pode interromper a sua participação, sem nenhuma penalidade ou prejuízo. O formulário levará entre 15 a 20 minutos para ser respondido em sua totalidade.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você está sendo alertado da pesquisa a ser realizada, e pode esperar alguns benefícios como: acesso às informações derivadas do mesmo, e de maneira indireta, porém relevante, sua participação possibilitará desenvolver e/ou aprimorar ferramentas que favoreçam a disseminação das evidências científicas em benefício à população. Após análise dos resultados obtidos, espera-se uma intervenção por meio de capacitação dos profissionais das Unidades, com objetivo de instrumentalizá-los para a padronização sobre o aconselhamento para aumentar os níveis de atividade física e redução do tempo em comportamento sedentário da população. Contudo, também é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos com sua participação, como algum constrangimento de responder algumas questões do formulário. Para minimizar tais riscos, nós pesquisadores, realizaremos as aplicações de maneira individual.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós pesquisadores garantimos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

Nós lhe asseguramos a assistência durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar se justificar. Caso também desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Esta pesquisa não tem nenhum custo. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, tais como transporte, alimentação, entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Bruno Giglio de Oliveira/UTFPR -(41) 99911-9097, Letícia Pechnicki dos Santos/UTFPR - (41) 99676-0452 e Rogério César Fermino/UTFPR - (41) 99977-8777.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
E-mail	

São José dos Pinhais, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Digital do participante

Assinatura do pesquisador

Digital da testemunha

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Q3.6 Oferece alguma solução para auxiliar o usuário quanto estas dificuldades?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q3.6
Q3.7 Utiliza alguma estratégia (ex: visitas, ligações, mensagem de texto) para saber se o usuário COMEÇOU a realizar atividade física?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q3.7
Q3.8 Utiliza alguma estratégia (ex: visitas, ligações, mensagem de texto) para saber se o usuário ESTÁ REALIZANDO atividade física regularmente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q3.8
Quando você aconselha, você recomenda algum local específico para realizar atividade física?		Q4.
<input type="checkbox"/> Não (<i>Pule para Q6</i>) <input type="checkbox"/> Sim		
Você recomenda aos usuários que façam atividade física em:		
Q5.1 Núcleo/centro de esporte e lazer?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q5.1
Q5.2 Praças e parques?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q5.2
Q5.3 Academias privadas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q5.3
Q5.4 Academias ao ar livre/terceira idade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q5.4
Q5.5 Quadras/canchas públicas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q5.5
Q5.6 Pista de caminhada?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q5.6
Q5.7 Outro local?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual/quais?	Q5.7
Quais os motivos que dificultam ou impedem você de aconselhar atividade física?		
Q6.1 Falta de tempo na consulta/visita domiciliar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q6.1
Q6.2 Falta de conhecimento/treinamento sobre aconselhamento	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q6.2
Q6.3 Não tem sucesso com a mudança de comportamento dos usuários	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q6.3
Q6.4 Não considera o aconselhamento importante/relevante	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q6.4
Q6.5 Não tem evidências sobre os benefícios da prática regular de atividade física	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q6.5
Q6.6 Não tem materiais educativos (ex: folders)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q6.6
Q6.7 Não considera o aconselhamento como sua função	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q6.7
Q6.8 Outros	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais?	Q6.8

BLOCO 2: ACONSELHAMENTO PARA REDUÇÃO DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

As próximas questões serão sobre o aconselhamento para redução de comportamento sedentário. Comportamento sedentário é o fato de passar muito tempo sentado ou deitado durante o dia.

Durante suas consultas/visitas domiciliares, você realiza regularmente aconselhamentos para redução do comportamento sedentário aos usuários?		Q7.
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (<i>Pule para Q9</i>)		
Você tem intenção de começar a realizar aconselhamentos para redução do comportamento sedentário nos próximos 6 meses?		Q8.
<input type="checkbox"/> Não (<i>Pule para Q10</i>) <input type="checkbox"/> Sim (<i>Pule para Q10</i>)		
Durante o aconselhamento para redução de comportamento sedentário, você:		
Q9.1 Pergunta sobre os hábitos de comportamento sedentário?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q9.1
Q9.2 Comenta sobre os benefícios de evitar ou reduzir o comportamento sedentário?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q9.2
Q9.3 Comenta sobre as recomendações para reduzir comportamento sedentário?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q9.3

Q13.	Qual é o centro/núcleo de esporte e lazer mais próximo dessa Unidade de Saúde? _____	Q13.
Q14.	Você conhece alguma modalidade de atividade física oferecida neste centro/núcleo de esporte e lazer? <input type="checkbox"/> Não (<i>Pule para questão Q16</i>) <input type="checkbox"/> Sim	Q14.
Q15.	Por exemplo, você conhece atividades de:	⁰ Não ¹ Sim ² Não sei
	Q15.1 Iniciação esportiva?	Q15.1
	Q15.2 Modalidades coletivas (futsal, handebol, vôlei e basquete)?	Q15.2
	Q15.3 Atletismo ou mini-atletismo? mini-atletismo?	Q15.3
	Q15.4 Ginástica aeróbica e ritmos?	Q15.4
	Q15.5 Treinamento funcional?	Q15.5
	Q15.6 Corridas de rua?	Q15.6
	Q15.7 Lutas?	Q15.7
	Q15.8 Atividades para terceira idade?	Q15.8
	Q15.9 Outras. Quais?	Q15.9

BLOCO 4: CONHECIMENTO SOBRE AS RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA		
As próximas questões serão sobre o seu conhecimento sobre as recomendações de atividade física moderada e vigorosa para obter benefícios a saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde		
Q16.	Como você considera seu conhecimento sobre as recomendações de atividade física? <input type="checkbox"/> Muito ruim <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Muito bom	Q16.
Q17.	Você conhece quais são as recomendações de atividade física para pessoas <i>adultas aparentemente saudáveis</i> , com relação a atividade física <i>moderada ou vigorosa</i> ? <input type="checkbox"/> Não (<i>Pule para Q22</i>) <input type="checkbox"/> Sim	Q17.
Q18.	Qual a frequência semanal mínima que o indivíduo deve realizar de atividade física <i>MODERADA</i> para obter benefícios para a saúde? [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7]	Q18.
Q19.	Nesses dias, qual o tempo mínimo recomendado de atividade física <i>MODERADA</i> para obter benefícios para a saúde? _____ minutos/dia	Q19.
Q20.	Qual a frequência semanal mínima que o indivíduo deve realizar de atividade física <i>VIGOROSA</i> para obter benefícios para a saúde? [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7]	Q20.
Q21.	Nesses dias, qual o tempo mínimo recomendado de atividade física <i>VIGOROSA</i> para obter benefícios para a saúde? _____ minutos/dia	Q21.

BLOCO 5: CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO DO PROGRAMA CIDADE ATIVA – CIDADE SAUDÁVEL		
As próximas questões serão sobre o seu conhecimento sobre o programa Cidade Ativa Cidade Saudável		
Q22.	Você conhece esta logo? (MOSTRAR ATRÁS DA PRANCHETA)	Q22.
	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Q23.	Você já ouviu falar sobre o programa Cidade Ativa – Cidade Saudável?	Q23.
	<input type="checkbox"/> Não (pule para questão Q30) <input type="checkbox"/> Sim	
Q24.	Você conhece o programa Cidade Ativa – Cidade Saudável?	Q24.
	<input type="checkbox"/> Não (pule para questão Q30) <input type="checkbox"/> Sim	
Q25.	Como você conheceu o programa?	Q25.
	<input type="checkbox"/> 1 Mídias sociais <input type="checkbox"/> 2 Rádio/TV/Jornal <input type="checkbox"/> 3 Material impresso <input type="checkbox"/> 4 Outros. Qual?	
Q26.	Você já <i>participou</i> de alguma atividade do programa?	Q26.
	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Q27.	Qual/Quais atividades você já <i>participou</i> ?	Q27.
	<input type="checkbox"/> 1 Atividades nos núcleos de esporte e lazer <input type="checkbox"/> 2 Festival Cidade ativa – Cidade saudável para idosos <input type="checkbox"/> 3 Eventos dos esportes de rendimento <input type="checkbox"/> 4 Corridas de rua/caminhadas e passeios ciclísticos <input type="checkbox"/> 5 Outros. Qual?	
Q28.	Você <i>participa</i> de alguma atividade do programa?	Q28.
	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Q29.	Qual/Quais atividades você <i>participa</i> ?	Q29.
	<input type="checkbox"/> 1 Atividades nos núcleos de esporte e lazer <input type="checkbox"/> 2 Festival Cidade ativa – Cidade saudável para idosos <input type="checkbox"/> 3 Eventos dos esportes de rendimento <input type="checkbox"/> 4 Corridas de rua/caminhadas e passeios ciclísticos <input type="checkbox"/> 5 Outros. Qual?	

BLOCO 6: NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER		
Este bloco se refere as atividades físicas que você faz em uma semana NORMAL unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos seguidos.		
Para responder as questões lembre-se que: Atividades físicas de intensidade MODERADA são aquelas que precisam de algum esforço físico, que te fazem respirar um pouco mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater um pouco mais forte.		
Atividades físicas de intensidade VIGOROSA são aquelas que precisam de um grande esforço físico, que te fazem respirar muito mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater mais forte.		
Q30.	Em uma semana NORMAL, quantos dias você faz atividade física VIGOROSA no seu TEMPO LIVRE, por pelo menos 10 minutos seguidos? (correr, fazer aeróbio, nadar rápido, pedalar rápido):	Q30.
	<input type="checkbox"/> 0 (pule para a questão Q34) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
Q31.	Quanto tempo de atividade física VIGOROSA você faz POR DIA?	Q31.
	_____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª SAB DOM Q31.1 _____, Q31.2 _____, Q31.3 _____, Q31.4 _____, Q31.5 _____, Q31.6 _____, Q31.7 _____.	
Q32.	Quais são essas atividades físicas?	Q32.

Q33.	Onde você faz essas atividades físicas?	Q33.
	<input type="checkbox"/> Espaço público <input type="checkbox"/> Espaço privado Q33.1 Quais locais (ex: academia, clube, parque)? _____	
Q34.	Em uma semana NORMAL, quantos dias você faz atividades física MODERADA no seu TEMPO LIVRE, por pelo menos 10 minutos seguidos? (pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar tênis)	Q34.
	<input type="checkbox"/> 0 (pule para a questão Q38) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	

Q35.	Quanto tempo de atividade física MODERADA você faz POR DIA? $\frac{\quad}{2^a} + \frac{\quad}{3^a} + \frac{\quad}{4^a} + \frac{\quad}{5^a} + \frac{\quad}{6^a} + \frac{\quad}{SAB} + \frac{\quad}{DOM}$ Q35.1 _____, Q35.2 _____, Q35.3 _____, Q35.4 _____, Q35.5 _____, Q35.6 _____, Q35.7 _____.	Q35.
Q36.	Quais são essas atividades físicas? _____	Q36.
Q37.	Onde você faz essas atividades físicas? <input type="checkbox"/> Espaço público <input type="checkbox"/> Espaço privado Q37.1 Quais locais (ex: academia, clube, parque)? _____	Q37.
Q38.	Em uma semana NORMAL, quantos dias você faz CAMINHADA no seu TEMPO LIVRE, por pelo menos 10 minutos seguidos? <input type="checkbox"/> 0 (pule para a questão Q41) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Q38.
Q39.	Quanto tempo de CAMINHADA você faz POR DIA? $\frac{\quad}{2^a} + \frac{\quad}{3^a} + \frac{\quad}{4^a} + \frac{\quad}{5^a} + \frac{\quad}{6^a} + \frac{\quad}{SAB} + \frac{\quad}{DOM}$ Q39.1 _____, Q39.2 _____, Q39.3 _____, Q39.4 _____, Q39.5 _____, Q39.6 _____, Q39.7 _____.	Q39.
Q40.	Onde você caminha? _____	Q40.

BLOCO 7: DADOS PROFISSIONAIS E ACADÊMICOS		
As próximas questões serão sobre seus dados profissionais e ao seu trabalho na Unidade de Saúde		
Q41.	Você possui especialização em saúde pública ou saúde da família? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	Q41.
Q42.	Você é formado em curso superior? <input type="checkbox"/> Não (Pule para Q44) <input type="checkbox"/> Sim	Q42.
Q43.	Há quanto tempo você é formado no curso superior? _____ anos _____ meses	Q43.
Q44.	Em média, quantas horas você trabalha por dia nesta Unidade de Saúde? _____ horas/dia	Q44.
Q45.	Há quanto tempo você trabalha nesta Unidade de Saúde? _____ anos _____ meses	Q45.
Q46.	Em média, quantos pacientes você atende por dia nesta Unidade de Saúde? _____ pacientes/dia	Q46.
Q47.	Em média, quanto tempo tem a duração das suas consultas/visitas domiciliares? _____ minutos	Q47.

BLOCO 13: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE		
Q48.	Sexo do participante: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Q48.
Q49.	Qual sua data de nascimento? ____/____/____	Q49.
Q50.	Estado civil? <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)/união estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/viúvo(a)	Q50.
Q51.	Qual seu nível de escolaridade? (APENAS PARA PROFISSIONAIS SEM CURSO SUPERIOR) <input type="checkbox"/> Analfabeto/fundamental I incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental II completo/ Médio incompleto <input type="checkbox"/> Médio Completo/Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior Completo	Q51.
Q52.	Quantos destes itens você possui em casa:	
	Q52.1 Banheiros <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q52.1
	Q52.2 Automóveis <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q52.2
	Q52.3 Microcomputador <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q52.3
	Q52.4 Lava louça <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q52.4
	Q52.5 Geladeira <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q52.5
	Q52.6 Freezer <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q52.6
	Q52.7 Lava roupa <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q52.7
	Q52.8 DVD <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q52.8
	Q52.9 Micro-ondas <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q52.9
	Q52.10 Motocicleta <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q52.10
	Q52.11 Secadora de roupa <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q52.11
Q53.	Você possui bicicleta em condição de uso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q53.
Q54.	Você tem empregado(a) doméstico? <input type="checkbox"/> Não (pule para a Q90) <input type="checkbox"/> Sim	Q54.
Q55.	Se sim, quantos empregados(as) você tem? <input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2] <input type="checkbox"/> [3] <input type="checkbox"/> [4 ou mais]	Q55.
Q56.	Em sua casa, você possui água encanada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q56.
Q57.	A rua da sua casa é pavimentada/asfaltada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q57.
Q58.	Qual é o seu peso? _____ kg	Q58.
Q59.	Qual é a sua estatura? _____ m	Q59.

HORA DE TÉRMINO

: