

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB**  
**PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**  
**MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**JOÃO MIGUEL DE SOUZA NETO**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DO**  
**ACONSELHAMENTO PARA A ATIVIDADE FÍSICA EM PROFISSIONAIS DE**  
**SAÚDE**

**João Pessoa – PB**

**2018**

**JOÃO MIGUEL DE SOUZA NETO**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DO  
ACONSELHAMENTO PARA A ATIVIDADE FÍSICA EM PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE**

Dissertação submetida ao  
Programa Associado de Pós-  
graduação em Educação Física  
UPE/UFPB como requisito parcial à  
obtenção do título de Mestre

Área de Concentração: Saúde, desempenho e movimento humano

Linha de Pesquisa: Epidemiologia da atividade física

Orientador: Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa

**João Pessoa - PB**

**2018**

### Seção de Catalogação e Classificação

S729p Souza Neto, João Miguel de.

Prevalência e fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde / João Miguel de Souza Neto. - João Pessoa, 2018.

123 f. : il.

Orientação: Filipe Ferreira da Costa.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/UPE/CCS.

1. Educação física. 2. Atividade física - Prática do aconselhamento. 3. Atividade Física - Atenção Primária à Saúde. I. Costa, Filipe Ferreira da. II. Título.

UFPB/BC


**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA UPE-UFPB**  
**CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

A Dissertação **Prevalência e Fatores Associados à Prática do**  
**Aconselhamento para a Atividade Física em Profissionais**  
**de Saúde.**

Elaborada por João Miguel de Souza Neto

Foi julgada pelos membros da Comissão Examinadora e aprovada para  
obtenção do título de MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA na Área de  
Concentração: Saúde, Desempenho e Movimento Humano.

Data: 28 de março de 2018

  
Prof. Dr. Alexandre Sérgio Silva  
Coordenador – UFPB

**BANCA EXAMINADORA:**

  
Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa  
UFPB - Presidente da Sessão

  
Prof. Dr. Rafael Miranda Tassitano  
UFRPE – Membro Interno

  
Prof.ª. Dra. Aline Cristine Souza Lopes  
UFMG – Membro Externo

*Dedico esta dissertação aos meus pais, João Miguel de Souza Filho e Núbia de Nunes de Souza, que são meu sangue, meu corpo e minha alma, por sempre terem me compreendido e dedicado tanto amor, principalmente por depositarem em mim toda a confiança. A minha minha amada avó Antonieta de Melo Nunes (in memorian); Ao meu Tio João de Deus Nunes (in memorian), que são anjos que sinto sempre ao meu lado, iluminando os meus passos dia a dia.*

**Amarei vocês eternamente!**

## **AGRADECIMENTO**

É difícil enumerar aqueles a quem devo agradecer. Essa conquista é parte da contribuição de várias pessoas. Agradeço a todos que compartilharam desta caminhada e que, de alguma forma, ajudaram para que eu chegasse até aqui. Em especial:

Primeiramente, agradeço a Deus por ter dado forças para que eu chegasse até aqui, que diariamente iluminou meu caminho e guiou meus passos, dando-me força para atingir meus objetivos.

À Mainha (Núbia de Melo Nunes) e Painho (João Miguel de Souza Filho). Dedico este trabalho a vocês. O que sou e onde estou é reflexo da dedicação de vocês, esforço, educação e amor. Obrigada por tudo! Amo vocês!

Em seguida, quero agradecer a minha família, especial a minhas Tias: Nalva (minha segunda mãe), Niralda, Natelma e meu tio Jailton, e aos meus irmãos, Nara e Isaac. Não existem palavras que possam expressar o quanto vocês significam para mim. Muito obrigado por sempre apoiarem e incentivarem minhas escolhas.

Em especial ao meu orientador Dr. Filipe Ferreira da Costa, que desde o início me acolheu tão bem e durante toda a trajetória do mestrado foi fundamental com seus ensinamentos e sabedoria. Sem a sua ajuda com certeza este “sonho” não teria sido realizado. Agradeço por ter sido tão presente neste processo, cada orientação foi aprendizado não só de conhecimento, mas de vida. Você foi a figura de professor mais expressiva que tive, toda sua doação e preocupação me rende admiração. Ensinar conteúdo é fácil, mas com a sensibilidade que faz, sempre preocupado com a evolução, querendo formar melhor pesquisador, professor e ser humano, isso não é pra qualquer um, principalmente no meio acadêmico, onde predomina o individualismo. Você é a pessoa que levarei como exemplo na vida acadêmica, e particularmente como amigo. Estendo este agradecimento à sua esposa, minha amiga Luciana, pois atuou como uma mediadora em alguns momentos difíceis do mestrado, por exemplo, na ida à Floripa. Infinitamente muito obrigado!

Ao Prof. Dr. José Cazuza de Farias Júnior, devo um agradecimento muito especial. Gostaria de expressar uma palavra de muita gratidão e homenagem,

não só por ter me aceitado como membro do grupo GEPEAF, mas também pelo apoio concedido, pelos ensinamentos e por tantas coisas além do conhecimento técnico. Muito obrigado!

A todos as pessoas que formaram a equipe de coleta dos dados, em especial a Maria Rafaela, Sanderson Soares, Lucas Silva, Élide Felizardo, Emily Rufino e Thalita Oliveira, por terem colaborado em todas as etapas desse estudo. Sem vocês tudo teria sido mais difícil.

Aos meus queridos amigos e colegas do Grupo de Estudo e Pesquisa em Epidemiologia da Atividade Física, (GEPEAF) pelas contribuições para a minha formação como pesquisador. Por ser um grupo coeso, que permite o desenvolvimento de cada um de seus membros de maneira autônoma e coletiva.

A minha amiga Tayse, pela trocas de experiências, vivência e amizade construída. Pelas angústias trocadas e superadas. Pela nossa conquista!

E como não mencionar os “irmãos” que o mestrado me deu? Alcides, Arthur e Gerefson, não há palavras que expressem tamanha gratidão pelas ajudas ao longo desse mestrado. Sem saber vocês foram fonte de motivação e inspiração para esse estudo. Obrigado pelos risos, desabafos, confraternizações, trocas de conhecimento e todos os momentos vividos. Vocês são pessoas que levarei para toda minha vida. Amo vocês meus amigos!

Aos membros da banca examinadora, Dra. Aline Cristine Souza Lopes, Dr. Rafael Miranda Tassitano, pelas contribuições enriquecedoras para o aprimoramento deste estudo.

A todos profissionais de saúde pela inspiração e participação, especial aos meus amigos Ricardo e Tiago Laurino. Sem vocês, literalmente, este trabalho não existiria.

Ao meu amigo e ex. Gerente da Atenção Básica do Município de João Pessoa – PB, José Gilliard, pelo apoio na logística do estudo. Obrigado!

À coordenação do PAPGEF e ao amigo Ricardo da coordenação da Pós-graduação, pela ajuda prestada durante todo período de mestrado.

Enfim a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desse sonho.

A todos um sincero obrigado!

## RESUMO

### **Prevalência e fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde**

**Autor: João Miguel de Souza Neto**

**Orientador: Dr. Filipe Ferreira da Costa**

A educação em saúde tem se mostrado uma estratégia efetiva na promoção da atividade física e saúde. Dentre as estratégias de educação e promoção de modos de vida saudáveis, o aconselhamento para atividade física tem sido recomendado no contexto da atenção primária em saúde. O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais da Atenção Primária à Saúde de João Pessoa (PB). Trata-se de um estudo epidemiológico transversal com 591 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) sendo a maioria do sexo feminino: 78,6% e com média de idade:  $43,9 \pm 13,9$  anos, que atuam nas equipes de Saúde da Família (eSF). Foram selecionadas sistematicamente 43 USF, distribuídas proporcionalmente por tamanho da UBS (conforme quantidade de equipes), distritos sanitários (Distritos I, II, III, IV e V), sendo representativo por tipo de profissional. A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2017. O aconselhamento para a atividade física foi mensurado por uma questão, classificando os profissionais de saúde que aconselham como aqueles que realizam tal prática há mais de seis meses através do estágio de mudança de comportamento. As variáveis independentes com as seguintes categorizações foram: tempo de trabalho na ESF ( $< 5$  anos vs  $\geq 5$  anos), quantidade de atendimentos (com excesso de atendimento vs sem excesso de atendimento), participação de cursos, eventos e capacitações em atividade física nos últimos 12 meses (sim vs não), recebimento de apoio matricial em atividade física nos últimos 12 meses (sim vs não), percepção de saúde (percepção positiva vs negativa), nível de atividade física no lazer mensurado por questionário ( $<150$ min/sem vs  $\geq 150$ min/sem), estado nutricional (excesso de peso vs peso normal) percepção de barreiras para aconselhamento (sim vs não), os fatores psicossociais (atitude e autoeficácia) foram calculados através de um escore baseado no somatório dos itens de cada escala e para fins de análise foram calculados tercis dessas variáveis, categorizadas como: baixos (1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> tercil) e elevados níveis (3<sup>o</sup> tercil). Foram considerados como potenciais fatores de confusão as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, renda e escolaridade. Os dados foram tabulados em duplicata no programa EpiData 3.1. Foi utilizado um modelo hierárquico de regressão logística binária para avaliar as possíveis relações entre os fatores associados com o desfecho. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ , e todas as análises foram realizadas no software Stata. A maioria dos profissionais de saúde eram casados (56,2%), cor da pele não branca (72,2%), trabalhavam na ESF a mais de cinco anos (85,1%), com carga horária menor que quarenta horas semanais (90,5%), e não tinham outro vínculo trabalhista além da ESF (87,0%). A prevalência do aconselhamento para

atividade física foi de 46,2% (IC95%: 55,6 - 73,6), sendo maior entre profissionais de nível superior (66,1%; IC95%: 56,8 - 74,2) comparado aos de nível médio/técnico (41,6%; IC95%: 37,2 - 46,1). A análise multivariável demonstrou que profissionais de saúde sem excesso de atendimento diário (OR= 1,59; IC%95 1,04 - 2,42), com percepção de saúde positiva (OR= 1,96; IC%95 1,32 – 2,90), que não relataram barreiras (OR= 3,16; IC%95 1,99 – 5,03), com atitude positiva (OR= 1,67; IC%95 1,13 – 2,47) e alta autoeficácia (OR= 1,10; IC%95 1,01 – 1,20) tiveram mais chances de realizar o aconselhamento para atividade física. Diante do exposto, pode-se concluir que o aconselhamento para atividade física, embora já venha ocorrendo, ainda é pouco realizado, particularmente entre os agentes comunitários e técnicos de enfermagem, caracterizando-se uma oportunidade desperdiçada de promoção de atividade física para a população. Os fatores associados à realização do aconselhamento pelos profissionais de saúde revelaram que desenvolver ações referentes à organização do trabalho, atuar sobre condições de saúde dos profissionais, bem como reforçar fatores psicossociais e atenuar as barreiras em relação ao aconselhamento para atividade física poderá contribuir para a participação dos profissionais na realização de ações de promoção de saúde, de forma a promover a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

**Palavras chave:** Estratégia Saúde da Família; Pessoal de saúde; Aconselhamento; Atividade Motora; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

### **Prevalence and associated factors with physical activity counseling among health professionals**

**Author: João Miguel de Souza Neto**

**Advisor: Filipe Ferreira da Costa**

Health education has been shown to be an effective strategy in promoting physical activity and health. Among health education strategies and promotion of healthy lifestyles, physical activity counseling has been recommended in the context of primary health care. The objective of this study was to analyze the prevalence and associated factors with physical activity counseling among Primary Health Care professionals in João Pessoa (PB). This is a cross-sectional epidemiological study with 591 health professionals (physicians, nurses, nursing technicians and community health workers). 78.6% were female and mean age was 43.9 years old ( $\pm$  13,9). A total of 43 USFs were selected proportionally by size of UBS (according to the number of teams), sanitary districts (Districts I, II, III, IV and V), keeping representativeness by professional category. Data collection was performed from May to October 2017. Physical activity counselors were considered as performing such practice for at least six months through the stage of behavior change. The independent variables with the following categorizations were: work time in the Family Health Strategy (<5 years vs  $\geq$  5 years), number of attendances (with excess attendance vs no excess attendance), participation in courses, events and physical activity training (yes vs no), leisure time physical activity (<150min/week vs  $\geq$ 150min/week), nutritional status (overweight vs. normal weight), perception of barriers to counseling (yes vs no), psychosocial factors (attitude and self efficacy) were calculated using a score based on the sum of items on each scale and for the purpose of analysis, three variables were categorized as low (1st and 2nd tertile) and high (3rd tertile). Sociodemographic variables (age, sex, income and schooling) were considered as potential confounders. Data were tabulated in duplicate in the EpiData 3.1 program. A hierarchical model of binary logistic regression was used to evaluate the possible relationships between the the factors and the outcome. The level of significance was set at  $p < 0.05$ , and all analyzes were performed in Stata software. Most of the health professionals were married (56.2%), non-white (72.2%), worked in the FHS for more than five years (85.1%), with a workload of less than forty hours a week (90.5%), and had no other job besides the FHS (87.0%). The prevalence of physical activity counseling was 46.2% (95% CI: 55.6 - 73.6), being higher among professionals of higher education (66.1%, 95% CI: 56.8-74.2) compared to medium / technical level (41.6%, 95% CI: 37.2-46.1). The multivariable analysis showed that health professionals with no excess of daily care (OR = 1.59, 95% CI 1.04 - 2.42), with positive health perception (OR = 1.96, 95% CI 1.32 (OR = 1.67, 95% CI, 1.13 - 2.47), who did not report barriers (OR = 3.16, CI% 95 1.99 - 5.03) and high self-efficacy (OR = 1.10, 95% CI 1.01 - 1.20) were more likely to perform physical activity counseling. In summary, it can be concluded that physical activity counseling, although already occurring, is still

little accomplished, particularly among health community workers and nursing technicians, characterizing a wasted opportunity for physical activity promotion. Factors associated with counseling by health professionals revealed that developing actions related to work organization, working on health conditions of professionals, as well as strengthening psychosocial factors and reducing barriers to physical activity counseling may contribute to participation of the professionals in the accomplishment of actions of health promotion, in order to promote the improvement of the quality of life of the users.

**Keywords:** Family Health Strategy; Health personnel; Counseling; Motor Activity; Primary Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1	Modelo teórico para intervenção..... 37
Figura 2	Mapa do município de João Pessoa (PB) dividido por cinco distritos sanitários..... 49
Figura 3	Etapas do processo de construção e validação do instrumento..... 55
Figura 4	Sequência de etapas que foram adotadas na coleta de dados..... 57
Figura 5	Aconselhamento para atividade física em profissionais de saúde da Estratégia da Saúde Família do município João Pessoa, PB, 2017..... 88

## LISTA DE ANEXOS

Anexo I	Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – PB.....	101
Anexo II	Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.....	102
Anexo III	Normas para submissão de artigo na revista: Cadernos de Saúde Pública.....	103

## LISTA DE APÊNDICES

		Página
Apêndice I	Carta convite aos especialistas para participação na validação de conteúdo e face do instrumento.....	111
Apêndice II	Questionário para avaliação multidimensional dos profissionais de saúde sobre promoção da atividade física na Atenção Primária à Saúde.....	112
Apêndice III	Termo de consentimento livre e esclarecido aos profissionais de saúde.....	117
Apêndice IV	Resultado de Reprodutibilidade da instrumento.....	119
Apêndice V	Gráfico do Bland e Altman.....	121

## LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro I Estágios de mudança de comportamento e suas características.....	30
Quadro I Estágios de mudança de comportamento e suas características para mesurar o aconselhamento para atividade física em profissionais de saúde.....	31
Quadro III Planejamento amostral das equipes de Saúde da Família e dos profissionais de saúde, conforme o distrito sanitário e quantidade de equipes por Unidade de Saúde da Saúde, João Pessoa - PB, 2017.....	50

## LISTA DE TABELAS

		Página
Tabela 1	Características sociodemográficas e atuação profissional de profissional da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa, PB, 2017.....	85
Tabela 2	Prevalência do aconselhamento para atividade física e fatores associados em profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa, PB, 2017.....	87
Tabela 3	Análise bruta e ajustada para associação entre fatores associados à prática de aconselhamento para atividade física em de profissionais da Estratégia da Saúde Família do município João Pessoa, PB,2017.....	89

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACS** Agente comunitário de Saúde

**APS** Atenção Primária à Saúde

**AQUARES** Acesso e Qualidade na Rede de Saúde

**DCNT's** Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**ESF** Estratégia de Saúde da Família

**GEPEAF** Grupo de Estudo e Pesquisa em Epidemiologia da Atividade Física

**IDHM** Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

**NASF** Núcleos de Apoio à Saúde da Família

**PNPS** Política Nacional de Promoção da Saúde

**PNAB** Política Nacional de Atenção Básica

**PROESF** Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

**PET-Saúde** Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde

**Pró-Saúde** Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

**TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFPB** Universidade Federal da Paraíba

## SUMÁRIO

	Página
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
1.1 O problema e a relevância do estudo.....	18
1.2 Objetivos do estudo.....	21
1.3 Definição de termos.....	22
1.4 Estrutura da dissertação.....	23
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
2.1 Promoção de atividade física no contexto da Atenção Primária à Saúde.....	24
2.2 Aconselhamento para atividade física na Atenção Primária à saúde.....	26
2.3 Fatores que associados os profissionais de saúde na realização de aconselhamento para atividade física.....	37
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>48</b>
3.1 Município sede do estudo.....	48
3.2 Delineamento de estudo.....	49
3.3 População e cálculo de tamanho da amostra do estudo.....	49
3.4 Seleção da amostra do estudo.....	50
3.5 Instrumento de medida.....	51
3.6 Coleta de dados.....	57
3.7 Variáveis em estudo.....	57
3.8 Critérios de inclusão e exclusão.....	61
3.9 Tabulação e análise dedados.....	62
3.10 Aspectos éticos.....	63
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>64</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>91</b>
<b>5 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
ANEXOS .....	100
APÊNDICES.....	110

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O problema e a relevância do estudo

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) respondem por 63% dos óbitos ocorridos em todo o mundo, sendo a inatividade física um dos principais fatores de risco comportamentais que contribui para causas de morte por esse grupo de doenças<sup>1</sup>. Em consequência disso, a promoção da atividade física tem sido amplamente reconhecida como uma das estratégias prioritárias para o enfrentamento das DCNT's, levando-se em consideração o número de pessoas inativas, a morbidade associada a sua presença e os gastos com internações hospitalares atribuídos à inatividade física<sup>2</sup>.

Diante desse cenário, o enfrentamento das DCNTs tem sido incorporado às políticas públicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, tendo lugar de destaque na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)<sup>3</sup>. Dentre os oito temas prioritários da PNPS estão as ações de, aconselhamento e divulgação das práticas corporais e atividade física<sup>3</sup>. Nesse sentido, a Atenção Primária em Saúde (APS), organizada no Brasil por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), constitui um contexto privilegiado e estratégico para a promoção de modos de vida saudáveis, dado o seu potencial para atuar sobre os principais fatores de risco modificáveis para as DCNTs<sup>4</sup>. A cobertura da ESF nos municípios passou de 9,2% em 2000 para aproximadamente 64% da população brasileira em 2016<sup>5</sup>. Tal cobertura favorece uma grande parcela da população na medida em que a APS é responsável pela coordenação e articulação da integralidade na atenção à saúde, e tem a promoção e educação em saúde como eixos norteadores de suas ações<sup>4</sup>.

A educação em saúde é uma estratégia ancorada na promoção de saúde, que proporciona a participação efetiva do sujeito no coletivo; favorece a condução de sua vida; possibilita a intervenção e a transformação da realidade social, permitindo, assim, empoderá-lo para a tomada de decisão sobre sua saúde<sup>6</sup>. Dentre as estratégias de educação e promoção de modos de vida saudáveis, o aconselhamento para a atividade física tem sido recomendado no contexto da APS<sup>7</sup> e pode ser compreendido como uma orientação geral e

estruturada voltada ao incentivo para a prática de atividade física em diferentes domínios (lazer, trabalho, atividades domésticas e deslocamento)<sup>8</sup>. O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), caracteriza o aconselhamento para a promoção de atividade física como uma estratégia de custo relativamente baixo e que pode ser realizada por qualquer profissional da saúde, e em poucos minutos em um atendimento rotineiro a um usuário ou visita domiciliar<sup>9</sup>.

Em uma metanálise para avaliar a efetividade de intervenções na promoção da atividade física na APS, verificou-se que essa foi a principal estratégia de intervenção utilizada<sup>10</sup>. Outros estudos têm demonstrado o potencial do aconselhamento na mudança do comportamento atividade física e em variáveis de aptidão física ou clínicas<sup>8,11</sup>. Apesar do reconhecimento do aconselhamento como estratégia para promover a prática de atividade física no âmbito da APS, os resultados de diversos estudos têm demonstrado que a prevalência ainda permanece baixa: 50% nos Estados Unidos<sup>12</sup>; 55% na Alemanha<sup>13</sup>; e 68% na Austrália<sup>14</sup>. No Brasil, verificou-se que 68,9% dos profissionais de saúde relataram recomendar atividade física aos usuários há pelos menos seis meses<sup>8</sup>. Essa prevalência é baixa ao considerar que o aconselhamento para a prática de atividade física pode ser realizado por qualquer profissional de saúde, posto que ela tem elevado potencial para impactar na qualidade de vida das pessoas e não exige conhecimentos aprofundados na temática atividade física.

Nesse contexto, tem sido crescente o interesse da comunidade científica em compreender quais fatores podem explicar o porquê do aconselhamento para a atividade física ainda não ser amplamente adotado por profissionais da saúde na APS. Em recente revisão sistemática, Huijg *et al.*<sup>15</sup> apontaram algumas barreiras reportadas pelos profissionais de saúde para a não realização do aconselhamento, tais como falta de tempo e de formação específica, prioridades concorrentes dos profissionais e a percepção da falta de motivação dos pacientes para praticar atividades físicas.

Isso reforça a necessidade de um maior volume de investigações para a compreensão do comportamento profissional, incluindo os fatores psicossociais (autoeficácia e atitude), tendo em vista que maiores níveis de autoeficácia e atitude positiva podem contribuir para atenuar a percepção de barreiras na realização de aconselhamento para a atividade física<sup>16,17</sup>. Além disso, o estudo

de diferentes fatores referentes à saúde dos profissionais de saúde, componentes relacionados a atuação profissional, a formação inicial e a educação permanente, merece atenção, visto que esses fatores podem refletir na qualidade da assistência prestada aos usuários<sup>18,19</sup>.

A maioria dos estudos que investigaram estas relações foram realizados com profissional de uma categoria específica (médico)<sup>13,18</sup>, impossibilitando de extrapolar esses dados para outros profissionais que atuam na APS; com amostra não representativa<sup>17,18,20</sup>, ficando comprometida a generalização dos achados para outra população. Além dessas lacunas no conhecimento, conforme observada na revisão sistemática de Hébert *et al*<sup>25</sup>, poucas pesquisas explorando a prevalência do aconselhamento de atividade física e seus correlatos em profissionais de saúde de países de baixa e média renda, como o Brasil, especialmente na regiões mais pobres, como o Nordeste. Isso é importante, uma vez que países em desenvolvimento respondem por cerca de 80% dos óbitos por DCNT's no mundo<sup>2</sup> e a região Nordeste do Brasil possui uma das maiores prevalências de inatividade física no lazer<sup>22</sup>.

Considerando a magnitude dos problemas causados pelas DCNT's, especialmente a inatividade física e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica<sup>23</sup>, torna-se necessário a realização de estudos que contribuam para promover atividade física como estratégia de educação à saúde, e que contemplem os fatores associados à prática do aconselhamento para atividade física, como aspectos para fomentar o planejamento, desenvolvimento e aumentar a efetividade de ações na APS. No intuito de contribuir para aumentar a prevalência do aconselhamento para atividade física dos profissionais da saúde, aspecto fundamental para mudança do nível de atividade física dos usuários, e favorecer o desenvolvimento de programas que contemplem o processo de formação em educação permanente para que os profissionais se tornassem promotores de atividade física durante os atendimentos.

## 1.2 Objetivos do estudo

### Objetivo geral

- Analisar a prevalência e os fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde da atenção primária de João Pessoa, PB.

### Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas, atuação profissional, formação inicial e permanente dos profissionais de saúde da amostra estudada;
- Identificar a prevalência de aconselhamento à prática de atividade física entre os profissionais de saúde;
- Verificar se há associação entre fatores atuação profissional, formação inicial e permanente, nível de atividade física, estado nutricional e fatores psicossociais com o aconselhamento para a prática de atividade física em profissionais de saúde.

### 1.3 Definição de termos

Atividade física: qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto de energia.

Ações de Atividade Física/Práticas Corporais: ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos<sup>3</sup>.

Promoção da Saúde: processo que visa a capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre a qualidade de vida e saúde, apoiando-se no desenvolvimento pessoal e social por meio da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais<sup>3</sup>.

Atenção Primária à Saúde: “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de Saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação”<sup>23</sup>.

Estratégia Saúde da Família: estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidade básica de saúde<sup>23</sup>.

Educação em saúde: é aquela cujas atividades se desenvolvem mediante situações formais de ensino-aprendizagem, funcionando como agregadas aos espaços das práticas de saúde<sup>6</sup>.

Aconselhamento para atividade física: pode ser compreendido como uma orientação geral e estruturada de incentivo para prática de atividade física em diferentes domínios (lazer, trabalho, atividades domésticas e deslocamento)<sup>8</sup>.

#### **1.4 Estrutura da dissertação**

A dissertação foi estruturada conforme o modelo alternativo, sendo composta por um artigo, de acordo com a Norma 02/2012 do Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UPE/UFPB, que dispõe sobre o exame de qualificação, pré-banca e defesa de dissertação de mestrado.

Artigo

Prevalência e fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Promoção de atividade física no contexto da Atenção Primária à Saúde

A inatividade física é um dos problemas de saúde mais prementes do século XXI. É a quarta causa de mortalidade e está relacionada a 5,3 milhões de mortes prematuras por ano em todo o mundo; mais do que tuberculose, câncer de pulmão, HIV/AIDS ou acidentes de trânsito<sup>22</sup>. Embora os benefícios da atividade física para a saúde estejam bem evidenciados na literatura<sup>24</sup>, iniciativas para promovê-la na saúde pública estão atrasadas, e só recentemente vem sendo desenvolvida uma infraestrutura global, envolvendo o planejamento, políticas, lideranças, apoio, desenvolvimento da força de trabalho, monitoramento e vigilância.

Especificamente no Brasil, a aprovação da PNPS, em 2006, fortaleceu a institucionalização da atividade física no SUS<sup>3</sup>. Em 2014, a PNPS é revisada, reconhecendo a necessidade de qualificar sua operacionalização no SUS e tendo como objetivo “*promover a qualidade de vida e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais*”<sup>26</sup>. Suas diretrizes preconizam atitudes baseadas na cooperação e no respeito às singularidades, como: estímulo à intersetorialidade, compromisso com a integralidade do cuidado, fortalecimento da participação social e estabelecimento de mecanismos de cogestão no processo de trabalho e no trabalho em equipe<sup>3,26</sup>.

A PNPS aponta como prioridade de ações oito temas como: formação e educação permanente, alimentação saudável e adequada, práticas corporais e atividade física, enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool, promoção da mobilidade segura e sustentável, promoção da cultura da paz e de direitos humanos, e promoção do desenvolvimento sustentável<sup>3</sup>.

Dentre as ações da PNPS, quanto às práticas corporais e atividades físicas, podem-se destacar os seguintes direcionamentos: 1) ações de aconselhamento/divulgação de práticas corporais e de atividades físicas; 2) incentivo a melhoria das condições dos espaços públicos; 3) realização de

atividade recreativas, jogos, danças populares, entre outras práticas da cultura local, buscando a consolidação e qualificação da ESF como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS<sup>3</sup>.

Outro importante marco da institucionalização da prática de atividade física no SUS foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da portaria GM n. 154 de 24 de janeiro de 2008<sup>27</sup>. Composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam conjuntamente com os profissionais da ESF, é responsável em dar suporte em pelo menos duas dimensões: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. Neste sentido, a implantação do NASF potencializa algumas diretrizes na APS: ações interdisciplinares e intersetoriais, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização<sup>28</sup>. Neste sentido, uma das áreas que passou a ter a possibilidade de inserção no NASF foi a Educação Física, no qual o profissional emerge na possibilidade de atuar junto à população e compor a equipe de saúde, na perspectiva ampliar o anseio de práticas de promoção e de cuidado integral<sup>28</sup>.

Além do NASF, pode-se destacar o Programa Academia da Saúde como elemento chave de ampliação e articulação de ações de promoção da atividade física no âmbito da APS, visando promover saúde e qualidade de vida a população, a partir da requalificação e/ou construção de polos com infraestrutura para prática de atividades físicas, vinculando ações educativas em saúde que fomentem condições favoráveis para o desenvolvimento da saúde e o empoderamento dos indivíduos e das comunidades<sup>29</sup>.

Ainda na perspectiva da promoção da atividade física, o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, ampliando e qualificando as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, definindo que:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades<sup>30</sup>.

Nesta perspectiva, a APS torna-se um espaço singular para o desenvolvimento de práticas de saúde diferenciadas e que extrapolem o cuidado centrado no modelo biomédico, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde e atuação multiprofissional, configurando-se num contexto privilegiado para promoção da atividade física<sup>31</sup>. No Brasil, a ESF constitui porta de entrada para o primeiro acesso ao sistema de saúde e é uma política prioritária do Ministério da Saúde para organizar a APS com o objetivo de oferecer acesso universal, abranger serviços, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado. Sua composição é formada minimamente por uma equipe multiprofissional por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) que devem atender no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas<sup>23</sup>.

Neste sentido, é possível caracterizar a ESF como modelo prioritário de reorganização das ações de saúde, pautada nos princípios e nas diretrizes do SUS, estabelecendo um vínculo entre os serviços de saúde e a população, baseada na co-responsabilização das ações de promoção da saúde, da prevenção de doenças e de recuperação em nível populacional. Em estudo de revisão, foi identificado que aconselhamentos, entrega de materiais educativos e encaminhamento para programas de atividade física foram as ações de promoção da atividade física mais adotadas na atenção primária à saúde<sup>10</sup>.

## **2.2 Aconselhamento para atividade física na Atenção Primária à Saúde**

Sob o ponto de vista etimológico, o termo aconselhamento é de origem inglesa (*counselling*) e está diretamente relacionado à definição de “orientação”, sendo definido como “ajuda na tomada de decisões das pessoas para resolverem os seus próprios problemas, abrangendo informações objetivas que possibilitam uma melhor utilização dos recursos pessoais”<sup>32</sup>. É considerado, ainda, pelo Ministério da Saúde, como:

“Um processo de escuta ativa, individualizada e centrada no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos da pessoa atendida para que ela mesma tenha possibilidade de reconhecer como sujeito de sua própria saúde e transformações”<sup>33</sup>.

Confunde-se *aconselhar* com *aconselhamento*, mas, na realidade, existe uma importante diferença entres esses termos, que não devem ser entendidos

como sinônimos, bem como ser empregados de forma intercambiável. Aconselhar refere-se ao ato de dizer à pessoa como ela deve agir. Aconselhamento é uma forma de atuação profissional, caracteriza-se por uma intervenção participativa e acolhedora que envolve escuta ativa e procura compreender o sujeito, de modo a promover uma reflexão no âmbito do indivíduo, conscientizando-o, mas sobretudo, tornando-o sujeito no processo de prevenção e cuidado de si<sup>34</sup>.

O aconselhamento em saúde é caracterizado pela participação do profissional da área visando a mudança do comportamento dos sujeitos. Tradicionalmente, é compreendido como um processo genérico baseado em ajuda, sendo realizado na atuação profissional através de orientação com ações individuais e coletivas, bem como em programas de intervenções. O objetivo principal deste aconselhamento é promover o empoderamento ao usuário, no que se refere à sua saúde e aos fatores que a determinam. Isso implica não só a participação ativa do profissional de saúde, mas também do usuário, tendo em vista aumentar a sua motivação, literacia em saúde, capacitação e autonomia, fomentando, assim, sua reflexão sobre valores, atitudes e condutas a serem tomadas<sup>35,36</sup>.

No campo da atividade física, o aconselhamento se pauta em uma abordagem que busca promover mudanças de comportamento e desenvolver a consciência crítica dos sujeitos para adesão e manutenção de um estilo de vida ativo e saudável. Ele é definido como uma orientação geral e estruturada de incentivo para a prática de atividade física em diferentes domínios (lazer, trabalho, atividades domésticas e deslocamento)<sup>8</sup>. Vale ressaltar que, diferentemente da prescrição e orientação de exercícios físicos de forma estruturada e regular, que só pode ser realizada por profissionais de Educação Física, o aconselhamento para a prática de atividade física pode e deve estar incorporado às rotinas dos serviços oferecidos pelos profissionais de saúde que atuam na APS, uma vez que constitui uma importante estratégia no combate às DCNT's e a inatividade física, tanto pelo baixo custo de sua aplicação, quanto pelo seu potencial de efetividade.

No Brasil, há escassez de posicionamentos formais de instituições de saúde quanto ao aconselhamento para a atividade física nos serviços de saúde. Apenas em 2015, foi lançado pelo Ministério da Saúde, o Curso de

Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde, que amplia e qualifica as ações da prática profissional para a ampliação do aconselhamento para atividade física na APS. Desse modo, o curso reitera a importância de ações educativas em saúde e a produção de modos de vida favoráveis à saúde para proporcionar ações mais efetivas e com maior adesão<sup>37</sup>.

Entretanto, nenhum outro documento explicita o “como” e o “porquê” de se adotar tal estratégia para a promoção da saúde, apesar de constar como uma das ações possíveis dentro da temática “práticas corporais e atividade física” apresentadas na PNPS<sup>3</sup>. Tal fato pode contribuir para que esta prática não seja amplamente difundida na APS. Com o objetivo de estabelecer parâmetros mínimos para o aconselhamento, o Colégio Americano de Medicina Preventiva elencou algumas orientações com base em ampla revisão de estudos<sup>7</sup>:

- Intervenções efetivas podem ser desenvolvidas em 2-4 minutos, embora sessões mais longas possam ser adotadas dependendo das características do serviço e das necessidades do paciente;
- Aconselhadores devem receber treinamento em técnicas de aconselhamento que enfatizem a colaboração entre o profissional de saúde e o paciente, como a decisão compartilhada, medida da prontidão do paciente para a mudança e utilização da equipe de profissionais para acompanhar e encorajar;
- O treinamento de aconselhadores pode ocorrer em sessões individuais de 15 minutos até oficinas de duas horas de duração;
- Sugere-se focar em um comportamento por vez;
- A estratégia dos 5 A's \*pode ser efetiva e facilmente incorporada pelo profissional de saúde.

---

\* A metodologia dos 5 A's consiste em cinco estratégias que devem ser utilizadas para apoiar a realização do aconselhamento referente à atividade física, seguindo da forma que segue: 1) avaliação (identifica as crenças, comportamentos e conhecimento dos paciente; 2) aconselhamento (são informados sobre os riscos e os benefícios da mudança de comportamento; 3) acordo (definição colaborativa de metas, de plano de ações e de grau de confiança; 4) assistência/ajuda (em que se identificam barreiras, tecnologias de solução de problemas e apoio material e/ou social); 5) acompanhamento (implementação do sistema de monitoramento). As ações representadas pelos 5 A's estão fortemente inter-relacionadas, e um sistema de autocuidado apoiado é mais eficaz quando utilizado em conjunto<sup>38</sup>.

Dessa maneira, o aconselhamento para a prática de atividade física pode ser realizado por qualquer profissional de saúde da APS, visando promover auxílio afetivo ao usuário, através da superação de barreiras (psicológica, cognitiva e emocional, organização pessoal, social, cultural e ambiente físico) percebidas na prática de atividades físicas, auxiliando-o a atingir as recomendações atuais para a prática de atividade física para a saúde. Busca-se, ainda, trocar informações sobre os benefícios da atividade física na prevenção e controle de doenças e promoção da saúde como consequência de um modo de vida ativo e saudável<sup>39</sup>.

Entretanto, para desenvolver efetividade nas ações de aconselhamento é importante abordar as questões relativas ao comportamento dos profissionais de saúde. Para isto, faz-se necessário associar a educação em saúde a teorias que contemplem a complexidade da prática profissional. A utilização de modelos teóricos em saúde tem sido cada vez mais usado para auxiliar profissionais e usuários a compreender as mudanças de comportamento e promover um aconselhamento prático em diferentes contextos<sup>41</sup>. Em função disso, são utilizados conjuntos de diferentes teorias, como o Modelo Transteorético, para auxiliar à compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde, sendo inicialmente empregada no combate ao tabagismo<sup>40</sup>. Dentre os construtos que formam o modelo transteorético, os Estágios de Mudança de Comportamento são considerados o construto central<sup>41</sup>.

Nos últimos anos, esse modelo vem sendo aplicado para uma série de comportamentos, como prática de atividade física, alcoolismo, alimentação, uso de cinto de segurança, uso de preservativo, redução de estresse, dentre outros. De acordo com o modelo transteorético, originalmente, os indivíduos podem ser classificados em cinco diferentes estágios: pré - contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Quadro 1)<sup>40,41</sup>.

Vale ressaltar que, posteriormente, surgiu uma nova classificação denominada de estágio da “recaída”, caracterizando-se como um estágio de mudança de comportamento, e não somente como uma característica do mesmo. Nesse estágio, parte-se do pressuposto da regressão do indivíduo para qualquer uma das fases anteriores ao estágio de Ação e Manutenção, representando um retorno aos níveis anteriores de comportamento,

possibilitando uma reflexão do “fracasso de atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo após um período definido de tempo”<sup>40</sup>

**Quadro 1** - Estágios de mudança de comportamento e suas características.

<b>Estágios</b>	<b>Características</b>
<b>Pré-contemplação</b>	O indivíduo não tem a intenção de mudar o seu comportamento nos próximos seis meses
<b>Contemplação</b>	O indivíduo tem a intenção de mudar o seu comportamento nos próximos seis meses
<b>Preparação</b>	O indivíduo pretende agir num futuro próximo (em geral no próximo mês).
<b>Ação</b>	O comportamento já foi incorporado por menos de seis meses.
<b>Manutenção</b>	A ação já acontece a mais de seis meses e as chances do retorno ao antigo comportamento são menores.
<b>Recaída</b>	O indivíduo não costumava recomendar atividade física, mas não faz mais.

Fonte: Adaptado de Prochaska *et al*<sup>41</sup>

A partir dessa abordagem pode-se captar aspectos de mudança relacionados a fatores motivacionais, comportamentais e temporais. Tal modelo tem vantagens como a possibilidade de reconhecer que o comportamento não é algo estático, mas sim dinâmico e não apenas um fenômeno dicotômico, ou seja, considerado como tudo ou nada. Ademais, os estágios de mudança de comportamento preconizam que na perspectiva dos indivíduos tentarem mudar seus comportamentos, estes percorrem uma série de estágios, de forma cíclica, buscando a adoção de um determinado comportamento positivo<sup>40</sup>.

Neste sentido, a utilização dos estágios de mudança de comportamento no aconselhamento para atividade física pode ser considerado um importante passo inicial para direcionar estratégias de intervenção, haja vista que para cada tipo de estágio comportamental identificado, atuações específicas são empregadas<sup>12</sup>.

Em estudos observacionais, a dimensão dos estágios de mudança de comportamento do modelo transteorético vem sendo utilizada para analisar a prevalência e os fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde, sendo considerados “aconselhadores” aqueles que realizam tal prática há mais de seis meses<sup>8,19</sup>. No quadro 2 está apresentado a operacionalização da variável aconselhamento para atividade física baseado no estágios de mudança de comportamento.

**Quadro 2** - Estágios de mudança de comportamento e suas características para mesurar o aconselhamento para atividade física em profissionais de saúde.

<b>Estágios</b>	<b>Perguntas para cada estágio</b>
<b>Pré - contemplação</b>	Eu não recomendo atividade física e não pretendo começar a fazê-lo.
<b>Contemplação</b>	Eu não recomendo atividade física, mas estou pensando em começar a recomendar
<b>Preparação</b>	Eu às vezes recomendo atividade física, mas não de forma regular
<b>Ação</b>	Eu recomendo atividade física regularmente, mas iniciei apenas recentemente
<b>Manutenção</b>	Eu recomendo a atividade física regularmente há mais de 6 meses
<b>Recaída</b>	Eu costumava recomendar atividade física, mas não o faço mais.

Fonte: Adaptado de Florindo *et al.*<sup>8</sup>

O modelo oferece uma estrutura teórica que pode aumentar a efetividade do aconselhamento para atividade física, por auxiliar os indivíduos no alcance de comportamentos ativos, através do uso de estratégias de abordagem apropriada ao estágio atual, com potencial de movimento para os estágios de ação e manutenção. Diante desse contexto, um estudo que analisou o efeito de uma intervenção de aconselhamento sobre atividade física em adultos atendidos pela APS através do modelo transteorético, demonstrou que houve melhora significativa nos estágios de mudança do comportamento para a atividade física em comparação com o grupo controle<sup>38,42</sup>. Esses resultados indicam que a promoção de atividade física utilizando o aconselhamento de atividade física baseado no modelo transteorético podem ser factíveis e efetivas<sup>38,42</sup>.

Diante disso, há um crescente aumento no número de pesquisas com o objetivo de investigar o impacto e a prevalência das práticas de aconselhamento para a atividade física promovidas pelos profissionais de saúde através do

modelo transteorético. Por exemplo, no Brasil, em um estudo com 529 profissionais de saúde (182 médicos(as) e 347 enfermeiros(as) utilizando o estágio de mudança de comportamento para mensurar o aconselhamento, foi verificado que 68,9% afirmaram realizar aconselhamento para a atividade física há pelo menos seis meses<sup>8</sup>. Esse achado mostra que grande parte dos profissionais de saúde já costumam realizar aconselhamento para a prática de atividade física aos seus usuários, mas um em cada três profissionais ainda não o fazem.

Esses dados são bastante diferentes daqueles obtidos em entrevistas com os usuários brasileiros atendidos na APS. Siqueira *et al.*<sup>36</sup>, em estudo realizado com 4.060 adultos não-idosos e 4.003 adultos idosos de 41 municípios de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil objetivou descrever a prevalência de aconselhamento relacionado à atividade física entre as pessoas que utilizaram, alguma vez na vida, uma unidade básica de saúde. Eles observaram uma prevalência de 28,9% – entre os mais jovens – e de 38,9% – entre os mais velhos –, com baixa proporção de aconselhamento tanto em estados da região Sul (26,6%), quanto do Nordeste do país (31%). Nesse mesmo estudo, a prevalência de aconselhamento no Estado da Paraíba está entre as menores, ocupando o segundo pior lugar entre os adultos dentre os sete estados investigados (26,3%) e o terceiro pior lugar para os idosos (39,2%)<sup>43</sup>. No estudo de Lopes *et al*, foi demonstrado que a maioria dos usuários entrevistados (51,6%) relataram ter recebido aconselhamento sobre alimentação e atividade física, com variação de 16,5% a 36,0% entre as UBS<sup>43</sup>.

Inquéritos populacionais ao redor do mundo têm relatado prevalências discrepantes entre as proporções relatadas de aconselhamento (dado e recebido) para a atividade física. Nos Estados Unidos, menos de 50% dos médicos da APS relataram oferecer regularmente aconselhamento para a atividade física aos seus usuários<sup>12</sup>. Por outro lado, a porcentagem de consultas médicas que incluíam exclusivamente aconselhamento de atividade física foi de apenas 9,2%. Além disso, foi encontrado que aproximadamente um terço (32,4%) dos norte-americanos receberam algum aconselhamento para a prática de atividade física de um profissional de saúde nos últimos 12 meses<sup>56</sup>. Neste estudo, houve uma tendência de aumento na prevalência de aconselhamento de 10 pontos percentuais entre os anos de 2000 e 2010<sup>56</sup>.

Um estudo na Alemanha indicou que pouco mais da metade (55%) dos médicos estavam aconselhando seus pacientes para a prática de atividades físicas<sup>13</sup>. Em outro estudo, com uma amostra representativa de alemães, foi observado que a prevalência de aconselhamento para a atividade física foi reduzida na população em geral entre os anos de 1997-1998 e de 2008-2011 (prevalência de 9,4% nos homens e 7,7% nas mulheres), mas aumentou em grupos populacionais que apresentavam fatores de risco ou diabetes mellitus<sup>45</sup>. Tal resultado foi semelhante ao encontrado em um levantamento com adultos da Nova Zelândia, em que cerca de 13,3% dos entrevistados relataram ter recebido algum conselho de profissionais da saúde sobre a prática de atividades físicas<sup>46</sup>

Levantamento epidemiológico realizado na Austrália revelou que 68% dos médicos realizaram frequentemente aconselhamento para a atividade física aos seus pacientes. Contudo, em 2010, verificou-se que 24,2% dos adultos receberam aconselhamento para a atividade física de um clínico geral nos últimos 12 meses. Embora a comunidade médica australiana venha envidando esforços para aumentar a participação da população em exercícios e outras atividades físicas, a prevalência desse tipo de aconselhamento ainda permanece baixa<sup>14</sup>.

No Canadá, 85% dos 13.166 médicos da APS pesquisados aconselhavam seus pacientes sobre os benefícios das atividades físicas, 26,2% avaliavam a aptidão física do paciente como parte do exame físico e 10,9% encaminhavam seus pacientes a outros especialistas para a avaliação e aconselhamentos suplementares. Porém, a maioria dos médicos (69,8%) relatou fazer uso apenas de aconselhamentos verbais e só 15,8% sempre utilizavam prescrições escritas<sup>47</sup>. Essa alta prevalência observada pode ser atribuída a dois aspectos positivos do sistema de saúde canadense: Primeiro, aos altos investimentos públicos nos últimos anos para o fortalecimento da APS, com enfoque principal no desenvolvimento comunitário, promovendo impacto na desospitalização precoce e na relação do tempo de internamento hospitalar. Segundo, o modo de organização e operacionalização do sistema de saúde, com ênfase na APS, com um importante papel do generalista ou médico de família e da equipe de saúde na aplicação efetiva de ações preventivas e promotoras da saúde coletiva através de educação em saúde<sup>48</sup>.

Esforços no sentido de fomentar o planejamento, desenvolvimento e avaliação de intervenções para a promoção da atividade física têm sido realizados no contexto brasileiro. A educação em saúde tem se mostrado uma estratégia efetiva na promoção da atividade física e saúde<sup>8,11</sup>. Dentre as possíveis medidas de intervenção, destaca-se o aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde.

Um estudo controlado e randomizado realizado por Grandes *et al.*<sup>49</sup>, avaliou uma intervenção baseada em aconselhamento individual para a prática de atividade física e uso de material impresso para estimular o aumento do nível de atividade física por médicos em 4.317 espanhóis que foram atendidos na atenção primária à saúde. Após seis meses de intervenção, observou-se um aumento significativo do nível de atividade física como forma de lazer nos pacientes do grupo intervenção em comparação ao grupo controle.

No estudo realizado por Baumann *et al.*<sup>50</sup> foram desenvolvidas estratégias de aconselhamento individual para a mudança do estilo de vida em relação à atividade física e hábitos alimentares na prevenção do risco de cardiopatia isquêmica em adultos dinamarqueses, sendo verificados efeitos sustentados na atividade física e nos hábitos alimentares mesmo após cinco anos da intervenção.

Estudo de revisão sistemática com objetivo de verificar a eficácia de intervenções comportamentais (atividade física e alimentação) na prevenção da obesidade em adultos com excesso de peso identificou nove estudos experimentais e quase experimentais a partir de 1996 até 2006. Os estudos foram realizados em países como EUA, Holanda, Austrália e Suécia. As intervenções focaram principalmente em estratégias baseadas em capacitar as pessoas para a adoção de hábitos saudáveis através de reuniões em grupo, sessões de aconselhamento, orientações domiciliares, orientações enviadas pelo correio e práticas sobre como preparar alimentos saudáveis e como se exercitar de forma correta. Quatro estudos mostraram efeito positivo de prevenção primária da obesidade, contudo os autores reforçam que, apesar desses achados promissores, ainda são poucos os estudos sobre o efeito do aconselhamento na prevenção da obesidade<sup>51</sup>.

Orrow *et al.*<sup>10</sup>, realizaram uma metanálise reunindo informações sobre ensaios randomizados e controlados que tiveram pelo menos doze meses de

seguimento para verificar o efeito de diferentes intervenções para aumentar a prática de atividade física de adultos inativos dentro de unidades primárias de saúde, envolvendo ações de aconselhamento individual, palestras, ligações telefônicas, encontros em grupos, uso de material impresso, indicação e referenciamento de locais para a prática de atividade física. Após a análise de 15 estudos e um total de 8.745 sujeitos, os resultados indicaram que intervenções baseadas nestas estratégias incrementaram os níveis de atividade física em pessoas adultas. Entretanto, todos os estudos analisados eram de países de renda alta como Canadá, Austrália, Holanda, Suíça, EUA, Inglaterra e Nova Zelândia, impossibilitando a generalização desses achados para países em desenvolvimento. A maioria das intervenções foi realizada diretamente em clínicas especializadas de atendimentos da APS, em locais com instalações para prática de atividade física ou na residência do usuário. Além disso, em alguns estudos houve o auxílio de profissionais de Educação Física com ações educativas, caracterizando uma combinação de estratégias realizadas por um especialista.

No Brasil, ainda são escassas as experiências de intervenções de profissionais de saúde para atuação como aconselhores para a prática de atividade física. O primeiro estudo que analisou o efeito de uma intervenção de aconselhamento sobre atividade física em adultos brasileiros atendidos pela ESF demonstrou que houve melhora significativa nos estágios de mudança do comportamento para a atividade física em comparação com o grupo controle, com o aumento de 25% dos adultos no estágio de manutenção de comportamento e aumento da prática habitual de exercícios após 120 dias. No entanto, as palestras e as visitas de aconselhamento foram realizadas pelos profissionais de Educação Física, não representando, portanto, uma realidade dos serviços de saúde, que não dispõem de profissionais especialistas em quantidade suficiente para ações dessa natureza. Além disso, os participantes do estudo foram selecionados por uma amostragem intencional, realizada pelos próprios ACS. A coleta de dados na avaliação de pré-intervenção foi realizada pelos ACS, o que pode ter causado um viés de aferição, posto que as pessoas entrevistadas podem ter fornecido respostas que sejam socialmente mais aceitas e que não representam a sua prática de atividade física<sup>31</sup>.

Um estudo desenvolvido por Florindo *et al.*<sup>39</sup> observou que, após uma capacitação de quatro encontros de três horas, utilizando o modelo ecológico da atividade física, o modelo transteorético e a pedagogia de Paulo Freire como suporte teórico, foi possível melhorar o conhecimento e a atitude com relação ao aconselhamento para a atividade física de ACS. Utilizando diferentes estratégias de ensino, Costa *et al.*,<sup>52</sup> desenvolveram um curso de curta duração com ACS com o objetivo de verificar a efetividade da promoção de atividade física realizada por ACS em visitas domiciliares. Os resultados demonstraram que não foram encontradas evidências de efetividade de mudanças no nível de atividade física e nos estágios de mudança de comportamento em usuários do SUS/ESF que receberam visita domiciliar das ACS – que, por sua vez, passaram por um processo de formação em educação profissional voltada para a promoção da atividade física. Outros dois estudos descreveram intervenções educativas com médicos e outros profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF), contudo, sem avaliar o efeito delas nas práticas de aconselhamento ou no comportamento dos usuários<sup>39</sup>.

Portanto, esses resultados indicaram que a atividade física é um comportamento complexo, com determinantes pessoais, sociais e ambientais, os quais podem influenciar a permanência e a mudança efetiva durante o processo<sup>53</sup>. Na figura 1 está apresentada uma representação do modelo analítico, apresentando as possíveis relações entre a intervenção de aconselhamento e os desfechos de saúde, bem como as questões que podem nortear a busca de evidências de efetividade. Neste modelo teórico, fica claro que é maior a complexidade de se determinar a efetividade de intervenções comportamentais na APS quando comparada a recomendações de triagem ou de uso de medicamentos.

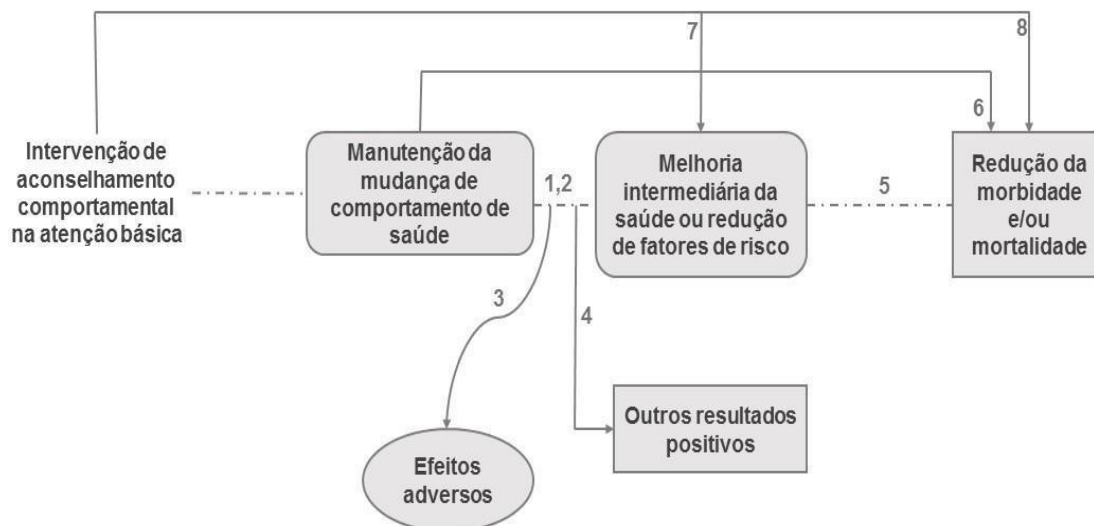


Figura 1. Modelo analítico. Perguntas chaves: 1) As mudanças no comportamento de atividade física melhoram a saúde ou diminuem os fatores de risco?; 2) Qual a relação entre a duração da mudança no comportamento de atividade física e a melhoria na saúde (ex.: duração mínima; dose mínima; relação dose/resposta)?; 3) Quais os efeitos adversos da mudança no comportamento de atividade física?; 4) O aumento da atividade física provoca outros benefícios à saúde (ex. satisfação do usuário; mudanças em outros comportamentos de cuidado à saúde; melhoria da função; redução do uso dos serviços de saúde)?; 5) A redução do fator de risco ou a melhora na saúde está associada à menor morbidade/mortalidade?; 6) A manutenção da mudança no comportamento está associada a menor morbidade/mortalidade?; 7) As intervenções de aconselhamento na atenção básica estão diretamente relacionadas a melhorias de saúde ou redução de fatores de risco?; 8) As intervenções de aconselhamento na APS estão diretamente relacionadas à redução da morbidade/mortalidade? Adaptado de Whitlock *et al.*<sup>54</sup>

Apesar do desafio de estabelecer recomendações baseadas em evidências para o aconselhamento de atividade física na APS, a Força Tarefa para Serviços Preventivos dos Estados Unidos (*U.S. Preventive Services Task Force*) recomenda a oferta ou encaminhamento de intervenções intensivas de aconselhamento para promover uma dieta saudável e atividade física entre adultos com sobrepeso/obesidade e que possuem algum fator de risco adicional (nível de evidência B)<sup>55</sup>. As recomendações para adultos aparentemente saudáveis ainda estão sendo desenvolvidas e, em breve, será estabelecido o nível de evidência de efetividade para este grupo populacional.

### **2.3 Fatores associados aos profissionais de saúde na realização de aconselhamento para atividade física.**

Para ajudar a entender o porquê da baixa densidade do aconselhamento para a atividade física na APS, Hebert *et al.*<sup>25</sup> realizaram uma revisão sistemática da literatura e apontaram que as principais barreiras foram a falta de tempo durante os atendimentos, falta de conhecimento e/ou de habilidade, ausência de treinamentos periódicos em aconselhamento para realização de atividade física e falta de reembolso financeiro para a realização de mais uma atribuição profissional. Entre as citadas, as mais prevalentes foram a falta de tempo e de conhecimento e/ou de habilidade, na maioria dos estudos.

No Brasil, um estudo com médicos e enfermeiras verificou que profissionais que não percebiam a falta de tempo como uma barreira, que faziam medidas da atividade física, que se sentiam preparados para aconselhar, e que relataram a existência de programas de atividade física na unidade de saúde, tiveram uma maior probabilidade de realizar aconselhamento para a atividade física<sup>8</sup>. O estudo destacou, também, por outro lado, que poucos profissionais possuem conhecimento sobre as recomendações de atividade física para a promoção da saúde<sup>56</sup>. Contudo, não só a percepção pessoal dos profissionais de saúde parece influenciar a adesão ao aconselhamento para a atividade física. Huijg *et al.*<sup>15</sup>, em outra revisão sistemática da literatura relativa ao período de 1990-2012 elencaram outros fatores como o desenvolvimento, implementação e efeito da inovação sócio-organizacional e sociopolítica, recursos e suporte, além de características dos profissionais e dos usuários. Em estudo desenvolvido com amostra de 146 médicos indianos, de 40 a 60 anos de idade, Patra *et al.*<sup>18</sup> identificaram transversalmente que os médicos que atendiam diariamente menos de 30 pacientes tiveram cinco vezes mais chances de realizar o aconselhamento para a atividade física comparados a seus pares com maior número de atendimentos diários.

Estudos conduzidos por meio de delineamentos transversais demonstraram que as condições de trabalho dos profissionais de saúde, principalmente os que atuam na APS, têm sido consideradas impróprias no que concerne às demandas de reorganização e qualificação da APS<sup>57, 58</sup>.

A remuneração inadequada, coexistência de salários muito díspares, aumento do ritmo e volume de trabalho sem aumento quantitativo de trabalhadores, formação e capacitação insuficientes para o desempenho das funções, sobrecarga de trabalho, instabilidade no emprego devido aos contratos precários, entre outros fatores, associam-se às condições de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na APS<sup>60</sup> e refletem-se na qualidade da assistência prestada aos usuários<sup>59</sup>.

Em estudo com profissionais de saúde, avaliando o perfil das equipes de saúde da rede básica em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste, observou-se que menos da metade dos trabalhadores ingressou por concurso público e um terço ou mais possuía vínculo precário. Neste estudo, quase metade dos trabalhadores considerou o ambiente físico das UBS inadequado (46%) e mais de 90% da amostra acusaram inadequação das relações pessoais.

Canesqui *et al.*<sup>66</sup>, analisando o perfil sociodemográfico e ocupacional na ESF do Estado do Mato Grosso, demonstraram que 41,9% dos profissionais possuíam mais de um vínculo, ou seja, acumulam atividades, além das exercidas na eSF. Entre os que alegaram duplicidade de vínculos, 46,3% informaram exercer a segunda atividade no setor privado, sob as mais variadas formas. Isso sugere a possibilidade de sobrecarga de trabalho e indica que os profissionais das eSF podem sofrer esgotamento ocupacional, com prejuízos tanto ao seu bem-estar e estado emocional quanto ao usuário em atendimento<sup>61</sup>.

Num estudo de natureza qualitativa conduzido por Kanno *et al.*<sup>62</sup> a partir de grupos focais e entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde da ESF, pôde-se identificar, de forma recorrente, que as principais dificuldades enfrentadas foram formação profissional e capacitação técnica insuficientes, sobrecarga e condições desfavoráveis de trabalho, com sentimento de impotência e frustração. No enfrentamento das dificuldades, destacam-se as estratégias coletivas, especialmente as reuniões de equipe e apoio matricial, nas quais há troca de experiências, conhecimentos e apoio compartilhado. Com isso, verifica-se a necessidade de melhorar as condições de trabalho, remuneração adequada, maiores benefícios e investimentos na educação continuada.

Especificamente quanto à falta de conhecimento e/ou de habilidade relatada por profissionais de saúde como barreira para realizar o

aconselhamento para a atividade física, tem-se que tal percalço está relacionado à formação inicial e permanente para o desenvolvimento de competências para uma adequada orientação sobre a atividade física<sup>16</sup>. Um amplo levantamento realizado em 1.600 unidades básicas de saúde identificou que 80% dos médicos e mais de 95% dos profissionais de enfermagem e ACS relataram a necessidade de mais conhecimento sobre as recomendações de atividade física, e apenas uma pequena parcela (10-20%) relatou corretamente os diferentes parâmetros das recomendações de atividade física para a saúde<sup>63</sup>.

Sá *et al.*<sup>64</sup>, em estudo de natureza qualitativa que avaliou a visão dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACSs) sobre limites e as potencialidades da educação para a promoção da atividade física na eSF - por meio de uma pesquisa participativa baseada na comunidade, através da construção de um programa educativo com as equipes de saúde - constataram a necessidade de se melhorar a organização do trabalho e a saúde dos próprios profissionais, com vistas a fortalecer as ações de educação para valorizar a educação permanente e interprofissional e de trabalhar a conscientização dos profissionais sobre a prática e a promoção da atividade física. Neste sentido, compreende-se que os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sobretudo os profissionais de educação física, apresentam um grande potencial como agentes multiplicadores na capacitação dos profissionais de saúde da eSF para promoverem atividades físicas aos usuários.

A formação permanente dos profissionais de saúde para o aconselhamento em atividade física parece ser, portanto, um elemento fundamental para que esta estratégia seja consolidada na APS. Em um estudo de revisão, foi verificado que a inclusão de conteúdos sobre o aconselhamento para a atividade física na formação de médicos demonstrou potencial de efetividade para mudança nas práticas médicas e em desfechos de saúde dos usuários<sup>65</sup>.

No que tange à formação inicial, esforços têm sido despendidos na implementação de currículos que incluem o desenvolvimento de competências e habilidades para o aconselhamento, sendo os resultados inconclusivos, porém promissores. Cardinal *et al.*<sup>66</sup> mostram que, mesmo nas instituições que incluíam em seus currículos o conteúdo “atividade física”, o enfoque era

predominantemente biofísico, ou seja, fisiologia do exercício e medicina esportiva, com pouca atenção dedicada ao aconselhamento comportamental, ao estilo de vida ou práticas preventivas, e menos ainda aos benefícios de natureza humanística e psicossocial decorrentes dessa prática.

Laws *et al.*,<sup>67</sup> com o objetivo de descrever um modelo teórico sobre como as percepções pessoais dos profissionais de saúde moldam a implementação de gerenciamento do estilo de vida e dos fatores de risco na rotina dos serviços, bem como discutir as implicações de um modelo para o desenvolvimento de intervenções para melhoria dessas práticas, ofereceram novos *insights* teóricos sobre a importância das convicções pessoais dos profissionais sobre o assunto e o grau de conhecimento sobre teorias psicológicas de motivação e de ações que visassem a mudanças de comportamento. Com esse estudo, identificou-se que práticas melhores não só exigirão a criação de modelos inovadores de prestação de serviços em cuidado preventivo, mas também serão necessárias mudanças na formação profissional para construir atitudes assistenciais proativas e adquirir as habilidades necessárias.

Na perspectiva de enfrentar esses desafios, o Ministério da Saúde propôs alguns programas, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde)<sup>68</sup> e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)<sup>69</sup>, visando impulsionar e fortalecer o processo de reorientação da formação dos futuros profissionais da área da saúde, com aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS através da inserção dos acadêmicos nos serviços. Desta forma, parte-se da premissa de que esses programas configuram-se como instrumentos para a qualificação em serviço dos profissionais de saúde, aumentando-se a possibilidade de ações na APS para a educação em saúde, por exemplo, aconselhamento educativo à saúde relacionado à atividade física nos serviços à população.

Estudos têm mostrado que o contato com profissionais de saúde é uma oportunidade ímpar para se promover estilos de vida saudáveis por meio de aconselhamento sobre os vários comportamentos relacionados à saúde e bem estar<sup>8,18</sup>. Isso é reforçado pela percepção do senso comum de que os profissionais de saúde – sobretudo os médicos – são fontes credíveis, preferenciais de informações sobre saúde preventiva. Desse modo, é possível que profissionais de saúde, com o seus próprios exemplos de bons hábitos de

vida saudáveis, como atividade física e estado nutricional adequado, tenham impacto na saúde coletiva além das orientações oferecidas a seus pacientes sobre a prática de atividades físicas no dia a dia profissional<sup>25</sup>.

Observando a prática de um grupo de médicos de família quanto aos hábitos de estilo de vida saudável e sua associação com o aconselhamento para a atividade física, Patra *et al*<sup>18</sup>, identificou que os profissionais que consideram que seu estilo de vida saudável pode estimular a prática de aconselhamento, tiveram nove vezes mais chances de realizar aconselhamentos para a prática de atividade física em seus pacientes comparado àqueles que não consideravam que manter um estilo de vida saudável era algo importante para a realização dessa prática. Em um estudo com 3.310 médicos japoneses, Morishita *et al.*,<sup>70</sup> identificaram que há uma associação entre a frequência dos médicos em exercitar-se e o nível de aconselhamento para se promover este comportamento em pacientes que sofriam com doenças renais crônicas.

Corroborando esses achados, uma revisão publicada em 2014 concluiu que profissionais de saúde fisicamente ativos são mais propensos a fornecer aconselhamento para a atividade física<sup>71</sup>; no entanto, todos os estudos revisados possuíam delineamento transversal, impossibilitando que se estabelecesse uma relação de causa e efeito. Diante disso, torna-se necessária a realização de mais estudos longitudinais e experimentais para que existam evidências que sustentem essa relação.

No Brasil, Florindo *et al.*<sup>19</sup> encontraram em um estudo realizado com ACS brasileiros, três resultados interessantes: mais da metade dos ACS (62,7%) estavam com sobrepeso; a proporção dos profissionais que atingiram a recomendação vigente da OMS (pelo menos 30 minutos de atividade física moderada em cinco dias por semana ou 20 minutos de atividade vigorosa em três dias por semana, com período de, no mínimo, 10 minutos de duração no domínio do lazer ou deslocamento) foi alta (64,9%); e ACS, que atingiram tal recomendação para a prática de atividades, tiveram aproximadamente cinco vezes mais chances de realizar o aconselhamento para a prática de atividade física, em comparação com aqueles ACS que não conseguiram alcançar a recomendação. De forma semelhante, profissionais que atingem outras recomendações de prática de atividade física, a exemplo do *American College*

*of Medicine and Sports*, aconselham mais atividade física para seus pacientes e usuários do sistema de saúde<sup>72</sup>.

Por outro lado, estudo conduzido com o objetivo de descrever a prevalência de inatividade física em profissionais de saúde da APS nas regiões nordeste e sul do Brasil, verificou que a prevalência de inatividade física no tempo de lazer, deslocamentos, serviços domésticos e atividades ocupacionais foi de 28,2% (IC95%: 25,7-30,7) e 27,0% (IC95%: 25,1-28,9) para a região nordeste e sul respectivamente<sup>73</sup>. Em outro estudo que considerou apenas as atividades físicas realizadas no tempo de lazer, esta prevalência caiu para 18,5%. Além disso, a proporção de ACS que não atingiram a média diária dos 10.000 passos por dia de caminhada (de acordo com as recomendações de Tudor-Locke e Bassett Jr<sup>78</sup>) foi de 67,7%<sup>74</sup>. Os autores sugeriram que as políticas públicas devem considerar um enfoque nos comportamentos relacionados ao estilo de vida dos profissionais de saúde, como a prática de atividade física. Tendo em vista que estudos qualitativos realizados com ACS têm argumentado que a prática de atividade física regular pode contribuir para minimizar o desgaste causado pelo trabalho, depreende-se que tal prática pode, de fato, refletir em melhor atendimento ao usuário<sup>62</sup>.

Sá *et al.*<sup>64</sup> desenvolveram um curso de curta duração com ACS e puderam evidenciar que a prática de atividade física no tempo de lazer não foi modificada pela participação neste curso. Tal achado pode ser atribuído a dois fatores: primeiro, pouco período de seguimento do estudo; e segundo, a variação sazonal em função do clima, devido ao encerramento da pesquisa ter ocorrido no inverno. Por outro lado, uma intervenção realizada em grande centro urbano demonstrou que profissionais de saúde que combinam hábitos saudáveis – como prática de atividade física e dieta saudável – são mais propensos a realizar aconselhamento para seus pacientes quanto aos benefícios da atividade física e de uma alimentação saudável<sup>75</sup>. Isto sugere que seja aprofundado o impacto da modificação de hábitos saudáveis de profissionais de saúde na medida em que possam influenciar uma mudança salutar no comportamento dos usuários e dos profissionais. Diante disso, é importante desenvolver estratégias específicas para os profissionais de saúde para que se possa levá-los à reflexão e, idealmente, melhorar o autocuidado em saúde.

Para além de considerar aspectos ligados a saúde do profissional, torna-se necessário compreender os elementos psicossociais para a mudança do comportamento dos profissionais de saúde durante a prática profissional, tendo em vista que parte dessa transformação, está sob controle do indivíduo, como por exemplo, tentar mudar as práticas de lavagem das mãos durante os atendimentos diários, coincidindo com sua prática profissional e melhor prestação dos serviços<sup>75</sup>. Algumas teorias de comportamento humano, como a Teoria Sociocognitiva e do Comportamento Planejado<sup>76</sup>, tem sido utilizadas para compreender as condutas dos profissionais de saúde.

A autoeficácia é um dos principais constructos advindos da Teoria Sociocognitiva<sup>77</sup>, e é definida como a confiança percebida nas capacidades pessoais para realizar uma determinada atividade em detrimento à presença de barreiras. Esta é a base da motivação e da realização humana, tendo em vista que, quando as pessoas acreditam que elas podem produzir os resultados desejados através de suas ações, elas têm mais incentivo para agir ou para perseverar diante das dificuldades<sup>19</sup>.

Conforme referido por Bandura<sup>77</sup>, as crenças de autoeficácia se dão por meio da influência de quatro fontes principais: experiência direta; experiência vicariante (experiência dos outros); persuasão social; estados fisiológicos e afetivos. Pajares *et al.*<sup>78</sup> explicam que a primeira delas diz respeito às experiências vividas pelo indivíduo; partindo do princípio de que as experiências de domínios bem sucedidos fortalecem as crenças; por outro lado, experiências de fracasso as enfraquecem. Por exemplo, no estudo de Florindo *et al.*<sup>16</sup>, os profissionais de saúde que realizaram o aconselhamento para a atividade física podem ter fortalecido suas crenças de autoeficácia a partir das próprias experiências, além de possibilitar a generalização do sucesso percebido para situações semelhantes.

Em segundo lugar, vêm as experiências vicárias, que se caracterizam pelo ato de aprender observando os outros sujeitos de modo que, perceber o que lhes acontece é uma fonte de informação importante para balizar o comportamento. À medida que se observa, direta ou indiretamente, o esforço e a persistência de uma pessoa na realização de um dado comportamento, cujas características sejam similares às do observado, ainda que isso não seja o fator principal, pode potencializar essa informação, gerando a percepção de que também se é capaz

de comportar-se da mesma forma. Isto é, “se o outro é capaz, eu também sou”. As barreiras percebidas pelos profissionais de saúde para a realização do aconselhamento para a atividade física, portanto, servem como um bom exemplo dessa discussão.

Muitos profissionais consideram que faltam equipamentos públicos de lazer para referenciar a prática de atividade física para os usuários. Além disso, argumenta-se a falta de tempo e de conhecimento como barreiras para realizar o aconselhamento<sup>15</sup>. Apesar disso, grande parte deles relataram que realizaram aconselhamento para a atividade física há pelo menos seis meses<sup>8</sup>. Desse modo, a outra parcela de profissionais que não aconselham podem, por exemplo, se convencer de que, se outros semelhantes podem realizar tal ação educativa, eles também devem ser capazes de ao menos alcançar certa melhora na sua performance naquela prática. Este contexto contribui, assim, para atenuar a percepção de barreiras e aumentar a probabilidade de engajamento nessa prática.

Na sequência destaca-se a persuasão social, que pode ser entendida como uma fonte de informação que influencia no julgamento sobre as crenças de capacidades, objetivando um aumento do esforço de forma continuada, principalmente quando há a necessidade de superação dos desafios presentes nas atividades. Um exemplo disso foi verificado por Gomes *et al.*,<sup>31</sup> demonstrando que os ACS que foram orientados por Profissionais de Educação Física para promover atividade física nas visitas domiciliares contribuíram para melhorar o nível de atividade física de usuários do SUS por meio de ações educativas, caracterizando, de fato, um apoio social.

Por último, estão os estados emocionais e fisiológicos que proporcionam informações sobre as crenças de autoeficácia, a exemplo do estado de humor, fadiga, *stress* e ansiedade, que são manifestações que afetam, diretamente, o julgamento das pessoas sobre a própria capacidade para realizar uma determinada tarefa. Nesta perspectiva, as crenças de autoeficácia pessoal percebidas podem afetar nossas escolhas, aspectos motivacionais, perseveranças frente a uma tarefa e os estados fisiológicos e emocionais que sentimos<sup>19</sup>. Vale ressaltar que a crença da autoeficácia é de domínio específico; assim, por exemplo, um profissional de saúde pode ser autoeficaz para promover

aconselhamento para a atividade física, mas não o ser para promover um aconselhamento dietético.

Apesar de cada vez mais evidenciada a importância da autoeficácia quanto a sua capacidade de superar barreiras em diferentes contextos<sup>79</sup>, pouco se conhece sobre o papel da autoeficácia em relação ao aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde. Um dos poucos estudos desenvolvidos que analisou essa relação foi conduzido com 123 médicos pediatras. Os resultados indicaram existir uma associação positiva entre autoeficácia e a realização de aconselhamento para a atividade física no combate à obesidade. Esses resultados são promissores, tendo em vista que os maiores níveis de autoeficácia podem contribuir para atenuar a percepção de barreiras e aumentar a probabilidade de engajamento dos profissionais de saúde na realização de aconselhamento para atividade física<sup>15</sup>.

Por outro lado, Perrin *et al.*<sup>81</sup> identificaram, transversalmente, em um estudo desenvolvido com amostra de 3.535 médicos norte-americanos, que a maior exposição a barreiras percebidas para realizar aconselhamento sobre atividade física na prevenção de obesidade foi significativamente associada à baixa autoeficácia dos profissionais em suas capacidades de combater o desfecho. Corroborando esse achado, um estudo com 219 médicos residentes, Smith *et al.*<sup>82</sup> demonstraram que a percepção da autoeficácia e atitude ao aconselhamento são baixas e variam de acordo com as características das especialidades médicas. Os autores reforçaram a necessidade de ações intervencionistas mais especializadas voltadas para aumentar a percepção de autoeficácia e atitudes positivas dos médicos<sup>82</sup>. Desta forma, é imprescindível um maior volume de investigações que abordem o papel da autoeficácia e da atitude nesse contexto em profissionais de saúde.

A atitude representa um construto chave da Teoria do Comportamento Planejado<sup>76</sup>. Embora não exista ainda consenso na literatura sobre esse conceito quanto ao aconselhamento para atividade física pelos profissionais de saúde, a “atitude” vem sendo definida e operacionalizada, basicamente, de três formas: 1) crenças na possibilidade de oferecer aos seus pacientes, ações educativas na forma de aconselhamento para um estilo de vida saudável<sup>14</sup>; 2) avaliação positiva ou negativa em relação a prestação do aconselhamento para atividade física aos pacientes<sup>21</sup>; 3) posição especificamente favorável quanto à orientação

de atividade física como estratégia de educação à saúde em subgrupos de pessoas com DCNT's, a exemplo da obesidade, diabetes, hipertensão arterial, bem como doenças coronarianas<sup>83</sup>.

Um estudo de revisão sistemática demonstrou que profissionais de saúde com atitude mais positiva em relação à realização de aconselhamento para atividade física eram mais propensos a estimular a prática de atividade física no dia a dia profissional<sup>21</sup>. Bock *et al.*<sup>13</sup> verificaram que médicos alemães que relataram poder oferecer aconselhamento para a promoção de um estilo de vida saudável, tiveram quase duas vezes mais chance de promover atividade física aos usuários em comparação com aqueles que discordaram em realizar orientação para promoção de hábitos de vida saudáveis. Resultado semelhante foi encontrado por Winzenberg *et al.*,<sup>84</sup> que encontraram que os estudantes de medicina consideram importante o aconselhamento para atividade física para seus pacientes, e a maioria deles têm uma atitude positiva em relação à promoção de atividade física, reconhecendo assim, seu próprio papel no desenvolvimento de práticas educativas nos serviços de saúde.

Outros estudos têm demonstrado que os profissionais de saúde são mais propensos a prestar aconselhamento as pessoas que apresentavam diagnóstico de doenças crônicas, por exemplo, hipertensão, obesidade e doenças cardiovascular<sup>83,85</sup>. Embora estes achados sejam positivos, uma vez que há fortes evidências mostrando os benefícios da atividade física na prevenção primária de diversas doenças crônicas não transmissíveis<sup>86</sup> sugere-se que o aconselhamento sobre modos saudáveis de vida seja fornecido a todos os indivíduos, independentemente da presença objetiva de alguma doença, tendo em vista suas contribuições não apenas no controle de doenças, mas também na promoção da saúde e qualidade de vida<sup>36</sup>.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 Município sede do estudo

O estudo foi realizado em João Pessoa (PB), capital do estado da Paraíba (Figura 3), localizada na região Nordeste do Brasil. A cidade tem clima tropical úmido com temperaturas médias anuais em torno de 26°C e conta com população de 780.738 habitantes (densidade populacional de 3.421,28 habitantes/km<sup>2</sup>), com predominância de pardos (52,7%), seguidos de brancos (39,8%) com taxa de analfabetismo de 8,1%, expectativa de vida de 74,9 anos e mortalidade infantil de 12,7 mortes para cada mil nascidos vivos -- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE<sup>103</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>104</sup> é igual a 0,763 (considerado alto), a população possui distribuição de renda *per capita* de R\$964,82 ao ano e acumula em média 11 milhões de reais por ano em seu Produto Interno Bruto (PIB). Conforme informações da Diretoria de Geoprocessamento e Secretaria Municipal de Saúde - SMS, a APS é formada pelas ESF, núcleos de apoio à saúde da família, serviço de atendimento domiciliar, consultório na rua e academia da saúde, sendo demarcada territorialmente sob a forma de cinco distritos sanitários (Figura 3). O município possui 90,1% de cobertura da ESF, com 191 equipes de Saúde da Família composta por médico, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem, além de cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal que compõem as equipes de saúde bucal<sup>6</sup>.



Figura 3 – Mapa do município de João Pessoa (PB) dividido por cinco distritos sanitários

### 3.2 Delineamento de estudo

O presente estudo caracteriza-se como um estudo epidemiológico transversal, desenvolvido com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) da Estratégia de Saúde da Família no Município de João Pessoa (PB). Este levantamento foi a primeira etapa de um estudo maior intitulado *Impacto de uma capacitação com profissionais de saúde da atenção básica sobre as práticas de aconselhamento para atividade física para usuários do SUS: um ensaio comunitário randomizado*. Os dados oriundos do presente projeto possibilitarão fornecer subsídios para o planejamento da intervenção educativa com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Município de João Pessoa (PB).

### 3.3 População e cálculo de tamanho da amostra

A população alvo do estudo são os profissionais de saúde da equipe mínima (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que atuam nas eSF no município de João Pessoa (PB). Segundo dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – SMSJP, em 2016 (população referência) haviam 2387 profissionais de saúde atuantes nas eSF. Deste total, 2009 compunham as equipes mínimas da eSF em 191 Unidades Básicas de Saúde distribuídas em cinco distritos sanitários (Distritos I, II, III, IV e V). A opção por investigar profissionais de saúde da ESF se deve ao fato de atuarem próximo à comunidade e representar hegemonicamente os profissionais responsáveis por desenvolverem as práticas de educação e saúde para adoção de hábitos de vida saudáveis na população.

Para o cálculo do tamanho amostral foram considerados os seguintes parâmetros: prevalência de aconselhamento para atividade física de 50%; tamanho populacional finito de 2009 profissionais (192 médicos, 204 enfermeiros, 194 técnicos de enfermagem e 1,419 ACS); erro máximo de cinco pontos percentuais; intervalo de confiança de 95%; e efeito de desenho (*deff*) igual a 1,5. Desse modo, o tamanho mínimo da amostra foi estabelecido em 483 profissionais de saúde, número que foi acrescido em 30% para compensar possíveis perdas e recusas resultando em uma amostra estimada de 628 profissionais de saúde, sendo distribuídos proporcionalmente da forma que segue: 62 médicos, 63 enfermeiras, 62 técnicos de enfermagem e 441 ACS.

### 3.4 Seleção da amostra do estudo.

A amostra foi selecionada por conglomerados em estágio único. Considerando que uma eSF possui um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e em média sete ACS, foram selecionadas sistematicamente 43 USF, distribuídas proporcionalmente por tamanho (conforme quantidade de equipes da ESF), distritos sanitários (Distritos I, II, III, IV e V) e mantendo representatividade por categoria profissional.

**Quadro 3** – Planejamento amostral das equipes de Saúde da Família e dos profissionais de saúde, conforme o distrito sanitário e quantidade de equipes por Unidade de Saúde da Saúde, João Pessoa - PB, 2017.

Distrito/ Tipo da ESF	Amostra planejada				Amostra coletada			
	USF		Profissionais		USF		Profissionais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Distrito I</b>								
USF - Isolada eSF	10	83,3	98	62,0	10	83,3	83	58,5
USF - Integrada 2/3 eSF	1	8,3	20	12,7	1	8,3	24	16,9
USF - Integrada 4/5 eSF	1	8,3	40	25,3	1	8,3	35	24,6
<b>Total do distrito I</b>	<b>12</b>	<b>28,1</b>	<b>158</b>	<b>25,2</b>	<b>12</b>	<b>28,1</b>	<b>142</b>	<b>24,0</b>
<b>Distrito II</b>								
USF - Isolada eSF	5	71,4	50	45,4	5	71,4	51	45,1
USF - Integrada 2/3 eSF	1	14,3	20	18,2	1	14,3	26	23,0
USF - Integrada 4/5 eSF	1	14,3	40	36,4	1	14,3	36	31,9
<b>Total do distrito II</b>	<b>7</b>	<b>16,2</b>	<b>110</b>	<b>17,5</b>	<b>7</b>	<b>16,2</b>	<b>113</b>	<b>19,1</b>
<b>Distrito III</b>								
USF - Isolada eSF	4	66,8	40	40,0	4	66,8	48	40,0
USF - Integrada 2/3 eSF	1	16,6	20	20,0	1	16,6	29	24,2
USF - Integrada 4/5 eSF	1	16,6	40	40,0	1	16,6	43	35,8
<b>Total do distrito II</b>	<b>6</b>	<b>13,9</b>	<b>100</b>	<b>15,9</b>	<b>6</b>	<b>13,9</b>	<b>120</b>	<b>20,3</b>
<b>Distrito IV</b>								
USF - Isolada eSF	7	80,0	70	53,8	7	80,0	64	55,2
USF - Integrada 2/3 eSF	1	10,0	20	15,4	1	10,0	19	16,4
USF - Integrada 4/5 eSF	1	10,0	40	30,8	1	10,0	33	28,4
<b>Total do distrito IV</b>	<b>9</b>	<b>20,9</b>	<b>130</b>	<b>20,7</b>	<b>9</b>	<b>20,9</b>	<b>116</b>	<b>19,6</b>
<b>Distrito V</b>								
USF - Isolada eSF	7	77,8	70	53,8	7	77,8	54	54,0
USF - Integrada 2/3 eSF	1	11,1	20	15,4	1	11,1	17	17,0
USF - Integrada 4/5 eSF	1	11,1	40	30,8	1	11,1	29	29,0
<b>Total do distrito V</b>	<b>9</b>	<b>20,9</b>	<b>110</b>	<b>20,7</b>	<b>9</b>	<b>20,9</b>	<b>100</b>	<b>16,9</b>
Total das Isolada USF	33	76,8	328	52,2	33	76,8	300	50,8
Total das Integrada 2/3 USF	5	11,6	100	15,9	5	11,6	115	19,5
Total das Integrada 4/5 USF	5	11,6	200	31,8	5	11,6	176	29,7
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>628</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>591</b>	<b>100</b>

### 3.5 Instrumentos de medida

Para realização deste estudo, foi construído e validado um instrumento próprio composto por dez módulos: Módulo I – Atividade física; Módulo II – Conhecimento gerais sobre atividade física; Módulo III – Habilidade para promoção da atividade física na Atenção Básica; Módulo IV – Informações gerais sobre o aconselhamento para atividade física; Módulo V – Atitude dos profissionais para realização de aconselhamento sobre atividade física; Módulo VI - Autoeficácia dos profissionais para realização de aconselhamento sobre atividade física; Módulo VII - Medidas antropométricas, qualidade de vida e percepção de saúde; Módulo VIII – Atuação Profissional ; Módulo IX – Formação inicial e educação permanente; Módulo X – Informações sociodemográficas.

O desenvolvimento deste instrumento ocorreu em quatro etapas:

1º etapa - Construção da matriz analítica: a elaboração da matriz analítica do instrumento teve como base uma consulta a estudos prévios realizados com profissionais de saúde da eSF<sup>8,15,21</sup> e instrumentos já existentes, tais como o questionário para avaliação de intervenções para promoção da Atividade Física na Atenção Básica à Saúde (projeto SUS+Ativo), bem como o instrumento de avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), versão para os profissionais de saúde (projeto AQUARES - Acesso e Qualidade na Rede de Saúde)<sup>36</sup>.

Com base nesses modelos, foi possível elaborar a primeira versão do instrumento, no período de março a outubro de 2016, com oito rodadas de reuniões com os membros do GEPEAF - Grupo de Estudo e Pesquisa em Epidemiologia da Atividade Física – UFPB, que auxiliaram inicialmente na definição de indicadores que deveriam compor a matriz do instrumento.

2º etapa - Validação de conteúdo e face: após a construção da primeira versão do questionário, foram selecionados de maneira intencional 40 especialistas com expertise na área de atividade física, saúde coletiva, epidemiologia, profissionais de Educação Física com reconhecido saber e experiência na ABS e profissionais com notório conhecimento na construção e investigação das propriedades psicométricas de instrumentos. Foi encaminhada uma carta convite (Apêndice I) por e-mail, para participação na validação de conteúdo e face do instrumento a cada um deles, com informações sobre o estudo. Daqueles, 19 aceitaram participar da validação voluntariamente. No

intuito de obter maior número de especialistas foram incluídos mais dois participantes, indicados pelos especialistas previamente selecionados, totalizando 21 colaboradores.

Na sequência, o instrumento foi encaminhado com envio do link do questionário online *Google Docs*® por e-mail aos especialistas que aceitaram participar do processo, com informações sobre a forma do preenchimento, os objetivos dos itens que compuseram o instrumento, bem como a forma de avaliação do instrumento. Para cada questão, o colaborador dispunha de uma escala *Likert*, que permitia respostas de 0 a 10, com níveis variados de classificação, sendo não válida (zero a 3 pontos), pouco válida (4 a 7 pontos) e válida (8 a 10 pontos). Adicionalmente, havia um campo aberto para realização de sugestões e/ou comentários (alteração, ajuste da pergunta, adição ou remoção dos itens propostos, entre outros). Desta forma, foi dado início à primeira rodada de avaliação do questionário (Apêndice II), conforme o parecer dos especialistas sobre a maneira de apresentação do instrumento, a pertinência prática e a relevância teórica do item. Foi disponibilizado um prazo de 15 dias para cada especialista enviar seu parecer. Após prorrogação de prazo de mais 15 dias, apenas 15 colaboradores enviaram seus pareceres.

De posse dos julgamentos dos especialistas, verificou-se que o índice de validade do questionário como um todo foi de 0,91 (variação de 0,83 a 0,95 nos módulos), acima do ponto de corte sugerido por Dal Pupo *et al.*,<sup>88</sup> que considera válido para um instrumento de pesquisa valores iguais ou superiores a 0,80. O índice de validade foi calculado a partir da soma de todos os pontos atribuídos pelos especialistas aos itens, calculados separadamente, dividido pelo número de itens do instrumento, e a pontuação máxima prevista, que neste caso forma 10 pontos.

Após a realização das alterações sugeridas pelos especialistas, foi formulada a segunda versão do instrumento (Apêndice III), e um resumo para os especialistas, a fim de fornecer um *feedback* dos pareceres obtidos, bem como esclarecer as modificações do instrumento. Dando continuidade à essa etapa de validação de face, foi encaminhado um e-mail aos mesmos especialistas que haviam aceitado participar do processo de validação de conteúdo, independentemente de ter colaborado ou não na primeira etapa, por meio do envio do link do questionário online *Google Forms*®, e foi disponibilizado um

prazo de 30 dias para os mesmos enviarem o parecer. Nesta fase, os especialistas avaliaram os indicadores quanto a clareza das questões de acordo com procedimentos identificados na literatura<sup>107</sup>, tais como facilidade na leitura, interpretação e representatividade dos itens nas dimensões do instrumento. Foi apresentada uma escala *Likert*, com valores em um intervalo de 0 a 10, sendo que de zero a 3 pontos, a questão é nada compreensível; de 4 a 7 pontos está pouco compreensível e 8 a 10 pontos compreensível. Paralelamente foi verificado o nível de adequação das escalas de respostas (nada adequado, pouco adequado, adequado), organizando-se em uma escala *Likert* igual a anterior. Em adição, foi acrescentado um espaço para sugestões do especialista, caso fosse necessário para ajuste do instrumento. Esta etapa de validação iniciou-se em outubro de 2016 e teve termino no mês de março de 2017.

3° etapa - Estudo piloto: após a elaboração da terceira versão do instrumento, um estudo piloto foi realizado sob as mesmas condições previstas para o estudo principal. Para tanto, foram convidados 20 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) de duas eSF. Essa etapa foi desenvolvida com intuito de identificar possíveis dificuldades de aplicação e interpretação do questionário (clareza das questões). A partir do estudo piloto, foi possível ajustar o instrumento, bem como a logística da coleta de dados.

4° etapa - Análise de reprodutibilidade e validade concorrente: finalizando o estudo piloto, foram avaliados indicadores de reprodutibilidade e validade concorrente (módulo atividade física) do questionário. Os níveis de validade e reprodutibilidade do questionário foram analisados em uma amostra probabilística da população alvo. Na determinação do tamanho da amostra, considerou-se um Kappa de  $\geq 0,80$  e uma diferença mínima a ser detectada de 0,40 do valor do Kappa, duas aplicações do questionário, erro tipo I de 5%, erro tipo II de 20% (poder de 80%) e acréscimo de 20% para compensar perdas e recusas, resultando uma amostra estimada de 60 profissionais de saúde sendo distribuído da forma que segue: 5 médicos, 5 enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem e 45 ACS. Foram selecionadas aleatoriamente cinco USF, uma em cada distrito sanitário (Distritos I, II, III, IV e V).

Em ambos os estudos, de reprodutibilidade e validade, o questionário foi aplicado pelos pesquisadores do projeto ao conjunto de profissionais de saúde,

durante o horário de trabalho nas UBS. Na avaliação da reprodutibilidade os questionários foram aplicados em duas ocasiões distintas aos mesmos sujeitos com intervalo entre 24 e 48 horas, caracterizando teste-reteste. Para obter os níveis de reprodutibilidade do instrumento foram utilizados os procedimentos de *Coefficiente de Correlação Intra-Classe (R)* para variáveis numéricas, *Índice Kappa (K)* para variáveis categóricas em escala nominal e correlação de *Sperman (rho)* para as variáveis de escala ordinal. Foram considerados satisfatórios valores maiores ou iguais a 0,40<sup>88</sup>. Os resultados dos testes de reprodutibilidade são apresentados no Apêndice V.

Para a avaliação da validade concorrente do Módulo de Atividade Física para Profissionais de Saúde - MAFPS, foi utilizado como método de referência o acelerômetro modelo "Actigraph GT3X", durante sete dias consecutivos, usado na região da cintura e preso por um cinto elástico. Foi solicitado aos participantes o início do uso do aparelho a partir da manhã, logo ao acordar, e que ele fosse retirado apenas para dormir, tomar banho ou realizar atividades de lutas e/ou aquáticas. Para a redução dos dados foi utilizado o programa ActiLife 6.12. Foram considerados como válidos os dias em que houve registro de pelo menos de dez horas de uso. Foram incluídos no estudo os sujeitos que tiveram quatro dias válidos, sendo um ou dois dias de final de semana. Tempos acima de 60 minutos decorridos com registro de zeros consecutivos foram considerados como não uso. O epoch utilizado foi de 60 segundos. Para o tempo de prática em atividade física moderada a vigorosa foi utilizado o ponto de corte ( $>1.952$  counts/minuto)<sup>89</sup>. Na análise de validade, inicialmente, foi realizada uma análise exploratória para verificar a normalidade (Teste de *Shapiro-Wilk*) e homogeneidade (Teste de Levene) dos dados. Analisou-se a correlação linear entre os minutos semanais de atividade física moderada a vigorosa de lazer pelo questionário e os minutos semanais de atividade física moderada a vigorosa estimados pela acelerometria, por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Foi observado coeficiente de correlação positivo significativo ( $\rho=0,26$ ;  $p=0,003$ ).

A concordância absoluta entre o MAFPS e a acelerômetro foi realizada por meio da análise gráfica de Bland e Altman. A diferença média no tempo (minutos por dia) da atividade física moderada a vigorosa de lazer medida pelo questionário e o acelerômetro foi 361,2 (minutos / semana), com limites de

concordância variando de -721,6 (-1,96 \* dp + média) para 651,8 (+ 1.96 \* dp + média). A maioria dos valores das diferenças (87,1%) estavam dentro do limite de concordância de +1,96\*dp, considerado satisfatório. A presença de um erro sistemático na medida MAFPS não foi identificado (Apêndice VI). A figura 2 traz uma estrutura do processo de construção e validação do instrumento.

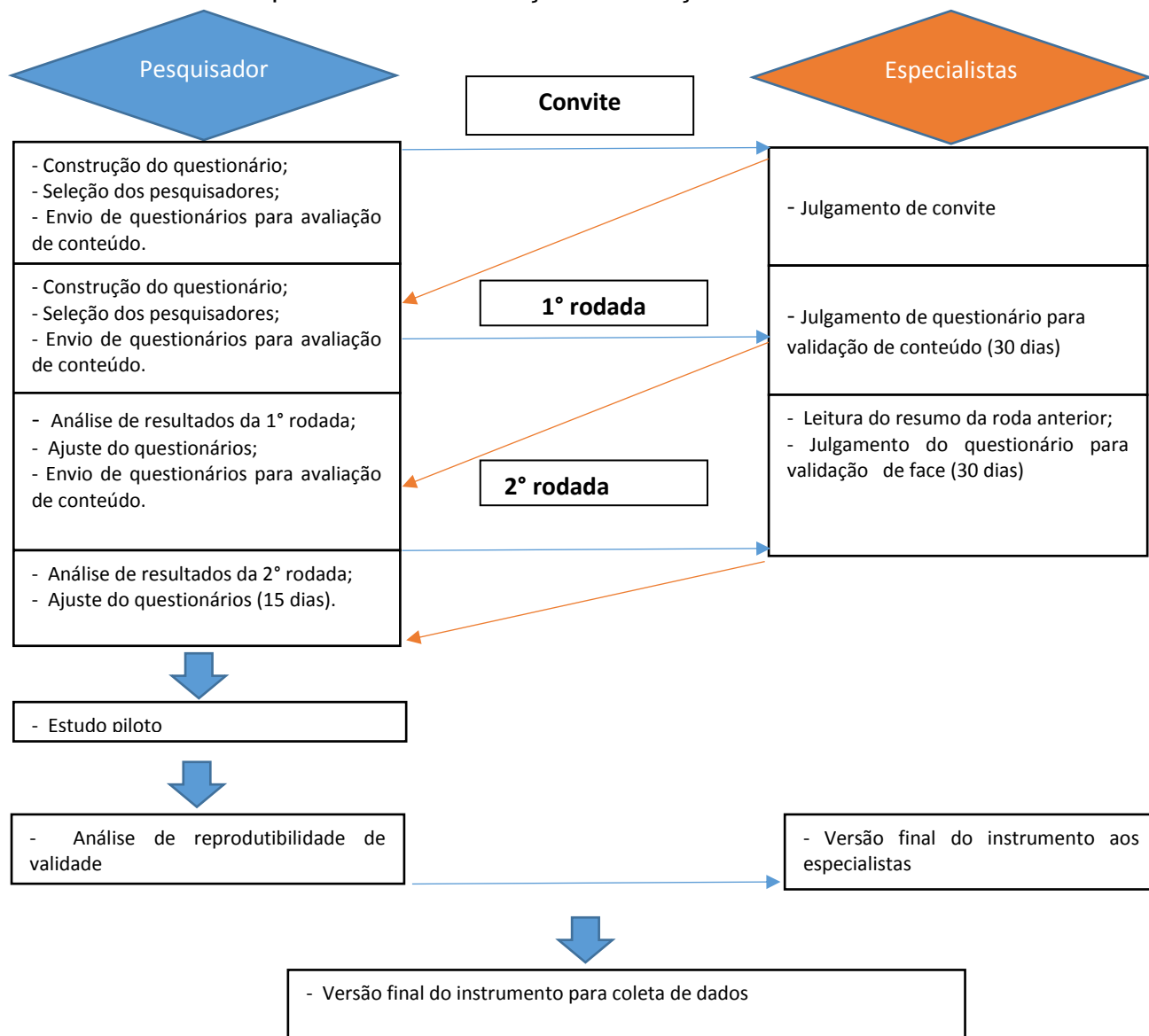


Figura 2 - Etapas do processo de construção e validação do instrumento

### 3.6 Implementação do estudo

O projeto foi apresentado à Secretária Municipal de Saúde do município de João Pessoa – PB para obtenção da carta de anuência (ANEXO I) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba (Anexo II), obedecendo todos procedimentos

éticos do Conselho Nacional de Saúde (Protocolo nº 0349/16. CAAE: 56780116.5.0000.5188).

Previamente ao contato inicial à UBS, foi solicitado a cada diretor dos distritos sanitários a autorização para iniciar a coleta de dados do estudo, apresentando uma cópia da carta de anuência da Secretária Municipal de Saúde do município de João Pessoa – PB (ANEXO II). De posse da autorização de cada diretor, foi feito um contato telefônico com gestores de cada UBS sorteada no estudo para checagem de turnos e dos horários das reuniões pedagógicas, quantidade de profissionais de saúde existentes e agendamento de visita à UBS para uma reunião. Na reunião, foram apresentadas a equipe, logística e objetivos do estudo. Além disso, foram entregues aos gestores das UBS uma cópia da carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município de João Pessoa – PB (Anexo I) e a Declaração de Autorização dos Diretores do Distrito Sanitário; Certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba para realização do estudo (Anexo II).

Também foi esclarecido aos gestores das UBS que o estudo consistia na aplicação de um questionário e nas UBS que participaram de validação do instrumento os profissionais utilizariam sensores de movimento “acelerômetro” para mensurar a atividade física. Por fim, houve a visita na reunião pedagógica, na presença do gestor, para apresentação do projeto aos profissionais de saúde. Os mesmos foram informados quanto aos objetivos do estudo, que a participação era voluntária, e que a coleta de dados não implicaria em nenhum risco e/ou desconforto. Logo em seguida, foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE’s (Apêndice III). A figura 3 traz uma sequência dessas etapas previamente definidas.

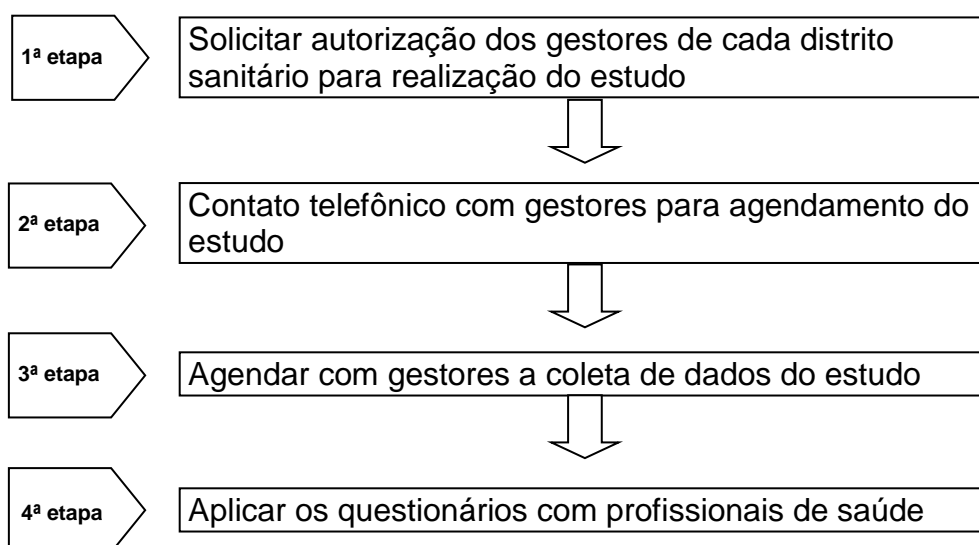


Figura 3 – Sequência de etapas que foram adotadas na coleta de dados

### 3.6 Coleta de dados do estudo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio a outubro de 2017, sendo realizadas de segunda-feira a sexta-feira, no turnos (manhã e tarde) nas próprias UBS durante as reuniões pedagógicas. A equipe que realizou a coleta de dados era composta por alunos de doutorado, mestrado, profissionais voluntários, alunos de iniciação científica (PIBIC e PIVIC) e de graduação dos cursos de Educação Física. Previamente a coleta de dados foram realizados treinamentos da equipe de coleta para padronizar a aplicação do questionário. Todos os membros da equipe de coleta receberam um manual com o protocolo do estudo e passaram por um estudo piloto com profissionais de saúde da eSF. No transcorrer da coleta de dados, também foram realizadas reuniões periódicas para atualização do treinamento.

Os dados foram coletados por entrevista através de um questionário auto aplicado intitulado “Questionário para avaliação multidimensional dos profissionais de saúde sobre promoção da atividade física na Atenção Primária à Saúde” (Apêndice II). O instrumento foi respondido em aproximadamente 25 minutos.

### 3.7 Variáveis em estudo

No presente estudo foram analisadas as variáveis da atuação profissional (Módulo I) formação inicial e educação permanente (Módulo II), valores

atribuídos e orientações e de atividade física aos usuários da UBS (Módulo III), autoeficácia dos profissionais para realização de aconselhamento sobre atividade física (Módulo IV), atitude dos profissionais para realização de aconselhamento sobre atividade física (Módulo VI), Módulo VII - Medidas antropométricas Módulo VIII - Atividade física; informações sociodemográficas (Módulo IX) - Apêndice II.

As variáveis independentes do presente estudo foram: atuação profissional, educação permanente, estado nutricional, atividade física, percepção de saúde autoeficácia, atitude, barreiras para prática do aconselhamento, e características sociodemográficas.

Para conhecer as características relacionadas à atuação profissional foram avaliados: o tempo de trabalho na ESF (categorizada em  $< 5$  e  $\geq 5$  anos de atuação); tipo de vínculo empregatício na eSF (trabalho precário ou não), sendo considerado precário se realizado com a ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados na lei ou a ausência de concurso ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público; número de atendimentos diários, considerando a distribuição em tercís para cada categoria profissional (1º e 2º tercís: sem excesso de atendimento; 3º tercís: com excesso de atendimento [os pontos de corte foram: 30, 20, 60 e 32, respectivamente, para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde]); horas de trabalho cumpridas na eSF (até 30 horas, de 31 horas a 40 horas, e 41 horas ou mais); e outro emprego além da ESF (sim ou não), apresentando valores de kappa  $\geq 0,81$   $p < 0,000$ . Módulo I - Apêndice II.

A educação permanente foi mensurada por meio de questões pré-codificadas que abrangiam a participação em cursos de capacitação oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde sobre a temática atividade física e saúde nos últimos 12 meses (sim ou não), e recebimento de apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sobre o tema atividade física e saúde nos últimos 12 meses (sim ou não). O valor de reprodutibilidade encontrado foi de kappa =  $\geq 0,55$  ( $p < 0,00$ ). Módulo II - Apêndice II.

O estado nutricional foi avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC = massa corporal [kg] / estatura [m]<sup>2</sup>), baseado em medidas autorreferidas de massa corporal e estatura. A classificação do estado nutricional seguiu os

critérios sugeridos pela Organização Mundial de Saúde<sup>111</sup>, agrupando os profissionais de saúde em “sem excesso de peso corporal” ( $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ ) e “com excesso de peso corporal” ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ). O IMC apresentou coeficiente de correlação intra-classe (CCI = 0,96 e valor de kappa = 0,87 para classificação do estado nutricional (sem vs. com excesso de peso corporal). Módulo VIII - Apêndice II.

Para efetuar a medida de atividade física foi utilizado um questionário baseado numa lista contendo 19 atividades, com possibilidade de acréscimo de até duas atividades de intensidade moderada a vigorosa corriqueiramente praticadas por adultos brasileiros, e realizadas no contexto do lazer, praticados por pelo menos 10 minutos por dia, na semana que foi realizada a coleta de dados. Esse instrumento permite estimar o tempo despendido em atividades físicas no lazer, bem como identificar as atividade físicas praticadas. O nível de atividade física foi determinado somando os produtos dos tempos pelas frequências de prática, resultando em um score em minutos por semana. Foram classificados como fisicamente ativos os profissionais de saúde que praticam 150 minutos ou mais por semana e os demais como fisicamente inativos. O questionário foi previamente testado em uma amostra que não participou do estudo principal, apresentando bons índices de reprodutibilidade (CCI= 0,94; IC95%: 0,86-1,00) e nível aceitável de validade, ao comparar com a medida por acelerometria (Spearman's rho= 0,26;  $p < 0,003$ ; kappa= 0,72). Módulo VIII - Apêndice II.

A percepção do estado de saúde foi operacionalizada pela questão “Como o senhor (a) avalia sua saúde?”, sendo as respostas recategorizadas em percepção negativa (ruim, regular) e percepção positiva de saúde (bom, muito boa, excelente). A medida de percepção de saúde apresentou níveis satisfatórios de reprodutibilidade (kappa = 0,89,  $p < 0,000$ )

Os fatores psicossociais mensurados foram autoeficácia e atitude para realização de aconselhamento para atividade física. A autoeficácia foi mensurada por uma escala com oito itens. Um exemplo de questão utilizada para mensurar a percepção de autoeficácia é: “Eu conseguiria realizar aconselhamento para prática de atividade física aos usuários da Unidade Básica de Saúde mesmo que eu não tivesse tempo suficiente devido a demanda de

trabalho?”, com escala dicotômica (sim ou não). A atitude foi mensurada por uma escala com cinco itens. Os profissionais atribuíram o grau de importância (variando de sem importância = 1 a muito importante = 4) com que consegue oferecer algum tipo de aconselhamento para prática de atividade física como, por exemplo: em diferentes subgrupos da população (hipertensos, diabéticos, obesos, idosos e adolescentes) durante um atendimento cotidiano. Para cada um dos fatores psicossociais foi calculado um escore baseado no valor médio do somatório dos itens de cada escala e para fins de análise foram calculados tercis dessas variáveis, categorizadas como: baixos (1º e 2º tercil) e elevados níveis (3º tercil). A reprodutibilidade das medidas das variáveis psicossociais foram satisfatórias, apresentando valores médios de kappa = 0,45 (0,18 - 0,63); 0,62 (0,53 - 0,76), respectivamente, para autoeficácia e atitude. Módulo IV e V - Apêndice II.

Foram consideradas barreiras percebidas para a realização do aconselhamento a indicação de ao menos um dos seis itens apresentados (falta de tempo devido a demanda de trabalho, falta de conhecimento sobre o assunto, falta de profissionais para orientar como fazer o aconselhamento, falta de material instrucional, falta de recursos financeiros do usuários e um opção para acrescentar outras barreiras). Constataram-se níveis satisfatórios de reprodutibilidade para esta medida kappa de  $\geq 0,56$ ,  $p < 0,000$ . Módulo III - Apêndice II.

As variáveis sociodemográficas utilizadas foram: idade (determinada de forma centesimal a partir da subtração entre data da coleta de dados e a data de nascimento), sexo (masculino e feminino), a renda foi obtida mediante a pergunta: “Atualmente, considerando o salário mínimo (SM) vigente de R\$ 937,00, a sua renda bruta recebida como pagamento pela sua atuação profissional na Estratégia de Saúde da Família é de aproximadamente quanto?”, contendo sete opções de resposta: variando de “um salário mínimo a 20 salários mínimos”, sendo posteriormente reagrupadas em: até 1 SM; de 2 a 5 SM= 2 e acima de 5 SM; função profissional na eSF (médico, enfermeiro, téc. Enfermagem e ACS), escolaridade (fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, curso técnico, superior completo, especialização, residência, mestrado e doutorado), situação conjugal (solteiro,

divorciado ou separado, casado ou vivendo com parceiro, viúvo) cor da pele (parda, preta, branca, amarela, indígena - categorias propostas pelo IBGE<sup>103</sup>) e se reside no município onde trabalha na eSF (sim ou não). A reprodutibilidade das medidas das variáveis sociodemográficas foram elevadas, com valores de kappa  $\geq 0,87$   $p < 0,000$ . Módulo IX - Apêndice II.

A variável dependente neste estudo foram a classificação dos estágios de mudança de comportamento em relação ao aconselhamento para atividade física dos profissionais da área de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família. Foi utilizada a pergunta “Considerando o aconselhamento para atividade física como uma orientação geral e estruturada de incentivo para a prática de atividade física em diferentes domínios (ex.: deslocamento e lazer), indique a alternativa que melhor representa seu comportamento quanto ao aconselhamento para a atividade física.” para classificação dos profissionais de saúde em seis estágios: 1) pré-contemplação, aqueles que responderam “Eu não recomendo atividade física e não pretendo começar a fazê-lo”; 2) contemplação, aqueles que responderam “Eu não recomendo atividade física, mas estou começando a pensar em fazê-lo”; 3) preparação, aqueles que responderam “Eu às vezes recomendo atividade física, mas não de forma regular”; 4) ação, aqueles que responderam “Eu recomendo atividade física regularmente, mas iniciei apenas recentemente”; 5) manutenção, aqueles que responderam “Eu tenho recomendado atividade física regularmente há pelo menos seis meses”. 6) recaída, aqueles que responderam “Eu costumava recomendar atividade física, mas não o faço mais”. Foi estabelecido como profissionais que “aconselham” aqueles que realizam tal prática há mais de seis meses. A medida de aconselhamento para atividade física utilizada neste estudo demonstrou níveis aceitáveis de reprodutibilidade teste-reteste (kappa=0,92; IC95%: 0,87 - 0,97). - Módulo III - Apêndice II.

### **3.8 Critérios de inclusão e exclusão**

Para esta pesquisa, foram incluídos os profissionais do quadro permanente e temporário da Secretaria Municipal de Saúde, com atuação efetiva mínima de três meses na eSF, visando minimizar os efeitos do período de adaptação e integração entre as equipes. Os critérios de exclusão adotados

durante o período de coleta de dados foram: 1) profissionais inativos; 2) afastados ou à disposição de outros órgãos do Governo Municipal; 3) gozo de licença de diferentes naturezas ou férias durante o período de coleta de dados; 4) aqueles que não forem encontrados após três tentativas.

### **3.9 Tabulação e análise de dados**

Os dados foram tabulados no EpiData 3.1 e seguindo um processo de dupla digitação, com checagem automática de consistência das respostas. A ferramenta “validar dupla digitação” foi utilizada para identificar possíveis erros de digitação. Todos os erros foram identificados e corrigidos conforme os valores originais dos questionários.

Para análise descritiva das variáveis foi utilizado o cálculo de medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão) e de precisão (intervalo de confiança de 95%). Para as variáveis mensuradas em escala nominal e ordinal foi utilizada a distribuição de frequência e para as variáveis mensuradas em escala numérica, média, desvio padrão e IC95%. Para verificar possíveis associações entre as variáveis empregadas nesse estudo, foi realizada a análise estatística inferencial com o Qui-quadrado e a regressão logística binária bruta e ajustada.

O teste do Qui-quadrado para heterogeneidade foi utilizado para comparar a proporção de profissionais de saúde que aconselham em função das categorias das variáveis independentes. A regressão logística binária foi utilizada para avaliar a associação bruta e ajustada entre atuação profissional (tempo de atuação na eSF [ > 5 anos =1 ≥ 5 anos de atuação =2], quantidade de atendimento [sem excesso de atendimento =1 e com excesso de atendimento =2]; atividade física ( fisicamente ativo = 1 e fisicamente inativo = 2); estado nutricional (sem excesso de peso = 1 e com excesso de peso corporal = 2); percepção de saúde ( positiva =1 e negativa = 2); participação em atualização profissional oferecido pela oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde que abordou o tema atividade física e saúde [ sim = 1 e não =2]; recebimento de apoio marcial do NASF sobre atividade física e saúde [ sim =1 e não =2]; autoeficácia (elevada = 1 e baixa = 2); atitude(elevada = 1 e baixa = 2); barreiras para aconselhamento ( sim = 1 e não = 2) com a variável dependente (estágios

de mudança de comportamento ao aconselhamento para atividade física: “não aconselham” = 0 “aconselham” =1).

Na análise multivariável, considerou-se um modelo hierárquico composto de três níveis. No primeiro nível (distal), foram introduzidas as variáveis de atuação profissional (tempo de trabalho no ESF e quantidade de atendimento). No segundo nível (intermediário) de análise, foram introduzidas as variáveis, nível de prática de atividade física e estado nutricional e percepção de saúde. No terceiro nível (proximal), foram introduzidas as variáveis psicossociais (autoeficácia e atitude), percepção de barreira e educação permanente. Os fatores de confusão considerados foram: idade, sexo, renda e escolaridade. Na análise ajustada, todas as variáveis independentes foram incluídas no modelo e permaneceram aquelas com valor de  $p < 0,20$ . Foi aplicado o método backward para seleção das variáveis no modelo múltiplo. O teste de Hosmer-Lemeshow foi usado para avaliar a qualidade do ajuste do modelo. Todas as análises foram realizadas no Stata 13.0, foram considerados fatores associados à prática de aconselhamento para atividade física variáveis com valor  $p \leq 0,05$ .

### **3.10 Aspectos éticos**

As questões éticas estão sendo tratadas de forma específica, antes, durante e depois do desenvolvimento do estudo, com base na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. O projeto foi apresentado à Secretária Municipal de Saúde do município de João Pessoa – PB para obtenção da carta de anuência (ANEXO II) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba (Anexo III), obedecendo todos procedimentos éticos do Conselho Nacional de Saúde (Protocolo nº 0349/16. CAAE: 56780116.5.0000.5188). A participação dos profissionais foram voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III).

## **RESULTADOS**

De acordo com a norma 002/2015 para elaboração da dissertação de mestrado do Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física UPE/UFPB, optou-se pela apresentação dos resultados no formato de manuscritos para submissão a periódicos da área. O manuscrito foi preparado para ser submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública (Anexo III).

### **Artigo**

#### **Título:**

Prevalência e fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde

Objetivo: determinar a prevalência e os fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde de João Pessoa (PB).

Periódico: Cadernos de Saúde Pública

Qualis: A2

**Artigo original****Título**

Prevalência e fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde

**Title**

Prevalence and associated factors with physical activity counseling among health professionals

**Título resumido**

Aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde

**Autores:**

João Miguel de Souza Neto

Filipe Ferreira da Costa

**Instituição:**

Grupo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia da Atividade Física - GEPEAF. João Pessoa, PB, Brasil.

Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física - UPE/UFPB. João Pessoa, PB, Brasil

**Correspondência para:**

Endereço para correspondência:

Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciência da Saúde, Departamento de Educação Física

Cidade Universitária, João Pessoa, PB

CEP: 58059-900 – Fone/fax: (83) 3216-7030

E-mail: [miguel.edf@hotmail.com](mailto:miguel.edf@hotmail.com)

**Contagem de palavras:**

Texto: 4871

Resumo: 241

Abstract: 221

Número de referências: 33

Número de ilustrações: 4

**Resumo**

O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência e os fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde de João Pessoa (PB). Trata-se de um estudo epidemiológico transversal com 591 profissionais de saúde, que atuam nas Equipes de Saúde da Família. O aconselhamento para a atividade física foi definido como a realização de tal prática há mais de seis meses. Foram considerados os seguintes fatores associados: tempo de atuação profissional, quantidade de atendimento diário, educação permanente, barreiras percebidas, autoeficácia, atitude, percepção de saúde, nível de atividade física e estado nutricional. Um modelo hierárquico de regressão logística binária foi utilizado para analisar os possíveis fatores associados ao aconselhamento para a atividade física. A prevalência do aconselhamento foi de 46,2% (IC95%: 55,6 - 73,6), sendo maior entre profissionais de nível superior (66,1%; IC95%: 56,8 - 74,2) comparado aos de nível médio/técnico (41,6%; IC95%: 37,2 - 46,1). Os resultados demonstraram que profissionais de saúde sem excesso de atendimento diário, com percepção de saúde positiva, sem percepção de barreiras, com atitude positiva e alta autoeficácia tiveram mais chances de realizar o aconselhamento para atividade física. Conclui-se que o aconselhamento para atividade física ainda é pouco realizado pelos profissionais de saúde, particularmente entre os agentes comunitários e técnicos de enfermagem. O conhecimento e as ações sobre os fatores associados ao aconselhamento podem contribuir para o maior envolvimento dos profissionais na realização de ações de promoção de saúde.

**Palavras chave:** Estratégia Saúde da Família; Pessoal de saúde; Aconselhamento; Atividade Motora; Atenção Primária à Saúde.

**Abstract**

The objective of this study was to determine the prevalence and factors associated with the practice of counseling for physical activity in health professionals of the Primary Health Care of João Pessoa (PB). This is a cross-sectional epidemiological study with 591 health professionals, who work in the Family Health Teams. Counseling for physical activity was defined as the accomplishment of such a practice for more than six months. The following factors were considered: professional performance time, amount of daily attendance, permanent education, perceived barriers, self efficacy, attitude, health perception, level of physical activity and nutritional status. A hierarchical model of binary logistic regression was used to analyze the possible factors associated with counseling for physical activity. The prevalence of counseling was 46.2% (95% CI: 55.6-73.6), higher among higher education professionals (66.1%; 95% CI: 56.8-74.2) compared to (41.6%, 95% CI: 37.2 - 46.1). The results showed that health professionals with no excess of daily care, with positive perception of health, without perception of barriers, with positive attitude and high self-efficacy were more likely to perform counseling for physical activity. It is concluded that counseling for physical activity is still poorly performed by health professionals, particularly among community agents and nursing technicians. Knowledge and actions on the factors associated with counseling can contribute to the greater involvement of professionals in health promotion actions.

**Keywords:** Family Health Strategy; Health personnel; Counseling; Motor Activity; Primary Health Care.

## Introdução

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) respondem por 63% dos óbitos ocorridos em todo o mundo, sendo a inatividade física um dos principais fatores de risco modificáveis que contribui para este cenário<sup>1</sup>. Em consequência disso, a promoção da atividade física tem sido amplamente reconhecida como uma das estratégias prioritárias para o enfrentamento das DCNTs, levando-se em consideração o número de pessoas inativas, a morbidade associada a sua presença e os gastos com internações hospitalares atribuídos à inatividade física<sup>2</sup>.

Diante desse cenário, para combate às DCNTs tem sido incorporado às políticas públicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, tendo lugar de destaque na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)<sup>3</sup>. Entre os oito temas prioritários da PNPS estão as ações de aconselhamento e divulgação das práticas corporais e atividade física. O aconselhamento para a atividade física tem sido recomendado no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e pode ser compreendido como uma orientação geral e estruturada voltada ao incentivo para a prática de atividade física em diferentes domínios (lazer, trabalho, atividades domésticas e deslocamento<sup>4</sup>. O *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*<sup>5</sup> caracteriza o aconselhamento para a promoção de atividade física como uma estratégia de custo relativamente baixo e que pode ser realizada por qualquer profissional da saúde, e em poucos minutos em um atendimento rotineiro a um usuário ou visita domiciliar na APS.

Apesar do reconhecimento do aconselhamento como estratégia para promover a prática de atividade física no âmbito da APS, os resultados de diversos estudos têm demonstrado que a prevalência ainda permanece baixa: 50% nos Estados Unidos<sup>6</sup>; 55% na Alemanha<sup>7</sup>; 68% na Austrália<sup>8</sup>. No Brasil, verificou-se que 68,9% dos profissionais de saúde relataram recomendar atividade física aos usuários há pelos menos seis meses<sup>4</sup>. Diante disso, tem sido crescente o interesse da comunidade científica em compreender quais fatores podem explicar o porquê de o aconselhamento para a atividade física ainda não ser amplamente adotado por profissionais da saúde da APS. Em recente revisão sistemática, Huijg *et al.*,<sup>9</sup> apontaram como barreiras para a não realização do aconselhamento, a falta de tempo e de formação específica, prioridades concorrentes dos profissionais e a percepção da falta de motivação dos pacientes para praticar atividades físicas.

Isso reforça a necessidade de um maior volume de investigações para a compreensão do comportamento profissional, incluindo os fatores psicossociais (autoeficácia e atitude), tendo em vista que maiores níveis de autoeficácia e atitude positiva podem contribuir para atenuar a percepção de barreiras na realização de aconselhamento para a atividade física<sup>10, 11</sup>. Além disso, o estudo de diferentes fatores referentes à saúde dos profissionais de saúde, componentes relacionados a atuação profissional, a formação inicial e a educação permanente, merece atenção, visto que esses fatores podem refletir na qualidade da assistência prestada aos usuários da saúde<sup>12, 13</sup>.

A maioria dos estudos que investigaram estas relações foram realizados com profissional de uma categoria específica (médico)<sup>7, 12</sup>, impossibilitando a extrapolação desses dados para outros profissionais que atuam na APS; e com amostra não representativa<sup>11, 12, 14</sup>, ficando comprometida a generalização dos achados para outra população. Além dessas lacunas no conhecimento, conforme observada na revisão sistemática de Hébert *et al.*,<sup>15</sup> poucas pesquisas exploraram a prevalência do aconselhamento para a atividade física e seus correlatos em profissionais de saúde de países de baixa e média renda, como o Brasil, especialmente na regiões mais pobres, como o Nordeste. Isso é importante, uma vez que países em desenvolvimento respondem por cerca de 80% dos óbitos por DCNT's no mundo<sup>16</sup> e a região Nordeste do Brasil possui uma das maiores prevalências de inatividade física no lazer<sup>2</sup>

Considerando a magnitude dos problemas causados pelas DCNT's, e as diretrizes das Política Nacional de Atenção Básica<sup>17</sup>, torna-se necessário a realização de estudos que contribuam para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, bem como outras formas de se promover atividade física no contexto da atenção primária. O conhecimento dos fatores associados à prática do aconselhamento para atividade física pode fomentar o planejamento e desenvolvimento de ações pelas equipes de saúde, e favorecer o aumentar a efetividade de ações de promoção de saúde. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a prevalência e os fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais da atenção primária à saúde de João Pessoa, PB.

## Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, com amostra representativa de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS) da Estratégia de Saúde da Família no Município de João Pessoa (PB).

Para o cálculo do tamanho amostral foram considerados os seguintes parâmetros: prevalência de aconselhamento para atividade física de 50%; tamanho populacional finito de 2009 profissionais (192 médicos, 204 enfermeiros, 194 técnicos de enfermagem e 1,419 ACS); erro máximo de cinco pontos percentuais; intervalo de confiança de 95%; e efeito de desenho estimado (*deff*) igual a 1,5. Desse modo, o tamanho mínimo da amostra foi estabelecido em 483 profissionais de saúde, número que foi acrescido em 30% para compensar possíveis perdas e recusas, resultando em uma amostra estimada de 628 profissionais de saúde, sendo distribuídos proporcionalmente da forma que segue: 62 médicos, 63 enfermeiras, 62 técnicos de enfermagem e 441 ACS. Foram incluídos os profissionais do quadro permanente e temporário das Secretarias Municipais de Saúde que atuavam no mínimo há três meses, sendo excluídos os profissionais inativos ou que apresentaram, durante o período de coleta de dados, afastamento, licença de diferentes naturezas ou férias.

A amostra foi selecionada por conglomerados em estágio único, considerando as Unidades de Saúde da Família (USF) como unidade amostral. Considerando que uma eSF possui um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e em média sete ACS, estabeleceu-se que seriam necessárias 43 USF para atingir a dimensão amostral desejada ( $n = 628$ ). Estas foram estratificadas segundo a distribuição nos distritos sanitários da cidade (Distritos I, II, III, IV e V) e por tamanho da USF (conforme quantidade de equipes da ESF): aquelas com uma eSF (isolada); com duas e três equipes; e com quatro e cinco equipes, mantendo representatividade por categoria profissional. Cálculos realizados *a posteriori* utilizando o Epi Info 7 demonstraram que essa amostra tem poder de 80% ( $\beta = 20\%$  e  $\alpha = 5\%$ ) para detectar como significativas razões de odds iguais ou superiores a 1,70.

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio a outubro de 2017, por equipe treinada, composta de profissionais voluntários de Educação Física, alunos de iniciação científica e estudantes de pós-graduação (mestrado e doutorado). Um estudo piloto foi realizado para treinar a equipe e testar a melhor forma de aplicação do instrumento. Este foi validado quanto a face e conteúdo por um painel de 19 especialistas da área,

apresentando índice de validade do questionário de 0,91 (variação de 0,83 a 0,95 nos módulos). O questionário foi autoaplicado, nas próprias USFs, seguindo instruções prévias fornecidas pela equipe de coleta de dados. Para reduzir o número de perdas, o questionário foi aplicado nos dias das reuniões das eSF.

As variáveis sociodemográficas analisadas neste estudo foram: sexo (masculino e feminino), atuação profissional na eSF (médico, enfermeiro, técnico enfermagem e ACS), idade (determinada de forma centesimal: diferença entre a data de nascimento e a data da coleta de dados e categorizada em: 20 - 39,  $\geq 40$  anos de idade), escolaridade completa dos profissionais (fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, curso técnico, superior completo, especialização, residência, mestrado e doutorado), renda, considerando múltiplos do salário mínimo (SM) vigente (R\$ 937,00), situação conjugal (solteiro, divorciado ou separado, casado ou vivendo com parceiro, viúvo), cor da pele (autorreferenciada e posteriormente agrupadas em branca e não branca). A reprodutibilidade das medidas das variáveis sociodemográficas foram elevadas, com valores de kappa  $\geq 0,87$ .

Para conhecer as características relacionadas à atuação profissional foram avaliados: o tempo de trabalho na ESF (categorizada em  $< 5$  e  $\geq 5$  anos de atuação); tipo de vínculo empregatício na eSF (trabalho precário ou não), sendo considerado precário se realizado com a ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados na lei ou a ausência de concurso ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público; número de atendimentos diários, considerando a distribuição em tercils para cada categoria profissional (1º e 2º tercil: sem excesso de atendimento; 3º tercil: com excesso de atendimento [os pontos de corte foram: 30, 20, 60 e 32, respectivamente, para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde]); horas de trabalho cumpridas na eSF (até 30 horas, de 31 horas a 40 horas, e 41 horas ou mais); e outro emprego além da ESF (sim ou não), apresentando valores de kappa  $\geq 0,81$ .

A percepção do estado de saúde foi operacionalizada pela questão “Como o senhor (a) avalia sua saúde?”, sendo as respostas categorizadas em percepção negativa (ruim, regular) e percepção positiva de saúde (bom, muito boa, excelente). Esta medida apresentou níveis satisfatórios de reprodutibilidade (kappa = 0,89).

Os profissionais indicaram o tempo e a quantidade de dias que realizaram atividades físicas de lazer na semana anterior, a partir de uma lista com 19 atividades, com possibilidade de acréscimo de até duas atividades de intensidade moderada a

vigorosa. Determinou-se o nível de atividade física somando os produtos dos tempos pelas frequências de prática em cada atividade, resultando em um escore em minutos por semana. Foram classificados como fisicamente ativos os profissionais de saúde que praticavam 150 minutos ou mais por semana e os demais como fisicamente inativos. O questionário foi previamente testado em uma amostra que não participou do estudo principal, apresentando bons índices de reprodutibilidade (CCI= 0,94; IC95%: 0,86-1,00; kappa= 0,72) e nível aceitável de validade ao correlacionar com a medida por acelerometria (Spearman's rho= 0,26; p<0003).

O estado nutricional foi avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC= massa corporal [kg] / estatura [m]<sup>2</sup>), baseado em medidas autorreferidas de massa corporal e estatura. A classificação do estado nutricional seguiu os critérios sugeridos pela *Organização Mundial de Saúde*, agrupando os profissionais de saúde em “sem excesso de peso corporal” (IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>) e “com excesso de peso corporal” (IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>). O IMC apresentou bons índices de reprodutibilidade (CCI = 0,96; k = 0,87 para classificação do estado nutricional).

Foram consideradas barreiras percebidas para a realização do aconselhamento a indicação de ao menos um dos sete itens apresentados (falta de tempo devido a demanda de trabalho, falta de conhecimento sobre o assunto, falta de profissionais para orientar como fazer o aconselhamento, falta de material instrucional, falta de recursos financeiros dos usuários e acrescentando-se o item outras barreiras). Constataram-se níveis satisfatórios de reprodutibilidade para esta medida (kappa ≥0,56).

Os fatores psicossociais mensurados foram autoeficácia e atitude para realização de aconselhamento para atividade física. A autoeficácia foi mensurada por uma escala com oito itens. Um exemplo de questão utilizada para mensurar a percepção de autoeficácia é: “Eu conseguiria realizar aconselhamento para prática de atividade física aos usuários da Unidade Básica de Saúde mesmo que eu não tivesse tempo suficiente devido a demanda de trabalho?”, com escala dicotômica (sim ou não). A atitude foi mensurada por uma escala com cinco itens. Os profissionais atribuíram o grau de importância (variando de sem importância = 1 a muito importante = 4) da realização do aconselhamento para prática de atividade física em diferentes subgrupos da população (hipertensos, diabéticos, obesos, idosos e adolescentes) durante um atendimento cotidiano. Para cada um dos fatores psicossociais foi calculado um escore baseado no valor médio do somatório dos itens de cada escala e para fins de análise foram calculados

tercis dessas variáveis, categorizadas como: baixos (1º e 2º tercil) e elevados níveis (3º tercil). A reprodutibilidade das medidas das variáveis psicossociais foram satisfatórias, apresentando valores médios de kappa = 0,45 (0,18 - 0,63) e 0,62 (0,53 - 0,76), respectivamente, para autoeficácia e atitude.

A educação permanente foi mensurada por meio de questões pré-codificadas que abrangiam a participação em cursos de capacitação oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde sobre a temática atividade física e saúde nos últimos 12 meses (sim ou não), e recebimento de apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sobre o tema atividade física e saúde nos últimos 12 meses (sim ou não). O valor de reprodutibilidade encontrado foi de  $\text{kappa} \geq 0,55$ .

A variável dependente neste estudo foi a classificação dos estágios de mudança de comportamento em relação ao aconselhamento para atividade física. Foi utilizada a pergunta “Considerando o aconselhamento para atividade física como uma orientação geral e estruturada de incentivo para a prática de atividade física em diferentes domínios (ex.: deslocamento e lazer), indique a alternativa que melhor representa seu comportamento quanto ao aconselhamento para a atividade física.” para classificação dos profissionais de saúde em seis estágios. Foi estabelecido como profissionais que “aconselham” aqueles que relataram realizar tal prática há mais de seis meses. A medida de aconselhamento para atividade física utilizada neste estudo demonstrou níveis aceitáveis de reprodutibilidade ( $\text{kappa}=0,92$ ; IC95%: 0,87 - 0,97)

O teste do Qui-quadrado para heterogeneidade foi utilizado para comparar a proporção de profissionais que realizam o aconselhamento para atividade física em função das categorias das variáveis independentes. A regressão logística binária foi utilizada para avaliar a associação bruta e ajustada entre variáveis independentes e o aconselhamento regular para atividade física. Análises estratificadas por atuação profissional (nível superior vs nível médio/ técnico) foram realizadas, no entanto, essa variável não apresentou interação com as demais variáveis do estudo.

Na análise multivariável, considerou-se um modelo hierárquico composto de três níveis. No primeiro nível (distal) foram introduzidas as variáveis de atuação profissional (tempo de trabalho na ESF e quantidade de atendimentos). No segundo nível (intermediário) foram introduzidas as variáveis nível de prática de atividade física, estado nutricional e percepção de saúde. No terceiro nível (proximal), foram introduzidas as

variáveis psicossociais (autoeficácia e atitude), percepção de barreira e educação permanente. Os fatores de confusão considerados foram: idade, sexo, renda e escolaridade.

Na análise ajustada, todas as variáveis independentes foram incluídas no modelo e permaneceram aquelas com valor de  $p < 0,20$ . Foi aplicado o método *backward* para seleção das variáveis no modelo múltiplo. O teste de *Hosmer-Lemeshow* foi usado para avaliar a qualidade do ajuste do modelo. Foram considerados fatores associados à prática de aconselhamento para atividade física variáveis com valor  $p \leq 0,05$ .

Os dados foram digitados no programa EpiData 3.1, seguindo um processo de dupla digitação, com checagem automática de consistência e amplitude dos valores. As análises estatísticas foram realizadas no Stata 13.0. O nível de significância adotado foi de 5% para testes bicaudais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - Protocolo nº 0349/16. CAAE: 56780116.5.0000.5188). A participação dos profissionais foi voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Resultados**

Inicialmente foram selecionados 667 profissionais de saúde, dos quais 19 se recusaram a participar (médico:  $n = 2$ ; enfermeiros:  $n = 3$ ; técnico de enfermagem:  $n = 5$ ; ACS  $n = 9$ ) e nove não foram encontrados em pelo menos três visitas da equipe de coleta de dados (médico  $n = 1$ ; enfermeiros  $n = 1$ ; técnico de enfermagem  $n = 1$ ; ACS:  $n = 6$ ). Dos 639 profissionais localizados, 48 foram excluídos (32 estavam de férias [médico  $n = 5$ ; enfermeiros  $n = 5$ ; técnico de enfermagem  $n = 5$ ; ACS:  $n = 17$ ], 14 estavam de licença médica [médico  $n = 2$ ; enfermeiros  $n = 4$ ; técnico de enfermagem  $n = 2$ ; ACS:  $n = 6$ ] e dois ACS deixaram várias questões sem resposta).

A amostra final incluiu 591 profissionais de saúde, sendo 78,6 % do sexo feminino, com média de idade de  $43,2 \pm 9,6$  anos; 58,6% eram casados e 72,2% tinham cor da pele não branca. Com relação a atuação profissional, verificou-se que a maioria (85,1%) trabalhava na ESF a mais de cinco anos, com carga horária menor que quarenta horas semanais (90,5%), e não tinham outro vínculo trabalhista além da ESF (87,0%) (Tabela 1).

A prevalência de aconselhamento para atividade física foi de 46,3% (IC95%: 42,3-50,3), sendo maior entre profissionais de nível superior (66,1%; IC95%: 56,8-74,2)

em comparação aos profissionais de nível médio/técnico (41,6%; IC95%: 37,2-46,1;  $p < 0,001$ ) - Figura 1. Os médicos (74,5%; IC95%: 59,6-85,2) foram os profissionais que mais referiram realizar aconselhamento, seguidos dos enfermeiros (60,3%; IC95%: 48,0-71,4), ACS (42,9%; IC95%: 38,2-47,7) e técnicos de enfermagem (31,5%; IC95%: 20,2 - 45,4) (dados não apresentados em tabelas). A proporção de aconselhamento para atividade física foi maior entre os que trabalhavam menos de cinco anos, sem excesso de atendimentos diários, que não percebiam barreiras, com alta autoeficácia e atitude positiva, os mais ativos fisicamente e sem excesso de peso corporal (Tabela 2).

Na tabela 3 são apresentados os resultados das análises de regressão logística bruta e ajustada para associação entre os fatores investigados e a prática de aconselhamento para atividade física. Na análise ajustada, as variáveis que permaneceram associadas à prática do aconselhamento para a atividade física foram quantidade de atendimentos diários, percepção de saúde, barreiras percebidas para aconselhamento, autoeficácia para aconselhamento e atitude para aconselhamento. O resultado do teste de Hosmer-Lemeshow ( $X^2=8,17$ ;  $p=0,21$ ) demonstrou que o modelo construído ajustou-se bem aos dados.

### **Discussão**

Este estudo teve como objetivo analisar a prevalência e fatores associados ao aconselhamento para atividade física por profissionais de saúde da APS de João Pessoa (PB). Seus resultados apontam que apenas quatro em cada dez profissionais pesquisados referiram realizar aconselhamento há mais de seis meses, sendo esta prática mais comum entre os profissionais de nível superior. Profissionais de saúde que referiam menor quantidade de atendimento diário, que não percebiam barreiras para o aconselhamento, com alta autoeficácia e atitude positiva apresentaram maiores chances de realizar o aconselhamento para atividade física.

A prevalência de profissionais de saúde que recomendam atividade física aos usuários há pelo menos seis meses observada no presente estudo é baixa 46,3% ao comparar com estudos internacionais (Estados Unidos – 50 %<sup>6</sup>, Alemanha – 55%<sup>7</sup>, Austrália – 68%<sup>8</sup>, Canadá – 85%<sup>18</sup>). No Brasil, a prevalência de aconselhamento para atividade física há pelo menos seis meses foi de 68,9% entre profissionais de enfermagem e medicina<sup>4</sup> e de 59,7% entre agentes comunitários de saúde<sup>13</sup>. Uma possível explicação para essa menor prevalência de aconselhamento observada entre profissionais de saúde do estudo pode ser atribuída às características particulares da amostra, haja vista que os estudos utilizados como referência investigaram predominantemente enfermeiros e/ou

médicos, que podem aconselhar mais do que técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, em função da formação superior específica na área da saúde. Este cenário é corroborado pelos achados obtidos em entrevistas com usuários brasileiros atendidos na APS que referiram ter recebido este aconselhamento principalmente pelos médicos<sup>19</sup>.

O maior envolvimento dos médicos na realização do aconselhamento pode ser reforçado pela percepção do senso comum de que os médicos são fontes credíveis e preferenciais de informações sobre saúde preventiva<sup>20</sup>. Além disso, as consultas médicas estão entre os procedimentos mais procurados pelos usuários em unidades básicas de saúde, o que pode explicar o fato dos médicos serem os profissionais que mais realizam aconselhamento<sup>21</sup>. Apesar do papel imprescindível desse profissional na promoção da saúde, a APS compreende um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas de saúde diferenciadas que extrapolem o cuidado centrado no modelo biomédico, com ações multiprofissionais, como proposto pela Política Nacional de Atenção Básica<sup>17</sup>.

No presente estudo, profissionais de saúde que relataram menores quantidades de atendimento diários apresentaram aproximadamente 60% mais chance de realizar aconselhamento para atividade física. Patra *et al.*,<sup>12</sup> verificaram que os médicos que atendiam diariamente menos de 30 pacientes tiveram cinco vezes mais chances de realizar o aconselhamento para a atividade física comparados a seus pares com maior número de atendimentos diários. Corroborando parcialmente esta hipótese, um levantamento realizado no Brasil com médicos e enfermeiros através de inquérito telefônico demonstrou uma relação linear entre a quantidade de usuários atendidos semanalmente e o relato dos profissionais sobre falta de tempo como barreira para o aconselhamento<sup>4</sup>. Esses achados reforçam a necessidade de construir e pactuar um processo de trabalho na APS que viabilize ações de educação em saúde na rotina de trabalho da equipe, a fim de garantir um equilíbrio entre ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

Profissionais de saúde que referiam uma percepção positiva de saúde eram mais propensos a realizar aconselhamento para atividade física do que seus pares que referiram uma percepção negativa. Trata-se de um resultado importante, uma vez que a autoavaliação da saúde é uma medida subjetiva que indica o nível global de saúde, podendo estar associada a adoção de um estilo de vida saudável<sup>22</sup>, o que por sua vez pode facilitar a realização de aconselhamento para atividade física. Por exemplo, médicos que referiram que seu próprio estilo de vida influenciava a prática de aconselhamento

apresentaram nove vezes mais chance de realizar aconselhamento para atividade física em comparação com aqueles que não acreditam nesta influência<sup>12</sup>.

Diferentemente de estudos anteriores<sup>13, 14</sup> não foi verificada associação entre o nível de atividade física no lazer e a realização de aconselhamento para a atividade física. Diferenças em relação a forma como os questionários mensuram a atividade física - ou mais domínios<sup>13</sup>, utilizando medida objetiva<sup>14</sup> - dificulta a comparação de resultados e podem explicar parte dessa discordância. Para além dessas divergências, torna-se necessário refletir sobre a possibilidade do desenvolvimento de políticas públicas com enfoque na saúde dos profissionais. Estudo de intervenção realizada em grande centro urbano demonstrou que profissionais de saúde que combinam hábitos saudáveis – como prática regular de atividade física e dieta saudável – são mais propensos a realizar aconselhamento para seus pacientes quanto aos benefícios da atividade física e de uma alimentação saudável<sup>23</sup>. Desse modo, faz-se necessário que existam iniciativas no ambiente de trabalho que contribuam para a promoção da saúde dos profissionais da APS, a fim de promover (re)significação acerca da vida pessoal e profissional, valorizando-se a possibilidade do autocuidado, que pode repercutir em melhor manejo de situações complexas e desafiadoras durante o aconselhamento.

Em relação às barreiras para realização do aconselhamento, nosso estudo vai ao encontro da literatura<sup>4, 15</sup>, mostrando que de fato, essas barreiras, como por exemplo, falta de tempo durante os atendimentos, falta de conhecimento e/ou de habilidade, ausência de treinamentos periódicos em aconselhamento para realização de atividade física dificultam os profissionais de saúde a realizarem ações de promoção da atividade física e a possibilidade de manejá-las, indicando que é imprescindível desenvolver estratégias de intervenção direcionadas às barreiras mais frequentes entre os profissionais<sup>9</sup>.

Identificou-se uma relação direta e significativa da autoeficácia com o aconselhamento para a atividade física. Este resultado está em consonância com investigação realizada com profissionais de saúde americanos<sup>24</sup>. Em termos práticos, maiores níveis de autoeficácia podem contribuir para atenuar a percepção de barreiras e aumentar a probabilidade de engajamento dos profissionais de saúde na realização de aconselhamento para a atividade física<sup>10</sup>. Dessa forma, faz-se necessário considerar os fatores psicossociais como a autoeficácia, bem como as possibilidades para incrementá-la, no desenvolvimento de propostas de intervenções educativas no aconselhamento para prática de atividade física na APS.

A atitude positiva se associou ao fato dos profissionais recomendarem atividade física aos usuários há pelos menos seis meses. Corroborando esse achado, um estudo de revisão sistemática demonstrou que profissionais de saúde com atitude mais positiva em relação à realização de aconselhamento para atividade física eram mais propensos a estimular a prática de atividade física no cotidiano profissional<sup>15</sup>. Resultado semelhante foi encontrado por Winzenberg *et al.*,<sup>25</sup> que encontraram que os estudantes de medicina consideram importante o aconselhamento para atividade física para seus pacientes. A maioria deles têm uma atitude positiva em relação à promoção de atividade física, e reconhecem seu próprio papel no desenvolvimento de práticas educativas nos serviços de saúde.

Estudos têm demonstrado que os profissionais de saúde são mais propensos a prestar aconselhamento às pessoas que apresentam diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo, hipertensão, obesidade e doenças cardiovascular<sup>19</sup>,<sup>26</sup>. Embora as evidências demonstrem a importância da atividade física no controle e prevenção de diversas doenças crônicas não transmissíveis,<sup>27, 28</sup>, recomenda-se que o aconselhamento sobre modos saudáveis de vida seja fornecido a todos os indivíduos, independentemente da presença objetiva de alguma doença, tendo em vista suas contribuições não apenas no controle de doenças, mas também na promoção da saúde e qualidade de vida<sup>29</sup>.

Os achados referentes às análises entre a educação permanente e o aconselhamento para atividade física indicaram não existir associação entre as variáveis. Em tempo, convém destacar que esses resultados precisam ser interpretados com bastante cautela. Como aborda Bispo Júnior *et al.*,<sup>30</sup> estes resultados podem ocorrer uma vez que as ações de educação permanente são insuficientes e inadequadas, com oferta de capacitações esporádicas desenvolvidas por meio de metodologia tradicional de ensino, o que interfere no desenvolvimento dos serviços e na qualidade do cuidado aos usuários.

Em função disso, implantar políticas de educação permanente periódicas e inovadoras, destacando-se o papel estratégico dos profissionais de saúde para educação em saúde parece ser, portanto, um elemento fundamental para que esta estratégia seja consolidada na APS. No âmbito das políticas públicas, a Política Nacional de Educação Permanente (PNPS)<sup>31</sup> reafirma a relevância de tal proposta e considera em suas diretrizes a formação e o desenvolvimento das práticas profissionais que articule a integração entre ensino e a própria organização do serviço com as necessidades de saúde da população.

Neste contexto, os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sobretudo os profissionais de educação física, apresentam um grande potencial como agentes multiplicadores para promover apoio assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, na perspectiva de empoderamento para a promoção de atividades físicas aos usuários<sup>32</sup>. Essas ações de matriciamento configuram-se como elemento chave para construção de um saber que contribua para a gestão do trabalho e colabore para a resolutividade dos serviços, uma vez que o compartilhamento de conhecimento e práticas promove o “aprender no fazer em conjunto”<sup>33</sup>.

Como limitações deste estudo podemos destacar o delineamento transversal empregado, que não permite inferir causalidade entre as variáveis investigadas. Outra limitação é a medida do aconselhamento, que não qualifica a realização da orientação para atividade física, bem como a possibilidade de superestimação por parte dos profissionais como resultado de um viés de resposta, consequência da “desejabilidade social”, ou seja, responder falsamente que realiza o aconselhamento por se tratar de uma ação socialmente esperada para um trabalhador da APS.

Por outro lado, destaca - se como aspectos positivos a amostra representativa de profissionais de saúde da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família. Isso contribui para maior capacidade de generalização dos resultados para a população-alvo. Além disso, houve baixo percentual de perdas e recusas; sem diferenças significativas entre os profissionais incluídos e excluídos das análises. Estes fatores ajudaram a afastar a presença de viés de seleção. A utilização de instrumentos previamente testados e com níveis aceitáveis de reprodutibilidade e validade, aplicados por pessoas treinadas e que seguiram um protocolo uniforme de aplicação dos instrumentos, é outro ponto forte deste estudo.

Diante do exposto, pode-se concluir que o aconselhamento para atividade física ainda é pouco realizado, particularmente pelos profissionais de saúde de nível médio/técnico, caracterizando-se uma oportunidade desperdiçada de promoção de atividade física para a população. Os fatores associados à realização do aconselhamento pelos profissionais de saúde sugerem que ações voltadas à organização do trabalho, às condições de saúde dos profissionais, bem como o reforço dos fatores psicossociais e a atenuação das demais barreiras para a realização do aconselhamento para atividade física podem contribuir para o maior envolvimento dos profissionais na realização de ações de promoção de saúde.

Como sugestão para estudos futuros recomenda-se: a) estudos qualitativos para verificar aspectos específicos ao tema não viabilizados por este método, a fim de compreender melhor o fenômeno; b) desenvolver intervenções voltadas aos profissionais de saúde para empoderá-los no cotidiano profissional na condução de aconselhamentos em saúde.

## Referências

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2011
2. Bielemann RM, Silva BCD, Coll CVN, Xavier MO, Silva SSG. Burden of physical inactivity and hospitalization costs due to chronic diseases. *Rev Saúde Pública.* 2015;49: 75
3. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687 ddm. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p.36
4. Florindo AA, Mielke GI, Gomes GAO, Ramos LR, Bracco MM, Parra DC, et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC Public Health.* 2013;13(1):794.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Physical activity: a brief advice for adults in primary care. 2013.
6. VanWormer JJ, Pronk NP, Kroeninger GJ. Clinical counseling for physical activity: translation of a systematic review into care recommendations. *Diabetes Spectr.* 2009;22(1):48-55.
7. Bock C, Diehm C, Schneider S. Physical activity promotion in primary health care: results from a German physician survey. *Eur J Gen Pract.* 2012;18(2):86-91.
8. Gnanendran A, Pyne DB, Fallon KE, Fricker PA. Attitudes of medical students, clinicians and sports scientists towards exercise counselling. *J Sports Sci Med.* 2011;10(3):426.
9. Huijg JM, Gebhardt WA, Verheijden MW, van der Zouwe N, Vries JD, Middelkoop BJ, et al. Factors influencing primary health care professionals' physical activity promotion behaviors: a systematic review. *Int J Behav Med.* 2015;22(1):32-50.
10. Benight CC, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behav Res Ther.* 2004;42(10):1129-48.
11. Sassen B, Kok G, Vanhees L. Predictors of healthcare professionals' intention and behaviour to encourage physical activity in patients with cardiovascular risk factors. *BMC Public Health.* 2011;11(1):246.

12. Patra L, Mini G, Mathews E, Thankappan K. Doctors' self-reported physical activity, their counselling practices and their correlates in urban Trivandrum, South India: should a full-service doctor be a physically active doctor? *Br J Sports Med.* 2013;49:413-6.
13. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GA, Parra DC, Siqueira FV, 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.* 2015;15(1):344.
14. Santos T, Guerra P, Andrade D, Florindo A. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2015;20(2):165.
15. Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2012;46(9):625-31.
16. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet.* 2012;380(9838):219-29.
17. BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, MS: Brasília. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> [Acesso em 05/05/2016].
18. Petrella RJ, Lattanzio CN, Overend TJ. Physical activity counseling and prescription among Canadian primary care physicians. *Arch Intern Med.* 2007;167(16):1774-81.
19. Lopes ACS, Toledo MTT, Câmara AMCS, Menzel H-JK, Santos LCd. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2014;23(3):305-16.
20. Vuori IM, Lavie CJ, Blair SN. Physical activity promotion in the health care system. *Mayo Clin Proc.* 2013;88(12):1446-61.
21. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DSd, et al. Characteristics of primary healthcare service use in the southern and northeastern regions of Brazil: differences by care model. *Cien Saude Colet.* 2011;16(11):4395-404.

22. Darviri C, Artemiadis AK, Tigani X, Alexopoulos EC. Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. *BMC Public Health*. 2011;11(1):619.
23. Shahar DR, Henkin Y, Rozen GS, Adler D, Levy O, Safra C, et al. A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. *Nutrition*. 2009;25(5):532-9.
24. Perrin EM, Flower KB, Garrett J, Ammerman AS. Preventing and treating obesity: pediatricians' self-efficacy, barriers, resources, and advocacy. *Ambul Pediatr*. 2005;5(3):150-6.
25. Winzenberg T, Reid P, Shaw K. Assessing physical activity in general practice: a disconnect between clinical practice and public health? *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):e359-e67.
26. Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, Facchini LA. Adult physical activity counseling by health professionals in Brazil: a national urban population survey. *J Phys Act Health*. 2015;12(8):1177-83.
27. Lee I-M. *Epidemiologic methods in physical activity studies*: Oxford University Press; 2008.
28. Haskell WL, Lee I-M, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1081.
29. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde Counseling for physical activity as a health education strategy. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):203-13.
30. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad Saude Publica*. 2017;33:e00108116.
31. Brasil. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 14 fev.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1. p. 47-50.
33. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007;23:399-407.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e atuação profissional de profissional da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa, PB, 2017.

Variáveis	Profissionais de nível médio/técnico		Profissionais de nível superior		Todos profissionais	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	105	22,3	20	17,6	125	21,4
Feminino	364	77,6	94	82,4	459	78,6
<b>Idade (anos)</b>						
20 - 29 anos	11	2,4	20	18,0	31	5,3
30 - 39 anos	192	40,9	30	27,0	222	38,2
40 - 49 anos	160	34,1	19	17,2	179	30,8
≥ 50 anos	106	22,6	42	37,8	149	25,7
<b>Escolaridade</b>						
Médio completo	224	47,3	-	-	224	37,9
Curso técnico	112	23,6	-	-	113	19,1
Superior completo	104	21,9	41	35,3	145	24,5
Pós - graduação	34	7,2	75	64,7	109	18,4
<b>Renda na ESF em 2017 (1 salário = 937,00)</b>						
1 a 2 salário mínimo	471	100,0	-	-	471	80,3
3 a 4 salário mínimo	-	-	71	61,2	71	12,1
≥ 5 salário mínimo	-	-	45	38,7	45	7,6
<b>Situação conjugal</b>						
Solteiros	199	41,2	45	38,8	244	41,4
Casados	273	57,8	71	61,2	345	58,6
<b>Cor da pele</b>						

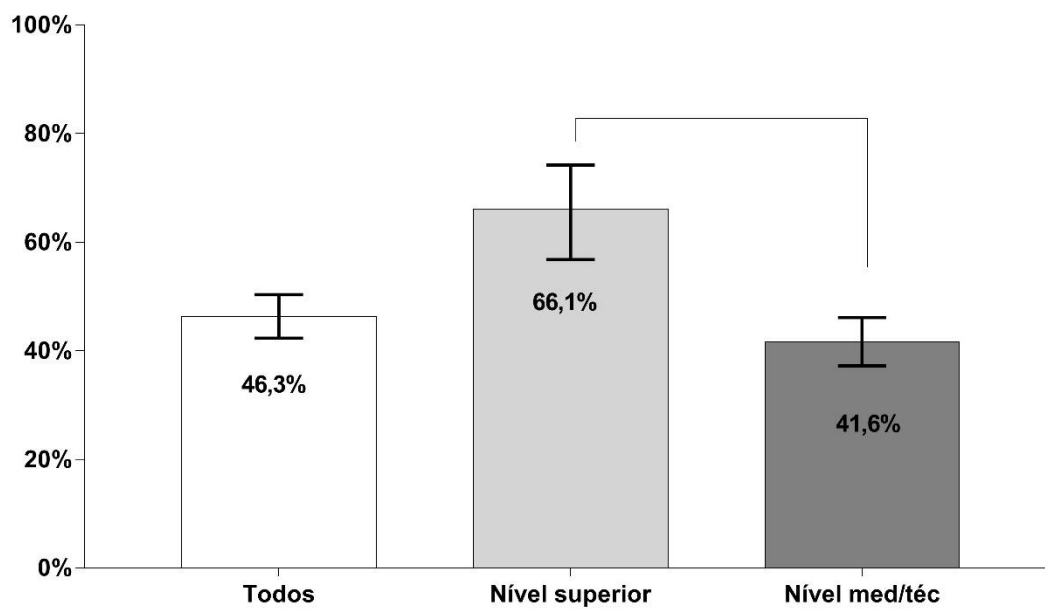
Branca	109	23,0	53	46,5	162	27,7
Não Branca	363	77,0	61	53,5	424	72,3
<b>Tempo de trabalho no ESF</b>						
< 5 anos	43	9,2	44	37,9	87	14,9
≥ 5 anos	424	90,8	72	62,1	496	85,1
<b>Regime de trabalho precarizado</b>						
Sim	47	9,9	69	60,0	116	19,7
Não	427	90,1	46	40,0	474	80,3
<b>Quantidade de atendimentos diários</b>						
Com excesso de atendimentos diários	100	21,1	34	29,3	135	22,8
Sem excesso de atendimentos diários	374	78,9	82	70,7	456	77,2
<b>Carga horária semanal</b>						
< 40 horas semanais	424	89,9	109	94,0	56	9,5
≥ 40 horas semanais	48	10,1	7	6,0	533	90,5
<b>Outro emprego além da ESF</b>						
Sim	47	10,0	28	24,4	76	13,0
Não	423	90,0	87	75,6	510	87,0

---

**Tabela 2** - Prevalência do aconselhamento para atividade física e fatores associados em profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa, PB, 2017.

Variáveis	Aconselhamento para atividade física		
	n	%	p
<b>Tempo de trabalho no ESF</b>			0,014*
< 5 anos	51	58,6	
≥ 5 anos	218	44,3	
<b>Quantidade de atendimentos diários</b>			0,029*
Com excesso de atendimento	51	38,0	
Sem excesso de atendimento	221	48,8	
<b>Participação em cursos sobre atividade física</b>			0,660*
Sim	31	49,2	
Não	236	46,2	
<b>Recebimento de apoio matricial sobre atividade física</b>			0,585*
Sim	101	45,3	
Não	170	47,6	
<b>Barreiras percebidas para aconselhamento</b>			<0,001*
Sim	100	172	
Não	69,4	38,8	
<b>Autoeficácia para aconselhamento</b>			<0,001*
Baixa	155	41,1	
Alta	99	57,8	
<b>Atitude para aconselhamento</b>			<0,001*
Baixa	128	38,7	
Alta	143	58,3	
<b>Percepção de saúde</b>			<0,001*
Percepção positiva	205	53,1	
Percepção negativa	67	33,5	
<b>Estado nutricional</b>			0,032*
Peso normal	114	52,1	
Excesso de peso	157	42,9	
<b>Nível de Atividade física</b>			<0,001*
Fisicamente ativo	116	55,5	
Fisicamente inativo	156	41,2	

\*teste do Qui-quadrado para heterogeneidade



$\chi^2 = 222,590$ ;  $p < 0,001$

**Figura 1.** Aconselhamento para atividade física em profissionais de saúde da Estratégia da Saúde Família do município João Pessoa, PB, 2017.

**Tabela 3.** Análise bruta e ajustada para associação entre fatores associados à prática de aconselhamento para atividade física em de profissionais da Estratégia da Saúde Família do município João Pessoa, PB, 2017.

Nível	Variáveis	Aconselhamento para atividade física			
		Bruta		Ajustada*	
		OR*	IC95 %	OR**	IC95 %
<b>1</b>	<b>Tempo de trabalho no ESF</b>				
	≥ 5 anos	1	1	1	1
	< 5 anos	1,78	(1,12 - 2,82)	1,30	(0,76 - 2,21)
	<b>Quantidade de atendimento diários</b>				
	Com excesso de atendimento	1	1	1	1
	Sem excesso de atendimento	1,55	(1,04 - 2,29)	1,59	(1,04 - 2,42)
<b>2</b>	<b>Percepção de saúde</b>				
	Percepção negativa	1	1	1	1
	Percepção positiva	2,24	(1,57 - 3,20)	1,96	(1,32 - 2,90)
	<b>Estado nutricional</b>				
	Excesso de peso	1	1	1	1
	Peso normal	1,44	(1,03 - 2,02)	1,17	(0,80 - 1,70)
	<b>Nível de Atividade física</b>				
	Fisicamente inativo	1	1	1	1
	Fisicamente ativo	1,77	(1,26 - 2,49)	1,37	(0,94 - 1,99)
<b>3</b>	<b>Participação em cursos sobre atividade física</b>				
	Não	1	1	1	1
	Sim	1,12	(0,65 - 1,27)	0,98	(0,54 - 1,85)
	<b>Recebimento de apoio matricial sobre atividade física</b>				

Não	1	1	1	1
Sim	1,09	(0,78 - 1,55)	1,15	(0,77 - 1,71)
<b>Barreiras percebidas para aconselhamento</b>				
Sim	1	1	1	1
Não	3,65	(2,42 - 5,51)	3,16	(1,99 - 5,03)
<b>Autoeficácia para aconselhamento</b>				
Baixa	1	1	1	1
Alta	1,96	(1,36 - 2,84)	1,10	(1,16 - 2,62)
<b>Atitude para aconselhamento</b>				
Baixa	1	1	1	1
Alta	2,21	(1,57 - 3,09)	1,64	(1,12 - 2,47)

---

OR= odds ratio

IC 95%= intervalo de confiança de 95%

\*Análise ajustada para as variáveis do nível de análise anterior ( $p < 0,20$ ) e do mesmo nível, bem como variáveis sócio demográficas: idade, sexo, renda e escolaridade

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se concluir que o aconselhamento para atividade física ainda é pouco realizado, particularmente pelos profissionais de saúde de nível médio/técnico, caracterizando-se uma oportunidade desperdiçada de promoção de atividade física para a população. Assim, é vista a necessidade de desenvolver ações de educação permanente dos profissionais de modo que permita a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, conforme proposto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, favorecendo uma maior e melhor ação de promoção da saúde que gere autonomia e qualidade de vida à população.

Nestas incursões, cabe mencionar a importância do papel do profissional de Educação Física na promoção da atividade física na atenção primária, incumbindo ao mesmo que atuam no NASF de oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico – pedagógico aos profissionais de saúde que atuam nas ESF para promover práticas corporais/atividade física direcionada à população no cuidado à saúde. Diante desse cenário e partindo do princípio de que as práticas sistemáticas de matriciamento pelo profissional de Educação Física são fundamentais para qualificar as intervenções para promoção da atividade física no campo da saúde pública, no qual deve estar não apenas subsidiada, por essa ou por aquela teoria pedagógica ou comportamental, mas também pautada nos princípios e nas diretrizes do SUS, estabelecendo um vínculo entre os serviços de saúde e a população, baseada na co-responsabilização das ações de promoção da saúde, da prevenção de doenças e de recuperação em nível populacional da realidade encontrada na atenção primária

Os fatores associados à realização do aconselhamento pelos profissionais de saúde sugerem que ações voltadas à organização do trabalho, às condições de saúde dos profissionais, bem como o reforço dos fatores psicossociais e a atenuação das demais barreiras para a realização do aconselhamento para atividade física podem contribuir para o maior envolvimento dos profissionais na realização de ações de promoção de saúde.

Diante do apresentado, os achados do presente trabalho contribuem para uma maior compreensão sobre os aspectos de educação em saúde voltados

para o aconselhamento em saúde, a fim de que se possa garantir não só a mudança mas também a compreensão, manutenção e as escolhas para com o de comportamento e desenvolver a consciência crítica dos sujeitos para adesão e manutenção de um estilo de vida ativo e saudável.

Como sugestão para estudos futuros recomenda-se: a) estudos qualitativos para verificar aspectos específicos ao tema não viabilizados por este método, a fim de compreender melhor o fenômeno; b) desenvolver intervenções voltadas aos profissionais de saúde para empoderá-los no cotidiano profissional na condução de aconselhamentos em saúde. Estes avanços reunirão evidências suficientes para estabelecer recomendações de saúde pública sobre

## REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases**, 2010. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011
2. BIELEMANN RM; SILVA, B. G. C; COLL CVN et al. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. **Rev Saúde Pública**, v. 15, p. 49-75, 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde, Brasília, 2015.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2015**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquéritotelefônico. Brasília, 2015.
5. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Cidades. Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/233A2>>. Acesso em: 19 fev. 2017.
6. SOUSA LB, T. C; PINHEIRO PNC; PINHEIRO AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.
7. JACOBSON DM; STROHECKER L; COMPTON MT et al. Physical activity counseling in the adult primary care setting. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 29, n. 2, p. 158-162, 2005.
8. FLORINDO, A. A; MIELKE, G. I; OLIVEIRA GGE et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 794, 2013.
9. NICE, N. I. F. H. A. C. E. **Physical activity**: a brief advice for adults in primary care, 2013.
10. ORROW G; KINMONTH A ; SANDERSON S et al. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Bmj**, v. 344, p. 1389, 2012.
11. LEFEVRE ML. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement Behavioral Counseling in Adults With Cardiovascular Risk Factors. **Annals of internal medicine**, v. 161, n. 8, p. 587-593, 2014.

12. VANWORMER, J. J; PRONK, N. P; KROENINGER, G. J. Clinical counseling for physical activity: translation of a systematic review into care recommendations. **Diabetes Spectrum**, v. 22, n. 1, p. 48-55, 2009.
13. 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.
14. GNANENDRAN A; DAVID BP; KIERAN EF et al. Attitudes of medical students, clinicians and sports scientists towards exercise counselling. **Journal of sports science & medicine**, v. 10, n. 3, p. 426, 2011.
15. HUIJG, J. M; GEBHARDT, W. A; VERHEIJDEN, M. W et al. Factors influencing primary health care professionals' physical activity promotion behaviors: a systematic review. **International journal of behavioral medicine**, v. 22, n. 1, p. 32-50, 2015.
16. BENIGHT, C. C; BANDURA, A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. **Behaviour Research and Therapy**, v. 42, n. 10, p. 1129-1148, 2004.
17. SASSEN B, KOK G, VANHEES L. Predictors of healthcare professionals' intention and behaviour to encourage physical activity in patients with cardiovascular risk factors. **BMC Public Health**. V. 37, n.17, p246,2011.
18. PATRA, L; MINI, G; MATHEWS, E et al. Doctors' self-reported physical activity, their counselling 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.
19. FLORINDO, A. A; BROWNSON, R. C; MIELKE, G. I 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, n. 1, p. 344, 2015.
20. SANTOS, T; GUERRA, P; ANDRADE, D et al. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Revista brasileira de atividade física & saúde**, v. 20, n. 2, p. 165, 2015.
21. HÉBERT, E. T; CAUGHY, M. O; SHUVAL, K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. **British Journal of Sports Medicine**, v. 46, n. 9, p. 625-631, 2012.
22. LEE, I.-M; SHIROMA, E. J; LOBELO, F 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.
23. BRASIL. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção

Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde Brasília, 2006.

24. CURRIE, C; GABHAINN, S; GODEAU, E et al. **Inequalities in Young People's Health: Health Behaviour in School-aged Children**. International Report from the 2005 2006 Survey Health Policy for Children and Adolescents, 2008.

25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**/Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília, 2006.

26. MALTA, D. C; CASTRO, A. M. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Boletim técnico do SENAC**, v. 35, n. 2, p. 62-71, 2009.

27. \_\_\_\_\_.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. Brasília, 2014.

28. \_\_\_\_\_.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. il. – (Série E. Legislação em Saúde). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, p. 110, 2012.

29. BRASIL. Ministério da Saúde.**Curso de aperfeiçoamento: implementação da Política de Promoção da Saúde**. Programa Academia da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília, 2015.

30. BRASIL. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde Brasília, 2006.

31. GOMES MA; DUARTE MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa-BRASIL. **Revista brasileira de atividade física & saúde**, v. 13, n. 1, p. 44-56, 2008

32. SCHEEFFER, R. **Aconselhamento psicológico: teoria e prática**. Ed: Atlas, 1975.

33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids: Diretrizes e Procedimentos Básicos**. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: 1997.

34. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breastfeeding counselling: A training course**. Geneva: World Health Organization/UNICEF, 1993.

35. RIBEIRO, M. A; MARTINS, M. D. A; CARVALHO, C. R. F. The role of physician counseling in improving adherence to physical activity among the general population. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 125, n. 2, p. 115-121, 2007.

36. SIQUEIRA, F. C. V; NAHAS, M; FACCHINI, L. A et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil Physical activity among health professionals from South and Northeast Brazil. **Cad Saúde Publ**, v. 25, n. 9, p. 1917-1928, 2009.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de aperfeiçoamento**: implementação da Política de Promoção da Saúde. Programa Academia da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília, 2015.
38. ESTABROOKS, P. A, GLASGOW R, E, DZEWALTOWSKI D, A. Physical activity promotion through primary care. **JAMA**. , v. 25, n. 9, p. 102003-2913, 2003.
39. FLORINDO A. A; DR, A. **Experiências de promoção da atividade física na estratégia de saúde da família**. Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde. Florianópolis, p. 274, 2015.
40. PROCHASKA, J. O; VELICER, W. F. The transtheoretical model of health behavior change. **American journal of health promotion**, v. 12, n. 1, p. 38-48, 1997.
41. PROCHASKA, J. O; VELICER, W. F; ROSSI, J. S et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health psychology**, v. 13, n. 1, p. 39, 1994.
42. MARKI, A; BAUER, G; ANGST, F et al. Systematic counselling by general practitioners for promoting physical activity in elderly patients: a feasibility study. **Swiss medical weekly**, v. 136, n. 29-30, p. 482, 2006.
43. LOPES, A. C. S; TOLEDO, M. T. T. D; CÂMARA, A. M. C. S et al. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 3, p. 305-316, 2014.
- 44 FIGUEIRA, T. R; DAVIS, N. A; MORAIS, M. N et al. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. *Trab. educ. saúde*, v. 13, n. 1, p. 181-200, 2015. FIGUEIRA, T. R; DAVIS, N. A; MORAIS, M. N et al. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. *Trab. educ. saúde*, v. 13, n. 1, p. 181-200, 2015.
45. GABRYS, L; JORDAN, S; SCHLAUD, M. Prevalence and temporal trends of physical activity counselling in primary health care in Germany from 1997–1999 to 2008–2011. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 12, n. 1, p. 136, 2015.
46. CROTEAU, K; SCHOFIELD, G; MCLEAN, G. Physical activity advice in the primary care setting: results of a population study in New Zealand. **Australian and New Zealand journal of public health**, v. 30, n. 3, p. 262-267, 2006.

47. PETRELLA RJ; LATTANZIO CN; OVEREND TJ. Physical activity counseling and prescription among Canadian primary care physicians. **Archives of internal medicine**, v. 167, n. 16, p. 1774-1781, 2007.
48. FARIA, L. R; ALVES, C. A. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. **Saúde e sociedade**, v. 24, n. 1, p. 72-85, 2015.
49. GRANDES, G; SANCHEZ, A; TORCAL, J et al. Protocol for the multi-centre evaluation of the Experimental Programme Promotion of Physical Activity (PEPAF). **Atencion primaria/Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria**, v. 32, n. 8, p. 475-480, 2003.
50. BAUMANN, S; TOFT, U; ADAHL, M et al. The long-term effect of screening and lifestyle counseling on changes in physical activity and diet: the Inter99 Study—a randomized controlled trial. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 12, n. 1, p. 33, 2015.
51. LEMMENS, V. E. P. P; OENEMA, A; KLEPP, K.-I et al. A systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. **Obesity reviews**, v. 9, n. 5, p. 446-455, 2008.
52. COSTA, E. F; ANDRADE, D. R; GARCIA, L. M. T et al. Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares Evaluation of the effectiveness of home-based physical activity promotion by. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 10, p. 2185-2198, 2015.
53. MCLEROY, K. R.; BIBEAU, D.; STECKLER, A.; GLANZ, K. An ecological perspective on health promotion programs. **Health Education & Behavior**, v. 15, n. 4, p. 351-377, 1988.
54. WHITLOCK, E. P; ORLEANS, C. T; PENDER, N et al. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach 1 The full text of this article is available via AJPM Online at [www.ajpm-online.net](http://www.ajpm-online.net). **American Journal of Preventive Medicine**, v. 22, n. 4, p. 267-284, 2002.
55. LEFEVRE ML. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement Behavioral Counseling in Adults With Cardiovascular Risk Factors. **Annals of internal medicine**, v. 161, n. 8, p. 587-593, 2014.
56. DURO, S. M. S; TOMASI, E; SIQUEIRA, F. V et al. Adult physical activity counseling by health professionals in Brazil: a national urban population survey. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 12, n. 8, p. 1177-1183, 2015.
57. PINTO, E. S. G; MENEZES, R. M. P; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

58. SANTOS ALMEIDA, M. C; BAPTISTA, P. C. P; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 93-100, 2016.
59. CEZAR-VAZ, M. R; SOARES, J. F. D. S; FIGUEIREDO, P. P et al. Risk perception in family health work: study with workers in Southern Brazil. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 961-967, 2009.
60. COTTA, R. M. M; SCHOTT, M; AZEREDO, C. M et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.
61. TOMASI, E; FACCHINI, L. A; PICCINI, R. X et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. 193-201, 2008.
62. KANNO PN; BELLODI PL; TESS BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e sociedade**, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.
63. BURDICK, L; MIELKE, G. I; PARRA, D. C et al. Physicians', nurses' and community health workers' knowledge about physical activity in Brazil: A cross-sectional study. **Preventive medicine reports**, v. 2, p. 467-472, 2015.
- 64 - SÁ, T. H; FLORINDO, A. A. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. **Revista brasileira de atividade física & saúde**, v. 17, n. 4, p. 293-299, 2013.
65. DACEY, M. L; KENNEDY, M. A; POLAK, R et al. Physical activity counseling in medical school education: a systematic review. **Medical education online**, v. 19, 2014.
66. CARDINAL, B. J; PARK, E. A; KIM, M et al. If exercise is medicine, where is exercise in medicine? Review of US medical education curricula for physical activity-related content. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 12, n. 9, p. 1336-1343, 2015.
67. LAWS, R. A; KEMP, L. A; HARRIS, M. F et al. An exploration of how clinician attitudes and beliefs influence the implementation of lifestyle risk factor management in primary healthcare: a grounded theory study. **Implementation Science**, v. 4, n. 1, p. 66, 2009.
68. LEITE, M. T. D. S; RODRIGUES, C. A. Q; MENDES, D. C et al. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na formação profissional. **Rev. bras. educ. méd**, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 111-118, 2012.

69. DIAS, H; LIMA, L. D. D; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.
70. MORISHITA, Y; NUMATA, A; MIKI, A et al. Primary care physicians' own exercise habits influence exercise counseling for patients with chronic kidney disease: a cross-sectional study. **BMC nephrology**, v. 15, n. 1, p. 48, 2014.
71. LOBELO, F; DUPERLY, J; FRANK, E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. **British Journal of Sports Medicine**, v. 43, n. 2, p. 89-92, 2008.
72. FRANK, E; WRIGHT, E. H; SERDULA, M. K et al. Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. **The American journal of clinical nutrition**, v. 75, n. 2, p. 326-332, 2002.
73. SIQUEIRA, F. C. V; NAHAS, M; FACCHINI, L. A et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil Physical activity among health professionals from South and Northeast Brazil. **Cad Saúde Publ**, v. 25, n. 9, p. 1917-1928, 2009.
74. TUDOR-LOCKE, C; BASSETT, D. R. How many steps/day are enough? **Sports medicine**, v. 34, n. 1, p. 1-8, 2004.
75. ECCLES, M; GRIMSHAW, J; WALKER, A et al. Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. **Journal of clinical epidemiology**, v. 58, n. 2, p. 107-112, 2005.
76. AJZEN, I. The theory of planned behavior. **Organizational behavior and human decision processes**, v. 50, n. 2, p. 179-211, 1991.
77. BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. **Health education & behavior**, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004.
78. PAJARES, F; OLAZ, F. Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. **Teoria social cognitiva: Conceitos básicos**, p. 97-114, 2008.
79. SALLIS, J. F; HOVELL, M. F; HOFSTETTER, C. R. Predictors of adoption and maintenance of vigorous physical activity in men and women. **Preventive medicine**, v. 21, n. 2, p. 237-251, 1992.
80. LOWENSTEIN, L. M; PERRIN, E. M; CAMPBELL, M. K et al. Primary care providers' self-efficacy and outcome expectations for childhood obesity counseling. **Childhood Obesity**, v. 9, n. 3, p. 208-215, 2013.
81. PERRIN, E. M; FLOWER, K. B; GARRETT, J et al. Preventing and treating obesity: pediatricians' self-efficacy, barriers, resources, and advocacy. **Ambulatory Pediatrics**, v. 5, n. 3, p. 150-156, 2005.

82. SMITH, S; SEEHOLZER, E. L; GULLETT, H. Primary care residents' knowledge, attitudes, self-efficacy, and perceived professional norms regarding obesity, nutrition, and physical activity counseling. **Journal of graduate medical education**, v. 7, n. 3, p. 388-394, 2015.
83. BIZE, R; CORNUZ, J; MARTIN, B. Opinions and attitudes of a sample of Swiss physicians about physical activity promotion in a primary care setting. **SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT FÜR SPORTMEDIZIN UND SPORTTRAUMATOLOGIE**, v. 55, n. 3, p. 97, 2007.
84. WINZENBERG, T; REID, P; SHAW, K. Assessing physical activity in general practice: a disconnect between clinical practice and public health? **Br J Gen Pract**, v. 59, n. 568, p. e359-e367, 2009.
85. DOUGLAS, F; TORRANCE, N; VAN TEIJLINGEN, E et al. Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. **BMC Public Health**, v. 6, n. 1, p. 138, 2006.
86. HASKELL, W. L; LEE, I.-M; PATE, R. R et al. Physical activity and public health. **Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association**. *Circulation*, 2007.
87. BARROS, M; LEMOS, E; SILVA, J et al. Avaliação dos programas e intervenções de promoção da atividade física na atenção básica à saúde de Pernambuco: construção, validação de instrumentos e método de trabalho de campo do Projeto SUS+Ativo. **Revista brasileira de atividade física & saúde**, v. 21, n. 5, p. 388-399, 2016.
88. DAL PUPO, J. S; GUSTAVO RICARDO; SANTOS, SARAY GIOVANA. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Quantitativa Aplicada à Educação Física**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011.
89. FREEDSON, P. S; MELANSON, E; SIRARD, J. Calibration of the Computer Science and Applications, Inc. accelerometer. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 30, n. 5, p. 777-781, 1998.

**ANEXOS**

## ANEXO I - Carta de anuência da Secretaria de Municipal de Saúde do município de João Pessoa – PB.



Secretaria Municipal de Saúde  
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 14 de abril de 2016

Processo Nº: 05.035/2016

### **TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA**

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **“IMPACTO DE UMA CAPACITAÇÃO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE AS PRÁTICAS DE ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA PARA USUÁRIOS DO SUS: UM ENSAIO COMUNITÁRIO RANDOMIZADO”**, a ser desenvolvida pelos(as) pesquisadores **FILIFE FERREIRA DA COSTA, JOSÉ CAZUZA DE FARIAS JÚNIOR, ALEX ANTÔNIO FLORINDO e MATHIAS ROBERTO LOCH**, e assumem o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada em nossa **Rede de Serviços**.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012 do CNS**.

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços do município, fica condicionada a apresentação a esta Gerência, a **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Daniela Pimentel  
Gerente da Educação na Saúde  
Mat. 84.299-1 SAMS-JP

**ANEXO II – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do  
Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba**




UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**CERTIDÃO**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 5ª Reunião realizada no dia 16/06/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“IMPACTO DE UMA CAPACITAÇÃO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE AS PRÁTICAS DE ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA PARA USUÁRIOS DO SUS: UM ENSAIO COMUNITÁRIO RANDOMIZADO”**, do pesquisador Filipe Ferreira da Costa. Prot. nº 0349/16. CAAE: 56780116.5.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB

---

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba  
Campus I – Cidade Universitária - 1º Andar - CEP 58051-900 – João Pessoa – PB  
☎ (83) 3216 7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

## **ANEXO III – Normas para submissão de artigo na revista: Cadernos de Saúde Pública**

ISSN (impresso):

Qualis:

Fator de impacto:

### **. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUITES SEÇÕES**

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 – [Questões Metodológicas](#): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

### **2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS**

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será

desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

### **3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

### **4. FONTES DE FINANCIAMENTO**

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

### **5. CONFLITO DE INTERESSES**

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

### **6. COLABORADORES**

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação *Cadernos de Saúde Pública*, o direito de primeira publicação.

## 7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## 8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações

adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## **PASSO A PASSO PARA SUBMISSÃO**

### **1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE**

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

1.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

1.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

### **2. ENVIO DO ARTIGO**

2.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

2.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

2.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

2.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

2.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

- 2.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
- 2.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
- 2.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 2.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.
- 2.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 2.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 2.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 2.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 2.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.
- 2.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 2.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.
- 2.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 2.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 2.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 2.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes

tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

2.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

2.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

2.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

2.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

2.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

2.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### **3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### **4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### **5. PROVA DE PRELO**

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

5.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

## APÊNDICES

## Apêndice I - Carta convite aos especialistas para participação na validação de conteúdo e face do instrumento.



### CONVITE PARA PARTICIPAR DE PROCESSO DE ANÁLISE DE INSTRUMENTO

Prezado Prof. Dr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX,

Me chamo João Miguel de Souza Neto e sou aluno de Mestrado do Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UPE/UFPB. Eu e meu orientador, Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa, estamos coordenando um estudo intitulado: “Impacto de uma capacitação com profissionais de saúde da atenção básica sobre as práticas de aconselhamento para atividade física para usuários do SUS: um ensaio comunitário randomizado”, o qual originará minha dissertação de Mestrado e outros trabalhos científicos.

A primeira etapa da pesquisa corresponde a realização de um levantamento dos níveis de atividade física, conhecimentos, fatores psicossociais e as práticas de aconselhamento de atividade física dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família /SUS.

Neste momento, gostaríamos de convidá-lo a participar do processo de análise do instrumento (validação de conteúdo) da primeira versão do instrumento, construída pelos integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia da Atividade Física. Convidamos o senhor pela sua experiência na elaboração e validação de instrumentos e pela expertise sobre a temática.

Caso o senhor aceite em participar, enviaremos o questionário nos próximos dias, no qual estarão detalhados os critérios de análise do mesmo. Acreditamos que este não será um processo que dispenderá muito tempo. Por favor, confirme pelo e-mail se poderá ou não colaborar neste processo de análise. Ficamos à disposição para demais esclarecimentos e, desde já, agradecemos pela ajuda e atenção nesta importante etapa da nossa pesquisa.

Atenciosamente,

Msndo. João Miguel de Souza Neto - Grupo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia da Atividade Física – GEPEAF/UFPB.

Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa - Grupo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia da Atividade Física – GEPEAF/UFPB.

## Apêndice II - Questionário para avaliação multidimensional dos profissionais de saúde sobre promoção da atividade física na Atenção Primária à Saúde



Nº de protocolo	Cole o selo aqui
Nome da UBS:	_____

### Estudo TELAS: Territórios de Lazer e Saúde.

1 - Este questionário faz parte de um estudo sobre atividade física, desenvolvido pela UFPA.

2 - Não é preciso colocar o seu nome.

3 - Leia com atenção todas as perguntas antes de responder. **EM CASO DE DÚVIDA PERGUNTE AO MONITOR.**

4 - Todas as informações individuais serão mantidas em segredo.

5 - Por favor, responda todas as questões de forma consciente e responsável. Isso é muito importante!

#### Preenchimento pela equipe de coleta

Data de entrevista:	Código da UBS:	Distrito Sanitário:
___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Dist. I <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Dist. II <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Dist. III <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Dist. IV <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> Dist. V

#### MÓDULO I – ATIVIDADE FÍSICA

1. Agora vamos falar sobre atividade física. Eu quero saber se o senhor (a) praticou ou não, na **SEMANA PASSADA**, cada uma das atividades físicas que eu vou perguntar. Na **SEMANA PASSADA** (contar de segunda a domingo passado) o senhor (a) praticou...

	Praticou?		Quanto tempo cada dia? Tempo (horas e minutos)
	Sim	Não	
<b>Exemplo: Hidroginástica</b>	<input checked="" type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<b>2 dias</b> <b>1 horas 10 minutos</b>
1. Futebol (campo, de rua, de sete, <i>society</i> )	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
2. Futsal (futebol de salão)	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
3. Futebol de praia ( <i>beach soccer</i> )	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
4. Voleibol	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
5. Vôlei de praia ou de areia	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
6. Lutas: judô, karatê, capoeira, outras	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
7. Basquete	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
8. Handebol	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
9. Natação ou nadou na praia/rio/lagoa	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
10. Ginástica aeróbica ( <i>spinning, step, jump</i> )	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
11. Caminhar como exercício físico (na praça, no parque ou na praia)	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
12. Correr, trotar ( <i>jogging</i> ) como exercício físico	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
13. Musculação	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
14. Dança ( <i>Jazz, ballet</i> , dança moderna, outros tipos de dança)	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
15. Andar de bicicleta no momento de lazer	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
16. Tênis	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
17. Exercícios abdominais, flexões de braços, pernas, outros	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
18. Hidroginástica	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
19. Pilates	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
<b>Você praticou outras atividades físicas que não estão na lista?</b> (Exemplo: yoga, trilha, andar de patins/skate, surfar, passear com o cachorro, outras).			
20. _____	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
21. _____	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
22. _____	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
23. _____	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
24. _____	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos
25. _____	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	____ dias      ____ horas ____ minutos

**MÓDULO II – CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA**

&gt;&gt;&gt; Agora serão feitas algumas perguntas sobre recomendações de atividade física&lt;&lt;&lt;&lt;

2. Como o (a) senhor (a) classifica seu nível de conhecimento sobre as recomendações atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca da quantidade e intensidade de prática de atividade física necessária para obter benefícios à saúde de:

- |   |                                     |                               |                               |                              |                                    |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Crianças e adolescentes – entre 5 a 17 anos   | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |
| Adultos - entre 18 a 64 anos  | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |
| Idosos a partir de 65 anos  | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |
| Gestantes   | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |
| Pessoas com doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (ex.: hipertensos, diabéticos, obesos) | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |

3. De modo geral, como o(a) senhor(a) julgaria o nível de interesse em aprender sobre as recomendações atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prática de atividade física?

- 1 Sem interesse       2 Pouco interessado       3 Interessado       4 Muito interessado

4. Como o senhor (a) considera seu conhecimento sobre os conceitos de atividade física, exercício físico e atividade sedentária?

- 1 Muito baixo       2 Baixo       3 Médio       4 Alto<sup>5</sup>       5 Muito alto

5. De modo geral, como o(a) senhor(a) julgaria o nível de interesse em aprender sobre os conceitos de atividade física, exercício físico e atividade sedentária?

- 1 Sem interesse       2 Pouco interessado       3 Interessado       4 Muito interessado

&gt;&gt;&gt;Agora serão feitas algumas perguntas sobre os benefícios da atividade física.

6. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre os BENEFÍCIOS da prática de atividades físicas para a saúde de:

- |              |                                     |                               |                               |                              |                                    |
|--------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Crianças     | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |
| Adolescentes | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |
| Adultos      | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |
| Idosos       | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |
| Gestantes    | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |

7. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre os BENEFÍCIOS da prática de atividades físicas para a saúde de:

- |  |                                     |                               |                               |                              |                                    |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Pessoas com doenças e agravos não transmissíveis | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |
| Pessoas com doenças transmissíveis               | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |
| Pessoas com deficiências                         | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |
| Pessoas com transtorno mental                    | <input type="radio"/> 1 Muito baixo | <input type="radio"/> 2 Baixo | <input type="radio"/> 3 Médio | <input type="radio"/> 4 Alto | <input type="radio"/> 5 Muito alto |

8. De modo geral, como o(a) senhor(a) julgaria o nível de interesse em aprender sobre os BENEFÍCIOS da atividade física?

- 1 Sem interesse       2 Pouco interessado       3 Interessado       4 Muito interessado

&gt;&gt;&gt;Agora serão feitas algumas perguntas sobre abordagens e ferramentas para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde&lt;&lt;&lt;

9. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre métodos e instrumentos para medida da atividade física?

- 1 Muito baixo       2 Baixo       3 Médio       4 Alto       5 Muito alto

10. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre ações em atividades físicas que acontecem na rede básica de saúde e na comunidade?

- 1 Muito baixo       2 Baixo       3 Médio       4 Alto       5 Muito alto

11. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre ações intersetoriais e de mobilização de parceiros para promoção da atividade física?

- 1 Muito baixo       2 Baixo       3 Médio       4 Alto       5 Muito alto

12. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre o conceito de aconselhamento para a atividade física:

- 1 Muito baixo       2 Baixo       3 Médio       4 Alto       5 Muito alto

**MÓDULO III – HABILIDADES PARA PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

13. Como o (a) senhor(a) classifica o seu nível de habilidade para realizar ao aconselhamento para usuários sobre a importância da prática de atividade física

- 1 Muito baixo       2 Baixo       3 Médio       4 Alto       5 Muito alto

14. Como o(a) senhor(a) classifica o seu nível de habilidades para desenvolver ações de promoção de atividades físicas articulado com os demais profissionais de saúde?

- 1 Muito baixo       2 Baixo       3 Médio       4 Alto       5 Muito alto

15. Como o(a) senhor(a) classifica o seu nível de habilidades para desenvolver ações de promoção de atividade física de acordo com a realidade local?

- 1 Muito baixo       2 Baixo       3 Médio       4 Alto       5 Muito alto

16. Como o(a) senhor(a) classifica o seu nível de habilidades para dialogar com gestor local sobre questões que

potencializam a realização de ações de promoção da atividade física?

- <sup>1</sup> Muito baixo       <sup>2</sup> Baixo       <sup>3</sup> Médio       <sup>4</sup> Alto       <sup>5</sup> Muito alto

#### MÓDULO IV – INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA

17. Considerando o aconselhamento para atividade física como uma orientação geral e estruturada de incentivo para a prática de atividade física em diferentes domínios (ex.: deslocamento e lazer), indique a alternativa que melhor representa seu comportamento quanto ao aconselhamento para a atividade física?

- <sup>1</sup> Eu não recomendo atividade física e não pretendo começar a fazê-lo.  
 <sup>2</sup> Eu não recomendo atividade física, mas estou pensando em começar a recomendar  
 <sup>3</sup> Eu às vezes recomendo atividade física, mas não de forma regular.  
 <sup>4</sup> Eu recomendo atividade física regularmente, mas iniciei apenas recentemente  
 <sup>5</sup> Eu recomendo a atividade física regularmente há mais de 6 meses.  
 <sup>6</sup> Eu costumava recomendar atividade física, mas não o faço mais.

18. Na sua opinião, qual(uais) profissional(is) de saúde pode(m) realizar aconselhamento para atividade física na Unidade Básica de Saúde? (pode marcar mais de uma opção)

- <sup>1</sup> Médico       <sup>5</sup> ACS  
 <sup>2</sup> Enfermeira       <sup>6</sup> Todos profissionais  
 <sup>3</sup> Dentista       <sup>7</sup> Outros: \_\_\_\_\_  
 <sup>4</sup> Tec. de enfermagem

19. Quais são as dificuldades para o senhor(a) aconselhar a prática de atividade física aos usuários? (pode marcar mais de uma opção)

- <sup>1</sup> Falta de tempo devido a demanda de trabalho  
 <sup>2</sup> Falta de conhecimento sobre o assunto  
 <sup>3</sup> Falta de profissionais para orientar como fazer o aconselhamento  
 <sup>4</sup> Falta de material instrucional disponível (ex.: folder, cartilhas.) de suporte para realização do aconselhamento  
 <sup>5</sup> Percepção da falta de recursos ambientais (parques, ruas etc)  
 <sup>6</sup> Percepção da falta de recurso financeiro do usuário  
 <sup>7</sup> Não percebo dificuldade  
 <sup>8</sup> Nunca orientei atividades físicas  
 <sup>9</sup> Outros: \_\_\_\_\_

#### MÓDULO V – ATITUDE DOS PROFISSIONAIS PARA REALIZAÇÃO DO ACONSELHAMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA

20. Para o(a) senhor(a), realizar aconselhamento para atividade física na Unidade de Básica de Saúde é ...

- <sup>1</sup> Sem importância       <sup>2</sup> Pouco importante       <sup>3</sup> Importante       <sup>4</sup> Muito Importante

21. Para o(a) senhor(a), realizar aconselhamento para atividade física em CRIANÇAS E ADOLESCENTES na Unidade de Básica de Saúde é ...

- <sup>1</sup> Sem importância       <sup>2</sup> Pouco importante       <sup>3</sup> Importante       <sup>4</sup> Muito Importante

22. Para o(a) senhor(a), realizar aconselhamento para atividade física em ADULTOS na Unidade de Básica de Saúde é...

- <sup>1</sup> Sem importância       <sup>2</sup> Pouco importante       <sup>3</sup> Importante       <sup>4</sup> Muito Importante

23. Para o(a) senhor(a), realizar aconselhamento para atividade física em IDOSAS na Unidade de Básica de Saúde é ...

- <sup>1</sup> Sem importância       <sup>2</sup> Pouco importante       <sup>3</sup> Importante       <sup>4</sup> Muito Importante

24. Para o(a) senhor(a), realizar aconselhamento para atividade física em pessoas com alguma doença crônica não - transmissível (DCNT), por exemplo, diabetes, obesidade na Unidade de Básica de Saúde é ...

- <sup>1</sup> Sem importância       <sup>2</sup> Pouco importante       <sup>3</sup> Importante       <sup>4</sup> Muito Importante

#### MÓDULO VI - AUTOEFICÁCIA DOS PROFISSIONAIS PARA REALIZAÇÃO DE ACONSELHAMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA

>>> Agora serão feitas algumas perguntas sobre sua capacidade de se manter realizando o aconselhamento para atividade física mesmo diante de impedimentos que possam surgir <<<

Para cada uma das perguntas o senhor(a) poderá responder SIM ou NÃO.

25. Eu conseguiria realizar aconselhamento para prática de atividade física aos usuários da Unidade Básica de Saúde mesmo que ...

	SIM	NÃO
EU estivesse me sentindo muito cansado (a) ou estressado (a)?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>
EU não tivesse tempo suficiente devido a demanda de trabalho?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>
EU não soubesse dos locais ou espaços próximos da Unidade Básica de Saúde onde trabalho para praticar atividades físicas?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>
EU tivesse outras demandas durante o atendimento (Exemplo: realizar aconselhamento para parar de fumar)?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>
EU não tivesse conhecimento suficiente sobre a prática de atividade física?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>
EU não tivesse ninguém para me ensinar como fazer (receber orientações)?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>

EU soubesse que a Unidade Básica de Saúde onde trabalho não possui oferta de atividade física?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>
EU não tivesse material instrucional disponível (ex.: folder, cartilhas.) de suporte para realização do aconselhamento?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>

### MÓDULO VII - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, PERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.

>>>Agora serão feitas algumas perguntas sobre seu peso, estatura e sua saúde <<<

26. Qual é o seu peso atual? _____, _____ kg
27. Qual é a sua estatura? _____, _____ m
28. De maneira geral, como o senhor (a) avalia sua saúde?
<input type="radio"/> <sup>1</sup> Ruim <input type="radio"/> <sup>2</sup> Regular <input type="radio"/> <sup>3</sup> Bom <input type="radio"/> <sup>4</sup> Muito boa <input type="radio"/> <sup>5</sup> Excelente
29. De maneira geral, como o senhor (a) avalia sua qualidade de vida?
<input type="radio"/> <sup>1</sup> Ruim <input type="radio"/> <sup>2</sup> Regular <input type="radio"/> <sup>3</sup> Bom <input type="radio"/> <sup>4</sup> Muito boa <input type="radio"/> <sup>5</sup> Excelente

### MÓDULO VIII – ATUAÇÃO PROFISSIONAL

>>>As primeiras perguntas se referem as suas informações profissionais<<<

30. Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha no Sistema Único de Saúde (SUS)? _____ anos/ _____ meses
31. Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha na Estratégia de Saúde da Família? _____ anos/ _____ meses
32. Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha nesta Unidade Básica de Saúde? _____ anos/ _____ meses
33. Atualmente, qual é o tipo de vínculo empregatício que o (a) senhor(a) tem na Unidade Básica de Saúde?
<input type="radio"/> <sup>1</sup> Servidor público efetivo
<input type="radio"/> <sup>2</sup> Empregado com carteira assinada – CLT
<input type="radio"/> <sup>3</sup> Contrato temporário
<input type="radio"/> <sup>4</sup> Cargo comissionado
<input type="radio"/> <sup>5</sup> Contrato informal
<input type="radio"/> <sup>6</sup> Cooperativa
<input type="radio"/> <sup>7</sup> Outros _____
34. Nos dias em que trabalha nesta Unidade Básica de Saúde, quantos usuários, em média (costuma), o senhor(a) atende por dia? _____ (usuários) _____ (famílias)
35. Qual a sua carga horária de trabalho na Unidade Básica de Saúde?
<input type="radio"/> <sup>1</sup> Menos de 20 horas/sem <input type="radio"/> <sup>2</sup> 21 a 30 horas/sem <input type="radio"/> <sup>3</sup> 31 a 40 horas/sem <input type="radio"/> <sup>2</sup> Superior a 40 horas/sem
36. O(a) senhor(a) tem outro vínculo trabalhista?
<input type="radio"/> <sup>1</sup> Sim <input type="radio"/> <sup>2</sup> Não → <b>Pular para questão 38</b>
37. Considerando todos os locais nos quais o(a) senhor(a) atua profissionalmente, incluindo seu vínculo na Unidade Básica de Saúde, qual a quantidade de vínculos trabalhistas o (a) senhor(a) tem? _____

### MÓDULO IX – FORMAÇÃO INICIAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE

>>>>Agora serão feitas algumas perguntas sobre sua formação acadêmica e qualificação continuada <<<<

**ATENÇÃO!** \*As questões 38 e 39 são apenas para técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)

38*. O (a) senhor(a) tem algum curso de graduação concluído?
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Sim <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Não → <b>Pular para questão 42</b>
39*. Qual é o curso de graduação do(a) senhor(a)? _____

40. Durante o curso de graduação o(a) senhor(a) participou de algum programa ou atividade acadêmica relacionada à intervenção profissional na Atenção Básica, como PET-Saúde, PRÓ-Saúde, estágio curricular obrigatório, iniciação científica ou extensão?
<input type="radio"/> <sup>1</sup> Sim <input type="radio"/> <sup>2</sup> Não
41. Em relação a participação em atividades de pós-graduação, o(a) senhor(a) <b>CONCLUIU</b> algum curso?
<input type="radio"/> <sup>1</sup> Sim → <b>SE SIM, QUAL TIPO?</b> <input type="radio"/> <sup>2</sup> Não → <b>Pular para questão 42</b>
<input type="radio"/> <sup>1</sup> Aperfeiçoamento <input type="radio"/> <sup>2</sup> Especialização <input type="radio"/> <sup>3</sup> Residência <input type="radio"/> <sup>4</sup> Mestrado <input type="radio"/> <sup>5</sup> Doutorado
42. Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) participou de algum curso de capacitação/educação permanente oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde que abordou o tema <b>ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE?</b>
<input type="radio"/> <sup>1</sup> Sim <input type="radio"/> <sup>2</sup> Não
43. Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) recebeu apoio matricial das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF) sobre o TEMA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE, por exemplo, discussão de casos clínicos, educação permanente sobre temas relevantes para as equipes?

<sup>1</sup> Sim  <sup>2</sup> Não

44. O senhor tem interesse em PARTICIPAR de uma capacitação sobre a temática atividade física na atenção básica à saúde?

<sup>1</sup> Sem interesse  <sup>2</sup> Pouco interessado  <sup>3</sup> Interessado  <sup>4</sup> Muito interessado

45. Qual(quais) fator(es) poderiam impedir ou dificultar a sua participação em cursos, eventos ou capacitações sobre a temática atividade física para saúde? (pode marcar mais de uma opção)

<sup>1</sup> Falta de oportunidades  <sup>6</sup> Obrigações familiares  
 <sup>2</sup> Falta de tempo  <sup>7</sup> Sobrecarga de trabalho  
 <sup>3</sup> Falta de apoio do meu chefe ou coordenador  <sup>8</sup> Não gostar do assunto  
 <sup>4</sup> Falta de recursos financeiros (dinheiro)  <sup>9</sup> Falta de interesse  
 <sup>5</sup> Características dos cursos, eventos ou capacitações que são oferecidos  <sup>10</sup> Outros motivos: \_\_\_\_\_

### MÓDULO X – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

>>>Agora serão feitas algumas perguntas sobre suas características pessoais<<<

46. Data de seu nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 47. Sexo:  <sup>1</sup> Masculino  <sup>2</sup> Feminino

48. Qual a sua atuação profissional na Unidade de Saúde da Família?

<sup>1</sup> Medicina  <sup>2</sup> Enfermagem  <sup>3</sup> Téc. enfermagem  <sup>4</sup> ACS

49. Qual é a escolaridade completa do(a) senhor(a)?

<sup>1</sup> Ens. fundamental  <sup>5</sup> Especialização  
 <sup>2</sup> Ens. médio  <sup>6</sup> Residência  
 <sup>3</sup> Curso técnico  <sup>7</sup> Mestrado  
 <sup>4</sup> Superior  <sup>8</sup> Doutorado

50. Atualmente, considerando o salário mínimo (SM) vigente de R\$ 937,00, a sua renda bruta recebida como pagamento pela sua atuação profissional na Estratégia de Saúde da Família é de aproximadamente quanto?

<sup>1</sup> De 1 SM  <sup>5</sup> DE 5 a 10 SM  
 <sup>2</sup> DE 1 a 2 SM  <sup>6</sup> DE 10 a 20 SM  
 <sup>3</sup> DE 3 a 4 SM  <sup>7</sup> DE ACIMA de 20 SM  
 <sup>4</sup> DE 4 a 5 SM

51. Qual é o estado civil (situação conjugal) atual do(a) senhor(a)?

<sup>1</sup> Solteiro(a)  <sup>3</sup> Divorciado(a) ou separado(a)  
 <sup>2</sup> Casado(a) ou união estável  <sup>4</sup> Viúvo(a)

52. Qual a cor de sua pele?

<sup>1</sup> Parda/Morena  <sup>2</sup> Preta  <sup>3</sup> Branca  <sup>4</sup> Amarela  <sup>5</sup> Indígena

53. O(a) senhor(a) reside neste município, onde atua como profissional na Unidade Básica de Saúde?

<sup>1</sup> Sim  <sup>2</sup> Não

## Apêndice III - Termo de consentimento livre e esclarecido aos profissionais de saúde



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESTUDO TELAS – 2016

Temos o prazer em convidar o senhor (a) como voluntário (a) para participar de uma pesquisa que será desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia da Atividade Física - GEPEAF do Departamento de Educação Física, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, intitulada "Impacto de uma capacitação com profissionais de saúde da atenção básica sobre as práticas de aconselhamento para atividade física para usuários do SUS: um ensaio comunitário randomizado", coordenada pelo professor Dr. Filipe Ferreira da Costa, que tem por objetivo analisar o efeito de uma intervenção educativa nas práticas de aconselhamento para atividade física de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Neste sentido, a sua participação consistirá em duas etapas:

**1ª Etapa:** o senhor (a) irá responder a um questionário, com perguntas fechadas e abertas sobre: perfil de formação e atuação profissional; conhecimentos, atitudes e práticas de aconselhamento para atividade física; e nível de atividade física.

**2ª Etapa:** o senhor (a) utilizará durante sete dias um pequeno aparelho chamado "pedômetro" que será preso à cintura e que deverá ser usado durante o dia, exceto quando estiver dormindo, tomando banho ou em atividades aquáticas. No dia da entrega desse equipamento, senhor (a) receberá as instruções de utilização e também durante a semana realizaremos ligações para tirar eventuais dúvidas sobre o uso do pedômetro.

#### Riscos e desconfortos esperados

O preenchimento do questionário não implicará risco para o voluntário, pois serão tomadas providências antecipadas de cautela para que as informações permaneçam em sigilo absoluto. Informamos que o equipamento "pedômetro" não oferecerá nenhum risco à saúde e que este não alterará as atividades do dia a dia. Eventuais danos ao aparelho serão de responsabilidade do pesquisador.

#### Benefícios para os participantes

Todos os custos da participação da pesquisa serão de inteira responsabilidade da Universidade Federal da Paraíba e do pesquisador responsável. A realização deste levantamento permitirá a proposição de políticas públicas para o setor, além de subsidiar a proposição e o planejamento de ações de formação continuada para os profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família no Município de João Pessoa - (PB). Além disso, o diretor da Unidade Básica de Saúde receberá o relatório final da pesquisa e o (a) senhor (a) um pequeno relatório com os principais resultados, sobretudo sobre seu nível de atividade física.

Esta pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - PB. Informamos que todos os procedimentos utilizados neste estudo seguem as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba. Deixamos claro que o (a) senhor (a) será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O (A) senhor (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participação não retira do senhor (a) qualquer benefício na sua atuação profissional pela Unidade Básica de Saúde.

Na certeza de contarmos com a sua colaboração, agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e ficamos ao seu inteiro dispor para prestar esclarecimento antes, durante e após a conclusão da pesquisa por meio dos contatos: e-mail: filipefcosta@outlook.com - Fones: 3216-7030 ou presencialmente no seguinte endereço: Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Educação Física, - GEPEAF, Campus I, Cidade Universitária - CEP: 58059-900 - João Pessoa, PB, ou no Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB - Cidade Universitária / Campus I Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 - Fone: (83) 3216-7791.

#### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ portador CPF ou RG de número \_\_\_\_\_, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar dessa pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de todas as informações por mim transmitidas em publicações e eventos de caráter científicos, sem que exista qualquer quebra ao anonimato das informações fornecidas. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando um via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**Apêndice IV- Valores do teste de reprodutibilidade do instrumento**

<b>Variáveis</b>	<b>Kappa</b>	<b>Spearman</b>	<b>Coefficiente Intraclasse</b>
<b>Atividade Física</b>			
	0,72 (p=0,000)		0,94 (p=0,000)
<b>Conhecimentos gerais sobre atividade física</b>			
Q2A - OMS crianças e adolescentes		0,72 (p=0,000)	
Q2B - OMS adultos		0,82 (p=0,000)	
Q2C - OMS idosos		0,79 (p=0,000)	
Q2D - OMS gestantes		0,80 (p=0,000)	
Q2E - OMS DCNT		0,70 (p=0,000)	
Q3 - Interesse OMS		0,71 (p=0,000)	
Q4 - Conceito		0,74 (p=0,000)	
Q5 - Interesse conceito		0,68 (p=0,000)	
Q6A - Benefícios crianças		0,66 (p=0,000)	
Q6B - Benefícios adolescentes		0,61 (p=0,000)	
Q6C - Benefícios adultos		0,73 (p=0,000)	
Q6D - Benefícios Idosos		0,71 (p=0,000)	
Q6E - Benefícios gestantes		0,77 (p=0,000)	
Q7A - Benefícios DCNT		0,81 (p=0,000)	
Q7B - Benefícios doença transmissíveis		0,74 (p=0,000)	
Q7C - Benefícios deficiência física		0,65 (p=0,000)	
Q7D- Benefícios deficiência mental		0,66 (p=0,000)	
Q8- Interesse Benéficos		0,65 (p=0,000)	
<b>Ferramentas para promoção da atividade física</b>			
Q9 - Conhecimento instrumentos		0,66 (p=0,000)	
Q10 - Conhecimento ações na comunidade		0,74 (p=0,000)	
Q11 - Conhecimento ações de ações intersetoriais e de mobilização		0,69 (p=0,000)	
Q12 - Conhecimento conceito de aconselhamento		0,68 (p=0,000)	
<b>Habilidade para promoção da atividade física</b>			
Q13 - Habilidade aconselhamento		0,72 (p=0,000)	
Q14 - Habilidade articular ações profissionais		0,66 (p=0,000)	

Q15 – Habilidade articular ações local		0,62 (p=0,000)	
Q16 – Habilidade articular com gestão		0,71 (p=0,000)	
<b>Aconselhamento para atividade física</b>			
Q17 - Estágio de mudança de comportamento para aconselhamento	0,92 (p=0,000)	0,58 (p=0,000)	
Q18 - Profissionais para aconselhamento	0,25 (p=0,000)		
Q19A - Barreira tempo	0,62 (p=0,000)		
Q19B - Barreira conhecimento	0,67 (p=0,000)		
Q19C - Barreira falta de orientação	0,71 (p=0,000)		
Q19D - Barreira falta de material instrucional	0,68 (p=0,000)		
Q19E - Barreira tempo recursos ambientais	0,56 (p=0,000)		
Q19F - Barreira tempo recurso financeiro do usuário	0,83 (p=0,000)		
Q19E - Outras barreiras	0,66 (p=0,000)		
Q19E - Não percebo barreiras	0,78 (p=0,000)		
Valor médio das barreiras	0,69 (p=0,000)		
<b>Atitude para aconselhamento</b>			
Q20 - Atitude nas UBS		0,55 (p=0,000)	
Q21 - Atitude crianças e adolescentes		0,68 (p=0,000)	
Q22 - Atitude adultos		0,76 (p=0,000)	
Q23 - Atitude idosos		0,53 (p=0,000)	
Q24 - Atitude idosos DCNT		0,56 (p=0,000)	
<i>Valor médio dos itens de atitudes</i>		0,62 (p=0,000)	
<b>Autoeficácia para aconselhamento</b>			
Q25A - Autoeficácia cansado	0,59 (p=0,000)		
Q25B - Autoeficácia tempo	0,63 (p=0,000)		
Q25C - Autoeficácia locais	0,18 (p=0,000)		
Q25D - Autoeficácia demanda	0,46 (p=0,000)		
Q25E - Autoeficácia conhecimento	0,61 (p=0,000)		

Q25F - Autoeficácia orientação	0,29 (p=0,000)		
Q25G - Autoeficácia oferta de atividade física	0,36 (p=0,000)		
Q25I - Autoeficácia material instrucional	0,45 (p=0,000)		
<i>Valor médio dos itens de autoeficácia</i>			
<b>Medidas antropométricas, percepção de saúde e qualidade de vida</b>			
Q27 - Peso			0,55 (p=0,000)
Q28 - Altura			0,94 (p=0,000)
Q28A - Estado Nutricional - IMC	0,87 (p=0,000)		
Q27 - Percepção de saúde	0,89 (p=0,000)		
Q29 - Qualidade de vida	0,85 (p=0,000)		
<b>Atuação profissional</b>			
Q30 - Tempo de atuação no SUS			0,99 (p=0,000)
Q31 - Tempo de atuação na ESF			0,99 (p=0,000)
Q32 - Tempo de atuação na UBS			0,81 (p=0,000)
Q33 - Tipo do vínculo	0,96 (p=0,000)		
Q34 - Quantidade de atendimento			0,98 (p=0,000)
Q35 - Carga horária	0,73 (p=0,000)		
Q36 - Outro vínculo trabalhista	1,00 (p=0,000)		
Q37 - Quantidade de vínculos trabalhista			1,00 (p=0,000)
<b>Formação inicial e educação permanente</b>			
Q38 - Curso de graduação concluído	0,77 (p=0,000)		
Q39 - Curso durante a graduação (Pet Saúde)	0,77 (p=0,000)		
Q40 - Participação em atividades de pós-graduação	0,78(p=0,000)		
Q41 - Pós graduação		0,87(p=0,000)	
Q42 - Curso de capacitação	0,55(p=0,000)		
Q43 - Apoio Matricial	0,63(p=0,000)		
Q44 - Interesse Educação Permanente		0,82(p=0,000)	
Q45 - Dificuldades na participação em cursos.		0,60 (p=0,000)	
<b>Sociodemográficos</b>			

Q46 - Idade	1,00 (p=0,000)		1,00 (p=0,000)
Q47 - Sexo	1,00 (p=0,000)		
Q48 - Atuação profissional	0,87 (p=0,000)		
Q49 - Escolaridade		1,00 (p=0,000)	
Q49 - Renda		0,95 (p=0,000)	
Q49 - Estado civil	1,00 (p=0,000)		
Q50 - Cor da pele	1,00 (p=0,000)		
Q51 - Reside no município	1,00 (p=0,000)		

## Apêndice V- Gráfico do Bland e Altman

