



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE DESPORTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Sheylane de Queiroz Moraes

**Prevalência, fatores associados e estratégias de aconselhamento para atividade física por  
profissionais da atenção primária à saúde**

Florianópolis – SC

2022



Sheylane de Queiroz Moraes

**Prevalência, fatores associados e estratégias de aconselhamento para atividade física por profissionais da atenção primária à saúde**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de mestre em Educação Física, do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Atividade Física relacionada à Saúde. Linha de Pesquisa: Educação Física, Condições de Vida e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech

Coorientador: Prof. Dr. Rogério César Fermino

Florianópolis – SC

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Moraes, Sheylane de Queiroz  
Prevalência, fatores associados e estratégias de  
aconselhamento para atividade física por profissionais da  
atenção primária à saúde / Sheylane de Queiroz Moraes ;  
orientador, Cassiano Ricardo Rech, coorientador, Rogério  
César Fermino, 2022.  
141 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em  
Educação Física, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Aconselhamento. 3. Atividade  
física. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Rech, Cassiano  
Ricardo . II. Fermino, Rogério César . III. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Educação Física. IV. Título.

Sheylane de Queiroz Moraes

**Prevalência, fatores associados e estratégias de aconselhamento para atividade física por profissionais da atenção primária à saúde**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Filipe Ferreira da Costa, Dr.

Universidade Federal da Paraíba Cidade Universitária (UFPB)

Prof. Rodrigo Sudatti Delevatti, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Educação Física na área de concentração de Atividade Física Relacionada à Saúde.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof. Cassiano Ricardo Rech, Dr.

Orientador

**Florianópolis – SC, 2022.**

*Dedico este trabalho à Deus, à minha família, em especial aos meus queridos pais, ao meu esposo amado e ao meu filho.*

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, o autor da minha vida, meu sol, meu porto seguro.

Aos meus **pais**, meus incentivadores. *Mainha e painho* sempre exemplo de força e perseverança. À minha irmã e meu irmão pelo carinho e torcida. Também ao meu sogro e sogra pelo apoio e força nesse processo.

Ao meu amado esposo, **Mikael Moraes**. Como sou grata pelo teu companheirismo, amor e incentivo. Meu amigo de todas as horas. É muito bom compartilhar a vida com você e trocar experiências acadêmicas e profissionais sem sair de casa [risos]. Como sou grata por caminhar junto comigo em todo esse processo me dando forças, me fazendo rir, por cuidar do Davi enquanto eu escrevia a dissertação e por entender uma mestranda gestante e mãe de primeira viagem. Muito obrigada! Sem seu apoio eu não teria conseguido. Cada vez mais te amo e te admiro.

Ao meu amorzinho, **Davi**, meu filho. Sem dúvida meu melhor presente durante a realização desse mestrado. No dia em que você nasceu, eu nasci novamente. Você mudou minha vida completamente, nem me lembro como eu era sem você. Meu *companheirinho* inseparável na escrita da dissertação, que participou dando *chutinhos* dentro da barriga, mamando e engatinhando embaixo da mesa enquanto eu digitava [risos]. Teu sorriso me encanta e todo dia me lembra o que realmente importa nessa vida.

Ao meu orientador, professor **Dr. Cassiano Ricardo Rech** que me acolheu desde minha chegada na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Obrigada pela oportunidade de aprender contigo, pela confiança em desenvolver o projeto AconselhaSUS, por compreender os momentos difíceis durante esse processo e sempre ter palavras de incentivo. Admiro muito o profissional e pessoa que és, sempre respeitoso, encorajador, compreensível e ético.

Aos integrantes e colegas do **Grupo de Estudos e Pesquisa Ambiente Urbano & Saúde (GeAS)**. Em especial aos colegas **Pablo Antônio Bertasso de Araújo, Ana Caroline Belther Santos e Francisco Timbó de Paiva Neto** que foram incansáveis na organização e realização das coletas do projeto AconselhaSUS, a vocês muito obrigada! Também as contribuições atentas dos colegas **Adalberto Lopes e Carla Elane**.

Aos professores **Dr. Filipe Ferreira da Costa, Dr. Rodrigo Sudatti Delevatti e Dr. Mathias Roberto Loch** por aceitarem o convite para compor a banca de defesa desta

dissertação. Com certeza é uma honra poder aprender com vocês. Muito obrigada pela disponibilidade, pelas contribuições e por gerar reflexões aprofundadas a respeito da temática do aconselhamento para atividade física.

Ao professor **Dr. Rogério César Fermino** pela disponibilidade em coorientar esta dissertação e pela parceria em colaborar com minha formação. Obrigada por poder aprender com você.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis** por oportunizar a realização da pesquisa AconselhaSUS na Atenção Primária à Saúde. Aos **coordenadores dos Distritos Sanitários e dos Centros de Saúde** que sempre se mostraram muito solícitos e gentis em apoiar as ações de divulgação, agendamento e realização da coleta de dados.

A todos os **profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde** de Florianópolis que participaram da pesquisa. Em especial aos profissionais do **Núcleo de Apoio à Saúde da Família, aos profissionais de Educação Física e residentes**, por todo apoio, colaboração e sugestões no desenvolvimento do projeto AconselhaSUS.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo apoio financeiro que viabilizou a realização desta pesquisa.

Aos **amigos do “GO”** de Manaus que mesmo distantes, sempre estiveram torcendo por nós e demonstraram tanto carinho e amor. Aos **amigos “de Floripa”** que nos confortaram e nos deram palavras de apoio nos momentos difíceis quando a saudade de casa apertava.

Às amigas **Tatiane Malikoski e Talita Duarte**. Tati, compartilhar experiências contigo divertiu e refrigerou a minha caminhada, você foi um anjo enviado por Deus. Tatá, obrigada por apoiar e nos incentivar em todo processo de mudança de cidade! Sempre atenciosa, mesmo à distância, sabia que podia contar contigo.

A todos os **colegas do mestrado** por poder aprender e compartilhar conhecimentos com vocês, em especial ao **Leandro Lima Borges e Alfredo Leopoldo Messenger Valenzuela**, nossos grupos de estudos “quebrando cabeça” nas análises estatísticas sempre rendiam boas risadas. Desejo muito sucesso a vocês!

A todos que contribuíram, torceram, e me ajudaram para a concretização desta formação. Muito obrigada!

Com carinho,  
Sheylane Moraes



## RESUMO

O aconselhamento para atividade física pode ser uma importante estratégia para promover modos de vida mais ativos, especialmente quando integrado às práticas profissionais na Atenção Primária à Saúde. Assim, esse estudo tem como objetivo geral analisar a prevalência e fatores associados a realização do aconselhamento para atividade física e descrever as estratégias de aconselhamento utilizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Para tanto, a presente dissertação foi apresentada no modelo alternativo (Norma nº02/2008/PPGEF/UFSC), sendo composta por três estudos que objetivaram: a) sumarizar por meio de revisão sistemática a prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física oferecido pelos profissionais de saúde e recebido pelos usuários na Atenção Primária à Saúde; b) estimar a prevalência e os fatores associados a realização do aconselhamento para atividade física pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina; c) caracterizar a prática de aconselhamento para atividade física e estratégias utilizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. Para a revisão sistemática (estudo um) foram revisadas as bases de periódicos PsycINFO, EBSCOhost, PubMed, *ScienceDirect*, *Web of Science*, LILACS e SciELO e identificadas as prevalências de aconselhamento entre os usuários e os profissionais de saúde. Para análise da prevalência, fatores associados e estratégias de aconselhamento (referente aos estudos dois e três) foi realizado um inquérito transversal, no ano de 2018, com profissionais dos 49 Centros de Saúde da Atenção Primária de Florianópolis. Os fatores explorados na associação foram analisados por regressão logística binária com nível de significância mantido em 5%. Para as análises das estratégias, foi realizada estatística descritiva (distribuição de frequência absoluta e relativa) estratificada por categorias profissionais/equipes de atuação. Em todas as análises foi utilizado o *software* R versão 3.5.3. Os resultados do estudo um da dissertação (revisão sistemática) indicam que a prevalência de aconselhamento variou de 11,8% a 95,0% entre os estudos com profissionais ( $60,2 \pm 22,7\%$ ) e 4,5% a 61,6% entre os estudos com usuários ( $36,6 \pm 14,2\%$ ) e que os médicos são os profissionais mais investigados. Quanto ao estudo dois da dissertação, a prevalência de aconselhamento para atividade física entre os profissionais de Florianópolis foi de 86,2% (IC95% = 83,2; 88,8%). O aconselhamento apresentou associação a fatores de formação e atuação profissional e nível de atividade física. Indicar os grupos de atividade física dos Centros de saúde é a recomendação mais frequente. No estudo três da dissertação, quanto as estratégias 5As, “aconselhar” foi a mais utilizada, enquanto “acompanhar” foi a menos utilizada no aconselhamento. Por fim, conclui-se que investimentos em formação continuada podem auxiliar no uso e diversificação de estratégias para fortalecimento da prática do aconselhamento para atividade física na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave:** Aconselhamento. Atividade física. Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

Physical activity counseling can be an important strategy to promote more active lifestyles, especially when integrated into professional practices in Primary Health Care. Thus, this study has the general objective of analyzing the prevalence and factors associated with the realization of physical activity counseling. physical activity and describe the counseling strategies used by Primary Health Care professionals in the city of Florianopolis, Santa Catarina. Therefore, the present dissertation was presented in the alternative model (Norma nº02/2008/PPGEF/UFSC), being composed of three studies that aimed to: a) summarize, through a systematic review, the prevalence of counseling for the practice of physical activity offered by the health professionals and received by users in Primary Health Care; b) to estimate the prevalence and factors associated with physical activity counseling by Primary Health Care professionals in Florianopolis, Santa Catarina; c) to characterize the practice of physical activity counseling and strategies used by Primary Health Care professionals in Florianopolis, Santa Catarina. For the systematic review (study one), the databases of journals PsycINFO, EBSCOhost, PubMed, ScienceDirect, Web of Science, LILACS and SciELO were reviewed and the prevalence of counseling among users and health professionals was identified. To analyze the prevalence, associated factors and counseling strategies (referring to studies two and three), a cross-sectional survey was carried out in 2018 with professionals from the 49 Health Centers of Primary Care in Florianopolis. The factors explored in the association were analyzed by binary logistic regression with a significance level maintained at 5%. For the analysis of the strategies, descriptive statistics (absolute and relative frequency distribution) stratified by professional categories/work teams were performed. The software R version 3.5.3 was used in all analyses. The results of study one of the dissertation (systematic review) indicate that the prevalence of counseling varied from 11.8% to 95.0% among studies with professionals ( $60.2 \pm 22.7\%$ ) and 4.5% to 61.6% among studies with users ( $36.6 \pm 14.2\%$ ) and that physicians are the most investigated professionals. As for study two of the dissertation, the prevalence of physical activity counseling among professionals in Florianopolis was 86.2% (95%CI = 83.2; 88.8%). Counseling was associated with factors of training and professional performance and level of physical activity. Indicating the physical activity groups of the Health Centers is the most frequent recommendation. In study three of the dissertation, regarding the 5As strategies, “advising” was the most used, while “following up” was the least used in counseling. Finally, it is concluded that investments in continuing education can help in the use and diversification of strategies to strengthen the practice of physical activity counseling in Primary Health Care.

**Keywords:** Counseling. Physical activity. Primary health care.

## LISTA DE FIGURAS

### MÉTODOS

Figura 1 – Fluxograma dos procedimentos organizativos para realização da coleta de dados da pesquisa AconselhaSUS.....	37
--	----

### ESTUDO 1

Figura 1 – Etapas de seleção dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde .....	52
Figura 2 – Prevalência de aconselhamento para atividade física referido por profissionais de saúde da Atenção Básica à Saúde .....	56
Figura 3 – Prevalência de aconselhamento para atividade física recebido por usuários na Atenção Básica à Saúde .....	59

## LISTA DE TABELAS

### MÉTODO

Tabela 1 – Profissionais de saúde das equipes atuantes na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis no ano de 2018 .....	33
Tabela 2 – Quantidade de Centros de saúde e de profissionais de saúde por Distritos Sanitários da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis em 2018.....	34
Tabela 3 – Variáveis utilizadas nos estudos dois e três. ....	36

### ESTUDO 1

Tabela 1 – Síntese dos estudos realizados com profissionais de saúde a respeito do oferecimento de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde. ....	54
Tabela 2 – Síntese dos estudos realizados com usuários a respeito do recebimento de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde.....	57

### ESTUDO 2

Tabela 1 – Características da amostra de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Florianópolis, 2018 (n = 587).....	79
Tabela 2 – Regressão Logística Binária para a análise da associação entre fatores sociodemográficos, de formação e atuação profissional, nível de atividade física e a realização de aconselhamento para a atividade física dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde. Florianópolis, 2018 (n = 587)..	81

### ESTUDO 3

Tabela 1 – Características dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Florianópolis, 2018 (n = 587).....	103
Tabela 2 – Características do aconselhamento para atividade física realizado pelos profissionais da atenção primária à saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil 2018 (n = 587)..	106
Tabela 3 – Estratégias de aconselhamento para atividade física utilizado pelos profissionais de saúde da atenção primária à saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil 2018 (n = 587)....	109

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>5As</b>	Modelo sistemático que reúne cinco estratégias para aconselhamento
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ACS</b>	Agente comunitário de saúde
<b>AF</b>	Atividade física
<b>eSB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>eSF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
<b>DS</b>	Distrito Sanitário
<b>eNASF-AP</b>	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
<b>PEF</b>	Profissional de Educação Física
<b>PNPS</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde
<b>SMS/PMF</b>	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Florianópolis
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1	OBJETIVOS.....	20
<b>1.1.1</b>	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>20</b>
<b>1.1.2</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>20</b>
1.2	REVISÃO DE LITERATURA .....	21
<b>1.2.1</b>	<b>Atenção Primária à Saúde no Brasil .....</b>	<b>21</b>
<b>1.2.2</b>	<b>Promoção da Atividade Física na Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>22</b>
<b>1.2.3</b>	<b>Aconselhamento para Atividade Física na Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>24</b>
1.3	DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	28
<b>2</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>31</b>
2.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	31
2.2	LOCAL DA PESQUISA .....	31
2.3	POPULAÇÃO DA PESQUISA .....	32
2.4	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	34
2.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	34
2.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	34
2.7	INSTRUMENTO.....	35
2.8	VARIAVEIS DO ESTUDO.....	36
2.9	PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS .....	36
2.10	ANÁLISE DE DADOS E TRATAMENTO ESTATÍSTICO .....	39
<b>3</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
3.1	ESTUDO 1 .....	48
3.2	ESTUDO 2 .....	70
3.3	ESTUDO 3 .....	93
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>129</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).</b>	<b>131</b>

<b>APÊNDICE B – Questionário do AconselhaSUS .....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE C – Cartaz para divulgação da pesquisa.....</b>	<b>137</b>
<b>APÊNDICE D - <i>Check list</i> para auxiliar pesquisadores na coleta de dados</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE E – Texto base para divulgação da pesquisa.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO A – Autorização execução da pesquisa.....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXO B – Parecer Comitê de ética.....</b>	<b>141</b>





## 1 INTRODUÇÃO

A atividade física representa um importante direito todas as pessoas ao longo da vida. A sua prática é um relevante elemento para o desenvolvimento humano, estando relacionada à sociabilidade, à aprendizagem, à qualidade de vida e à manutenção e a promoção da saúde (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017), além dos reconhecidos benefícios na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (PRATT et al., 2020). Entretanto, estudos mostram que os níveis de atividade física no lazer na população adulta brasileira ainda são baixos (BRASIL, 2017), sobretudo em pessoas com baixa escolaridade, mulheres, idosos, sendo necessário assim a promoção de ações de educação em saúde que oportunize a prática de atividade física para a população em geral (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017).

Frente a esta necessidade, o Brasil tem a disposição uma das políticas de saúde que é referência para o mundo todo, o Sistema Único de Saúde (SUS). Incentivados pelo SUS foram criadas diversas outras políticas para promoção de saúde e redução de vulnerabilidades à saúde (e.g. atividade física), como o desenvolvimento do Programa Academia da Saúde, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2013, 2014a, 2011a, 2021a). Algumas das metas estabelecidas por estas políticas visam aumentar os níveis de atividade física no lazer, atenuar o aumento pandêmico da obesidade em adultos (BRASIL, 2011a) e organizar os serviços de saúde de forma a disseminar os benefícios da adoção de estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2014a). Para a consecução dessas metas, o SUS tem em seu modelo a Atenção Primária à Saúde (APS), que conta com a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o apoio de equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP) (BRASIL, 2011b, 2021b). Tais propostas podem atuar em conjunto no cuidado integral ao indivíduo por meio de ações de educação em saúde para a promoção de modos de vida saudável, como por exemplo, o aconselhamento para atividade física (BRASIL, 2013).

De modo geral, o aconselhamento é considerado uma tecnologia de promoção e educação em saúde e visa contribuir para o aumento da autonomia individual e coletiva das pessoas sobre um comportamento, considerando além do conhecimento científico o conhecimento prévio da população (FALKENBERG et al., 2014). Assim, por ser de baixo custo e aplicável por diversos profissionais de saúde (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, NICE, 2013), a prática do aconselhamento para atividade física na APS tem sido fortemente recomendada (SHORT et al., 2016; US

PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2017), pois tem contribuído para o aumento dos níveis de atividade populacional (MELVIN et al., 2017; ORROW et al., 2012). Por esse motivo, a capilaridade e a abrangência que a APS possui no Brasil favorece substancialmente a promoção de aconselhamento para atividade física, uma vez que 62,6% da população brasileira é coberta com a ESF (GIOVANELLA et al., 2021).

Embora se saiba da importância do aconselhamento para atividade física na APS (SHORT et al., 2016) e que sua prática é recomendada por diversos órgãos internacionais e nacionais, há uma carência de estudos que sumarizaram a frequência da prática de aconselhamento para atividade física no cotidiano real dos serviços da APS. A maior parte das revisões sistemáticas relacionadas ao tema abordaram os efeitos de intervenções (ORROW et al., 2012; PETRELLA; LATTANZIO, 2002), as percepções dos profissionais a respeito de barreiras e facilitadores para aconselhar (HÉBERT; CAUGHY; SHUVAL, 2012) e a presença de aconselhamento em componentes curriculares na formação médica (DACEY et al., 2014). Sendo assim, é importante sumarizar a frequência em que o aconselhamento para atividade física é realizado na APS a partir de estudos observacionais, considerando tanto a perspectiva de quem o oferece ou o realiza (i.g. profissionais de saúde), como de quem o recebe (i.g. usuários), a fim de conhecer o quanto essa prática está inserida no cotidiano dos serviços de saúde.

Outro ponto a considerar, é a necessidade de ampliar as reflexões a respeito da prática de aconselhamento para atividade física no contexto da APS brasileira. Os estudos que se propuseram a estudar esse tema, investigaram a prática de aconselhamento entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (FLORINDO et al., 2013, 2015; SANTOS et al., 2015; SOUZA; FLORINDO; COSTA, 2021), não contemplando a totalidade de profissionais atuantes nas demais equipes da APS do Brasil. Considerando que a ESF organiza seu trabalho fundamentado em ações multidisciplinares e recebe o apoio da equipe multiprofissional do eNASF-AP (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016), é necessário ir além e estimar a frequência de aconselhamento incluindo nas pesquisas os demais profissionais que compõem a APS. Isto pode ampliar a discussão sobre a prática do aconselhamento para atividade física no contexto do SUS, uma vez que esta política preconiza que as ações de saúde sejam realizadas em uma rede de cuidados sinérgica e colaborativa e que não sejam direcionadas apenas a um profissional específico (BRASIL, 2012).

Adicionalmente, torna-se necessário maior clareza e aprofundamento teórico no que diz respeito aos fatores que estão associados à prática de aconselhamento para atividade física na APS do SUS. Um caminho para isso é que além de explorar a relação das variáveis

sociodemográficas ou das barreiras para aconselhamento (FLORINDO et al., 2015; FRANK et al., 2002; MORISHITA et al., 2014; SANTOS et al., 2015; SOUZA; FLORINDO; COSTA, 2021), sejam estudadas as características referentes a formação e atuação profissional, pois esses fatores podem ser alvo de modificações a partir de educação continuada ou permanente, envolvem a qualificação dos profissionais para o serviço e repercutem diretamente nos atendimentos individuais e coletivos.

Outra lacuna que se observa nos estudos brasileiros, é que não se conhece os procedimentos que os profissionais adotam para aconselhar atividade física. Nesse sentido, é necessário maior entendimento das características que permeiam essa prática, como os recursos utilizados, o tempo empregado, o tipo de atendimento, os usuários mais aconselhados e as estratégias utilizadas. Mesmo considerando que o aconselhamento possa ocorrer de modo breve ou genérico, estudos também apoiam que o uso de estratégias baseadas em modelos teóricos é importante para conduzir a mudanças de comportamentos (PROCHASKA; MARCUS, 1994; SHINN; SALGADO; RODRIGUES, 2020), como é o caso do aconselhamento baseado no modelo 5As (AINSWORTH; YOUMANS, 2002; FIORE et al., 2008; SMITH et al., 2008; VERWEY et al., 2014). Esse modelo considera a complexidade do comportamento humano e organiza passos para condução do aconselhamento, permitindo maior segurança em sua execução e melhor acompanhamento dos resultados. Assim, ao observar as estratégias de aconselhamento sob a perspectiva do modelo 5As, este estudo busca traçar um panorama do quanto a prática dos profissionais da APS está próxima de um modelo sistematizado ou não, e se contempla ações que considerem a complexidade do comportamento humano. Isso pode ajudar a entender melhor a prática do aconselhamento para AF, identificar dificuldades e direcionar de modo mais assertivo a elaboração de estratégias para aperfeiçoamento dos cuidados em saúde no SUS.

Assim, considerando a importância em aumentar a autonomia das pessoas em relação a prática de atividade física, de reduzir a morbimortalidade causadas por DCNT e o papel promissor das políticas de promoção da saúde da APS do SUS, torna-se necessário a condução de pesquisas que observem com que frequência o aconselhamento para atividade física é realizado num contexto real e esclareça os fatores associados, os procedimentos e as estratégias adotadas pelos profissionais para execução dessa prática de educação em saúde.

Também é igualmente interessante pesquisar o aconselhamento sob a perspectiva de uma capital brasileira que, apesar de possuir um elevado percentual da população ativa fisicamente e ter vários espaços públicos que favorecem a prática de atividade física (ALMEIDA et al., 2021; MANTA et al., 2019), ainda precisa avançar em aspectos que

promovam a equidade no acesso a atividade física. Outra peculiaridade, é a elevada cobertura da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2021b) e presença de equipes eNASF-AP e profissionais de Educação Física atuantes desde 2010 na APS da cidade (FLORIANÓPOLIS, 2010), o que confere uma configuração importante para investigar a promoção da atividade nos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, esta dissertação se propõe investigar a prática do aconselhamento para atividade física visando gerar reflexões entre os profissionais de saúde, gestores públicos e sociedade civil e contribuir futuramente para planejamento de ações educativas que fortaleçam o apoio aos usuários para mudança de comportamento em atividade física no contexto da APS no SUS.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a prevalência e fatores associados a realização do aconselhamento para atividade física e descrever as estratégias de aconselhamento utilizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde da cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Sumarizar por meio de revisão sistemática, a prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física oferecido pelos profissionais de saúde e recebido pelos usuários na Atenção Primária à Saúde;
- Estimar a prevalência e os fatores associados a realização do aconselhamento para atividade física pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina;
- Caracterizar a prática de aconselhamento para atividade física e estratégias utilizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina.

## 1.2 REVISÃO DE LITERATURA

### 1.2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado a partir da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, é conhecido por ser um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo (BRASIL, 1990). O SUS abrange tanto ações quanto os serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, englobando diversos níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e a principal porta de entrada do SUS. No Brasil, a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, orientada a estar mais próximo da vida das pessoas e por isso se organiza a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), centros de saúde instalados perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem (BRASIL, 2012). A APS conta também com diversas estratégias governamentais, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP) que leva serviços multidisciplinares às comunidades com objetivo de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas (BRASIL, 2012).

A ESF é a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS adotada pelo Brasil sendo composta por equipe multiprofissional, denominada de equipe de Saúde da Família (eSF): agente comunitário de saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro e médico de família e comunidade ou generalista (BRASIL, 2012). Também é composta por auxiliar e/ou técnico de saúde bucal e cirurgião-dentista, as chamadas equipes de Saúde Bucal (eSB), atuando em conjunto afim de ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. As eSF são consideradas referência pelo cuidado de determinada população em relação aos seus problemas e necessidades de saúde, e devem promover o acompanhamento longitudinal e coordenar seu cuidado nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

As eNASF-AP foram criadas com o objetivo de ampliar a abrangência, resolubilidade e o escopo das ações da APS, e constituem-se como uma equipe de apoio à eSF, oferecendo retaguarda para o cuidado integral, tendo responsabilidade tanto sobre a população adscrita como sobre as próprias eSF vinculadas (BRASIL, 2008, 2014b). Foram instituídas no ano de 2008, nomeadas inicialmente de “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” (NASF), depois foram intituladas de “Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica” (NASF-AB) e atualmente correspondem às “equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção

Primária” (eNASF-AP) (BRASIL, 2008, 2014b, 2021b). A composição de cada eNASF-AP deve ser definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. Os profissionais que podem compor os eNASF-AP são: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, professor de educação física, nutricionista, profissional com formação em arte e educação (arte educador), profissional de saúde sanitaria entre outros (BRASIL, 2021b).

Recentemente foi aprovado um novo modelo de financiamento de custeio da APS, instituído pelo Programa Previne Brasil, que desvincula a composição de equipes multiprofissionais às tipologias de equipes NASF-AB e suspende o credenciamento de novas equipes a partir de janeiro de 2020 (BRASIL, 2019; PAULINO *et al.*, 2021; SALES *et al.*, 2020). Essas mudanças podem enfraquecer a continuidade de atuação dessas equipes, uma vez que abre precedentes para a precarização do atendimento e dos princípios de resolutividade, descentralização e longitudinalidade da assistência (PAULINO *et al.*, 2021; SALES *et al.*, 2020).

### **1.2.2 Promoção da Atividade Física na Atenção Primária à Saúde**

A atividade física é compreendida como todo movimento corporal que resulte em gasto de energia, e quando praticada regularmente proporciona inúmeros benefícios à saúde (POWELL; PALUCH; BLAIR, 2011). Em uma compreensão ampliada, a atividade física também é considerada um comportamento essencial à vida humana, sendo sua escolha complexa, por ser impregnada de valores, significados e símbolos que variam de indivíduo para indivíduo (KELLEY K. PETTEE GABRIEL; MORROW; WOOLSEY, 2012). Elevados níveis de atividade física na população estão relacionados a diminuição do risco de mortalidade precoce, bem como na redução das DCNT como diabetes, hipertensão, osteoporose, depressão e vários tipos de câncer (HÉBERT; CAUGHY; SHUVAL, 2012).

Estudos recentes indicam que ainda são baixos níveis de atividade física na população brasileira (HALLAL *et al.*, 2010), o que sinaliza a necessidade de planejamento e implementação de políticas de saúde pública para promoção da atividade física. No Brasil, a criação da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) em 2006, com revisão em 2014, foi um importante marco para inclusão da atividade física como parte das agendas de promoção de saúde, a qual estabeleceu diversas ações e metas.

Uma das proposições da PNPS é que sejam implantadas ações intersetoriais e de mobilização de parceiros na rede de APS e na comunidade, a fim de facilitar as opções

individuais, qualificar o cuidado coletivo e reduzir as iniquidades na distribuição dos equipamentos públicos destinados à população em geral, ampliando a oferta de equipamentos em especial para população de baixa renda (MALTA et al., 2014). Entre as ações na rede básica de saúde e na comunidade estão: mapear e apoiar as ações de práticas corporais presentes no território, ofertar novas práticas, capacitar os trabalhadores de saúde sobre o tema, incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros) (BRASIL, 2014a).

A PNPS também estabelece ações de aconselhamento/divulgação, como: organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis; e desenvolver campanhas de divulgação, estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis (BRASIL, 2014a).

De acordo com Malta e Silva-Junior *et al.* (2013), a institucionalização da promoção da saúde com a aprovação da PNPS e a escolha da temática da atividade física como uma de suas prioridades expressam avanços como a inserção de programas da promoção da saúde na peça orçamentária, financiamentos destinados aos municípios e estados em projetos de atividade física, avanços expressivos na vigilância da morbimortalidade e dos fatores de risco e proteção das DCNT. Também como avanços resultantes e fortalecedores da PNPS destacam-se a criação da eNASF-AP, do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT e do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2008, 2011a, 2013).

A eNASF-AP configura-se como um importante fortalecedor da promoção da atividade física por proporcionar a inserção de outros profissionais no ambiente da APS e dentre eles o profissional de Educação Física. O profissional de Educação Física na eNASF-AP tem o papel de apoiar e gerir ações de promoção da atividade física, como divulgar informações que contribuam para adoção de modos de vida saudáveis, desenvolver ações de educação em saúde reconhecendo o protagonismo dos sujeitos, desenvolver junto à eSF ações intersetoriais pautadas nas demandas da comunidade, apoiar grupos de atividade física existentes e promover atividades destinadas a todo ciclo da vida, maior número de usuários e em locais de fácil acesso (BRASIL, 2008, 2014b).

Adicionalmente, as Academias da Saúde também se destacam por se constituir como espaço de fomento à convivência, a práticas corporais, à alimentação saudável, à educação em saúde, a práticas integrativas e complementares, ao lazer e a modos de vida favoráveis à saúde (BRASIL, 2013). O uso das Academias da Saúde é potencializado pela atuação dos

profissionais de saúde da eNASF-AP, o que amplia a capacidade de intervenção coletiva da AB, buscando favorecer o convívio solidário e o protagonismo de grupos sociais (BRASIL, 2013, 2014b). Assim, tais ações inseridas dentro do SUS e desenvolvidas no contexto da APS por meio da atuação multiprofissional e integrada entre as eSF e eNASF-AP têm favorecido o desenvolvimento da promoção da atividade física de modo intersetorial e pautado em políticas públicas de promoção da saúde, com oferta de programas e ações de aconselhamento sobre o controle do álcool, tabaco, alimentação saudável e atividade física à população (MALTA et al., 2014).

### **1.2.3 Aconselhamento para Atividade Física na Atenção Primária à Saúde**

Aconselhamento, sob a perspectiva da psicologia (*counseling*), é uma relação de ajuda que visa facilitar uma adaptação mais satisfatória do sujeito à situação em que se encontra e otimizar os seus recursos pessoais em termos de autoconhecimento, autoajuda e autonomia (TRINDADE; TEIXEIRA, 2000). Sua principal finalidade é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas.

Há diversas perspectivas teóricas de aconselhamento: psicodinâmicas, humanistas, cognitivo-comportamentais, fenomenológico-existenciais, feministas, construtivistas e sistêmicas, sendo a perspectiva cognitivo-comportamental a mais utilizada nos contextos da saúde (TRINDADE; TEIXEIRA, 2000). De acordo com Poskiparta, Kasila e Kiuru (2006), também existem variadas compreensões a respeito do aconselhamento, porém as definições comumente envolvem: definição de metas colaborativas, resolução de problemas ativos, estágios de mudança, barreiras à mudança e tomada de decisões relacionadas aos estilos de vida (GAGLIARDI et al., 2015).

Geralmente existe confusão entre o termo aconselhamento e aconselhar (BRASIL, 1999; (TRINDADE; TEIXEIRA, 2000). De acordo com Rowland (1992) apud TRINDADE, TEIXEIRA (2000, p.3-4):

Aconselhar não é dar conselhos, fazer exortações nem encorajar disciplina ou prescrever condutas que deveriam ser seguidas. Pelo contrário, trata-se de ajudar o sujeito a compreender-se a si próprio e à situação em que se encontra e ajudá-lo a melhorar a sua capacidade de tomar decisões que lhe sejam benéficas.

Também é importante entender a diferença entre o simples ato de aconselhar e aconselhamento (BUENO; TERUYA, 2004). Aconselhar ou dar conselho é dizer à pessoa o que ela deve fazer, enquanto aconselhamento é uma forma de atuação do profissional que



envolve a escuta, compreensão do indivíduo e suporte para que, a partir de seus conhecimentos, o indivíduo planeje e tome decisões.

O aconselhamento, aplicado inicialmente na área específica da psicologia, tem expandido para uma perspectiva multidisciplinar. No caso da saúde, a finalidade principal do aconselhamento é a redução de riscos para a saúde, obtida através de mudanças concretas do comportamento do sujeito e adoção de um estilo de vida saudável ao nível da alimentação, exercício físico, uso de substâncias, gestão do stress, entre outros (TRINDADE; TEIXEIRA, 2000). O aconselhamento pode ser aplicado nos diversos níveis dos cuidados de saúde, sendo no serviço de atenção primária a área mais divulgada e conhecida do aconselhamento em saúde (EAST, 1995).

O desenvolvimento de aconselhamento nos serviços de APS torna-se potencializado devido sua abrangência à população e descentralização, estando mais próximo à vida das pessoas (BRASIL, 2012). Também se destaca por ser uma tecnologia leve, uma prática rápida, de baixo custo e que seria capaz de atingir uma grande parcela da população e em ações que envolvem mudança de estilos de vida (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2013).

No Brasil, os Cadernos de Atenção Básica definem aconselhamento como um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas de saúde (BRASIL, 2015a, 2015b). Esses materiais preconizados para APS tratam do aconselhamento específico para cuidados da pessoa tabagista, aleitamento materno e alimentação complementar, HIV/Aids, Hepatites e outras DST (doenças sexualmente transmissíveis), não havendo, porém, um caderno próprio para nortear aconselhamento específico para atividade física (BRASIL, 2006, 2015a, 2015b). Isso pode explicar o desconhecimento existente sobre aconselhamento aplicado a atividade física e ausência do termo direcionado a atividade física.

Resultados de uma revisão sistemática mostraram que apenas em cinco de 28 estudos observacionais constavam algum conceito sobre aconselhamento, um deles voltado especificamente para atividade física e os demais para outros temas de saúde (SOUZA, 2018). Tal fato evidencia que é preciso intensificar os estudos sobre a temática aconselhamento e atividade física, principalmente no contexto do SUS, a fim de aperfeiçoar o entendimento do conceito e a prática do aconselhamento para atividade física pelos profissionais de saúde. No Brasil, essa temática necessita ser aprofundada nos aspectos de conhecer a prevalência de realização de aconselhamento para atividade física nos serviços de APS, e identificar quais

são as estratégias e metodologias empregadas no aconselhamento específico, de modo que possa fomentar intervenções e sistematização de práticas baseadas em evidências no contexto brasileiro.

Diversos estudos de intervenção e iniciativas governamentais de aconselhamento para atividade física na APS foram desenvolvidas internacionalmente e concordam que os cuidados primários de saúde têm um papel importante e decisivo no aconselhamento e na promoção da atividade física nas várias etapas da vida e que é um recurso eficaz para promover estilos de vida ativo a nível populacional (CHAKRAVARTHY; JOYNER; BOOTH, 2002; HALLAL et al., 2010; MELVIN et al., 2017; SHINN; SALGADO; RODRIGUES, 2020).

A exemplo, o Serviço Nacional de Saúde de Portugal lançou o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física com diversas iniciativas para promover atividade física no contexto da APS. Entre elas, a elaboração do Manual de aconselhamento breve para a promoção da atividade física, além de ferramentas de suporte na avaliação e aconselhamento na área da atividade física e sedentarismo, tanto para profissionais da saúde quanto para a população usuária (MENDES et al., 2020; PORTUGAL, 2018; SHINN; SALGADO; RODRIGUES, 2020). Como resultado dessas iniciativas tem-se verificado um aumento do interesse pela temática aconselhamento para atividade física por parte dos médicos de família para o incorporar na sua prática clínica. Além disso tem havido um aumento da formação específica disponível, do desenvolvimento dos recursos informáticos de apoio à consulta e do investimento em termos de investigação e monitorização relacionadas com estas iniciativas (SHINN; SALGADO; RODRIGUES, 2020).

Estudo de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados sobre a eficácia da promoção da atividade física na APS concluiu que essas intervenções aumentam a atividade física autorreferida por pelo menos 12 meses (ORROW et al., 2012). Um estudo de revisão sistemática compilou evidências existentes de estudos randomizados para informar os prestadores de cuidados primários sobre quais intervenções de mudança de estilo de vida e comportamento são eficazes para alterar a dieta, a atividade física e os resultados de peso dos pacientes (MELVIN et al., 2017). Os resultados mostraram que ocorreram mudanças relativas ao peso e à atividade física através de intervenções no estilo de vida e de aconselhamento comportamental (MELVIN et al., 2017).

Outra revisão sobre fatores que contribuem para a efetividade do aconselhamento para atividade física na APS verificou que o aconselhamento prestado por médicos ou conselheiros que exploraram a motivação aumentou a atividade física autorreferida pelo menos 12 meses

após a intervenção e que múltiplas sessões podem sustentar aumento da atividade física além de 12 meses (GAGLIARDI et al., 2015). A pesquisa também mostra que embora o aconselhamento promova a atividade física ele ainda não é amplamente praticado, devendo assim haver treinamento para os prestadores de cuidados primários e ferramentas para operacionalizar o aconselhamento na APS (GAGLIARDI et al., 2015).

Frente a importância progressiva do aconselhamento como meio para a modificação do comportamento bem-sucedido e prevenção de DCNT, instituições como *American College of Preventive Medicine (ACPM)* e *US Preventive Services Task Force (USPSTF)* recomendam o aconselhamento para atividade física e incentivam organizações profissionais a oferecerem treinamento em técnicas de aconselhamento para seus membros (JACOBSON et al., 2005; SHORT et al., 2016; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE et al., 2017). A maioria tem utilizado protocolos e estratégias sistematizadas para padronizar a realização do aconselhamento, sendo o modelo dos cinco As (5As) o mais difundido (VERWEY et al., 2014).

Fundamentado em teorias de mudança de comportamento, o modelo 5As tem sido aplicado para diversos comportamentos de saúde, sendo uma importante estratégia de aconselhamento baseada em evidências e exequível na APS (ALEXANDER et al., 2011; FIORE et al., 2008; FLOCKE et al., 2005; GLASGOW; EMONT; MILLER, 2006; VALLIS et al., 2013; WHITLOCK et al., 2002).

Os 5As correspondem ao acrônimo formado por cinco palavras na língua inglesa: *ask*, *advise*, *assess*, *assist* e *arrange* que significam respectivamente: perguntar, aconselhar, avaliar, auxiliar e acompanhar, e funcionam como uma estrutura para apoiar os profissionais da saúde a perguntarem sobre o comportamento (*ask*), avaliar a prontidão para mudar (*assess*), aconselhar uma mudança (*advise*), ajudar na definição de metas (*assist*) e organizar o acompanhamento (*arrange*) (ALEXANDER et al., 2011; CARROLL; ANTOGNOLI; FLOCKE, 2011; SHERSON; YAKES JIMENEZ; KATALANOS, 2014; SMITH et al., 2008; VALLIS et al., 2013).

Conforme estudos, existem diversas variações do modelo dos 5As recomendado para uso na APS que, embora variem quanto a sequência, apresentam similaridades em suas definições (SHERSON; YAKES JIMENEZ; KATALANOS, 2014), a exemplo: *Assess*, *Advise*, *Agree*, *Assist* e *Arrange* (AINSWORTH; YOUMANS, 2002; GLASGOW; EMONT; MILLER, 2006; MERIWETHER et al., 2008; RODRIGUES et al., 2013; VERWEY et al., 2014; WHITLOCK et al., 2002); *Ask*, *Assess*, *Advise*, *Assist* e *Arrange* (ALEXANDER et al.,

2011; CARROLL; ANTOGNOLI; FLOCKE, 2011; DOSH et al., 2005; FLOCKE et al., 2005; SMITH et al., 2008) e *Ask, Assess, Advise, Agree e Assist* (VALLIS et al., 2013).

O aconselhamento baseado nos 5As se mostrou eficaz para cessação do tabagismo (FIORE *et al.*, 2008) e é uma abordagem conveniente para o aconselhamento sobre atividade física na APS (AINSWORTH; YOUMANS, 2002; EAKIN; SMITH; BAUMAN, 2005; MERIWETHER et al., 2008; SMITH et al., 2008; VERWEY et al., 2014; WHITLOCK et al., 2002). Apesar de uma crescente base de evidências internacionais que apoiam o uso do modelo 5As, são poucos os estudos no Brasil que abordam essas estratégias para atividade física, e ainda falta formação específica à realidade do SUS, o que pode desfavorecer a realização do aconselhamento pelos profissionais de saúde.

### 1.3 DEFINIÇÃO DE TERMOS

**Atenção Primária à Saúde:** É a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, devendo ser o contato preferencial dos usuários. 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. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (BRASIL, 2012).

**Aconselhamento:** É um processo genérico de apoio aos usuários, no qual o profissional de saúde considera o contexto biopsicossociocultural do indivíduo e o auxilia a explicitar os conflitos que permeiam seu cotidiano, visando construir estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas de saúde (LOPES et al., 2014). Existem várias definições, mas comumente envolvem: definição de metas colaborativas, resolução de problemas ativos, estágios de mudança, barreiras à mudança e tomada de decisões relacionadas aos estilos de vida (POSKIPARTA; KASILA; KIURU, 2006).

**Centro de Saúde:** São as estruturas responsáveis pelo provimento da ampla maioria dos serviços em APS e são unidades distribuídas pelo território do município de Florianópolis, apresentando-se como porta de entrada preferencial da rede de atenção (FLORIANÓPOLIS, 2016). Correspondem às Unidade Básica de Saúde (UBS) conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

**Distritos Sanitários:** São estruturas descentralizadas da Diretoria de Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis, sendo responsáveis pela organização dos serviços de

APS no território (FLORIANÓPOLIS, 2016). A partir de 2017 organizadas em quatro Centro, Continente, Norte e Sul.

**Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT):** Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado.

**Estratégia de Saúde da Família (ESF):** É a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária adotada pelo Brasil com objetivo de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas. É composta por equipe multiprofissional: agente comunitário de saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro e médico de família e comunidade ou generalista (BRASIL, 2012).

**Equipes de Saúde Bucal (eSB):** Equipe que atua na Estratégia de Saúde da Família implantada com intuito de ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, através de medidas individuais coletivas e mediante o estabelecimento de vínculo territorial. É composta por auxiliar e/ou técnico de saúde bucal e cirurgião-dentista (BRASIL, 2012).

**Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP):** São equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes da Estratégia de Saúde da Família com objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços. A composição de cada eNASF-AP é definida pelos gestores municipais, sendo em Florianópolis composta por: Assistente social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Médico Pediatra, Médico Psiquiatra, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Psicólogo (BRASIL, 2014b, 2021b; FLORIANÓPOLIS, 2010).

**Modelo 5As:** Estratégia sistemática de aconselhamento fundamentado em teorias de mudança de comportamento, baseada em evidências, aplicada para diversos comportamentos de saúde (SMITH et al., 2008). O modelo conhecido mundialmente, corresponde ao acrônimo formado por cinco palavras na língua inglesa: *ask, assess, advise, assist e arrange* que significam respectivamente: perguntar, avaliar, aconselhar, auxiliar e acompanhar, e funciona como uma estrutura para apoiar os profissionais da saúde no aconselhamento para atividade física (CARROLL; ANTOGNOLI; FLOCKE, 2011).

**Sistema Único de Saúde:** Sistema de saúde público do Brasil, instituído em 1988, que visa oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária (BRASIL, 1990). Ao longo dos 30 anos de existência, o SUS caracterizou importantes mudanças na atenção à saúde da

população brasileira, ampliando a oferta de serviços e profissionais vinculados, as possibilidades de acesso e os padrões de utilização (VIACAVA et al., 2018).

## 2 MÉTODO

### 2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo fez parte de um projeto maior intitulado “Aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde” (AconselhaSUS). O AconselhaSUS foi um projeto de pesquisa organizado pelo Grupo de Pesquisa em Ambiente Urbano & Saúde (GeAS) da Universidade Federal de Santa Catarina o qual foi idealizado a partir do diálogo com os profissionais de Educação Física atuantes no eNASF-AP de Florianópolis participantes do projeto de extensão universitária “Formação continuada em Educação Física e Saúde Pública” (UFSC, 2018). Este projeto de extensão consistiu em reuniões mensais com o intuito de aperfeiçoar a atuação dos profissionais de Educação Física, aproximar o campo de serviço com a universidade e elaborar uma proposta de inserção do aconselhamento para atividade física como forma de abordagem no SUS.

Deste modo, o Projeto AconselhaSUS foi estruturado em três etapas principais: 1) revisão sistemática da literatura sobre aconselhamento para atividade física na APS, 2) inquérito transversal com profissionais de saúde da APS de Florianópolis e 3) inquérito transversal com a população de usuários dos CS de Florianópolis. O presente estudo abordou as etapas um e dois. O método adotado para realização da etapa um (revisão sistemática) encontra-se detalhado no capítulo específico dos resultados. Quanto a etapa dois (inquérito com profissionais de saúde) caracterizou-se como um estudo observacional, de caráter transversal (SILVERMAN, 2012) e foram descritas a seguir.

### 2.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. A cidade está localizada no Centro-Leste de Santa Catarina, banhada pelo Oceano Atlântico e ocupa uma área de 674,844 km<sup>2</sup> distribuída em duas porções de terra, uma insular, correspondente à Ilha de Santa Catarina e outra continental com 11,9 km<sup>2</sup> (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Conforme o censo 2010, Florianópolis é composta por 421,240 mil habitantes, os quais 15,954 (3,8 %) são residentes de zonas rurais e 405,286 (96,2%) de zona urbana, tendo uma densidade demográfica de 623,68 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Para o ano de 2021, a população estimada foi de 516.524 habitantes (IBGE, 2021). Também, a cidade possui o terceiro maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Brasil (0,847),

principalmente devido as dimensões longevidade (0,873) e renda (0,870) (IPEA; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020).

Florianópolis possui taxa de urbanização de 96,21%. Apresenta 87,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 32% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 54,4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2010).

A cidade possui 134 estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2010) e organiza sua Atenção Primária à Saúde (APS) a partir do modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com as diretrizes do SUS (FLORIANÓPOLIS, 2016). Teve as primeiras equipes e iniciativas de implantação da ESF entre 1996 e 1997 e atualmente, se destaca no cenário nacional por apresentar elevados níveis de cobertura da APS, onde em 2015 a cobertura correspondeu a 100%, e ao longo dos anos têm-se mantido elevada, encerrando 2020 com 76,7% (BRASIL, 2021c).

A APS no município de Florianópolis possui 49 Centros de Saúde (CS), distribuídos em quatro Distritos Sanitários (Distrito Sanitário Continente, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Norte e Distrito Sanitário Sul). Os CS correspondem às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesses CS atuam as equipes da ESF e de Saúde Bucal (eSB) apoiadas matricialmente por profissionais da Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP). Sendo assim, o local da pesquisa foi a Atenção Primária à Saúde de Florianópolis representada pelos Centros de Saúde distribuídos na cidade.

### 2.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

Os participantes deste estudo foram os profissionais de saúde (servidores e residentes) que atuavam nos CS da APS de Florianópolis vinculados as equipes: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP), Estratégia de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Saúde Bucal (eSB). A composição das equipes atuantes no ano de 2018, apresentada na Tabela 1, também incluiu os profissionais residentes dos Programas de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade do Estado de Santa Catarina nas respectivas áreas de atuação.



**Tabela 1** – Profissionais de saúde das equipes atuantes na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis no ano de 2018.

<b>Equipes</b>	<b>Profissionais de saúde</b>
<b>eNASF-AP</b>	Assistente social Farmacêutico Fisioterapeuta Médico Pediatra Médico Psiquiatra Nutricionista Profissional de Educação Física Psicólogo
<b>eSF</b>	Agente comunitário de saúde (ACS) Enfermeiro Médico Técnico em enfermagem
<b>eSB</b>	Auxiliar/técnico em saúde bucal Cirurgião-dentista
<b>Residentes</b>	Assistente social Cirurgião-dentista Enfermeiro Farmacêutico Fisioterapeuta Médico Nutricionista Profissional de Educação Física Psicólogo

Fonte: elaborado pelo autor.

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) repassado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Florianópolis (SMS/PMF), o total de profissionais de saúde lotados na APS de Florianópolis em 2018 correspondeu a 1362 (Tabela 2). Como o total registrado no CNES não discrimina os servidores em afastamento (por férias, licenças e entrada em aposentadoria) e muitas vezes não registra em tempo real as exclusões de profissionais, foi necessário contabilizar a quantidade de profissionais de saúde nos meses da coleta de dados a partir da atualização fornecida pelos coordenadores dos Distritos Sanitários.

**Tabela 2** – Quantidade de Centros de saúde e de profissionais de saúde por Distritos Sanitários da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis em 2018.

<b>Distritos Sanitários</b>	<b>Quantidade de Centros de Saúde</b>	<b>Quantidade de Profissionais de saúde</b>
Centro	10	317
Continente	11	352
Norte	13	376
Sul	15	317
<b>Total (CNES)</b>	<b>49</b>	<b>1362</b>
<b>Total atualizado pelos coordenadores nos meses da coleta</b>		<b>1056</b>

Fonte: elaborado pelo autor.

## 2.4 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dada a cobertura de 100% da ESF e elevado grau de organização da APS de Florianópolis, optou-se pela realização de um censo, onde todos os profissionais de saúde em serviço no momento da coleta foram convidados a responder o instrumento da pesquisa, sendo assim, seleção não probabilística.

## 2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os profissionais de saúde das equipes eSF, eSB e eNASF-AP atuantes nos CS da APS Florianópolis, juntamente com os residentes em exercício profissional no período da coleta. Não participaram da pesquisa estagiários, profissionais do setor administrativo do CS, residentes vinculados a programas de Residência de outras cidades e que estavam em estágio na APS de Florianópolis e voluntários.

## 2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo fundamentou-se nos princípios éticos de respeito à autonomia das pessoas, conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido e aprovado pela Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Florianópolis (ESP/SMF) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com nº de parecer 2.693.520 (ANEXO A e B).

Todos os participantes foram informados sobre objetivos, procedimentos e utilização dos dados da pesquisa através da leitura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram apenas os que estavam de acordo e assinaram o TCLE (APÊNDICE A).

## 2.7 INSTRUMENTO

O instrumento utilizado foi um questionário autoadministrado composto por 49 perguntas objetivas distribuídas em cinco blocos respectivamente: bloco 1 - aconselhamento para atividade física; bloco 2 - conhecimento sobre as recomendações de atividade física; bloco 3 - nível de atividade física no lazer; bloco 4 - formação e atuação profissional e bloco 5 - informações sociodemográficas (APÊNDICE B).

O questionário foi elaborado por uma equipe de pesquisadores do projeto AconselhaSUS, composta por residentes, mestrandos e mestres da área da Educação Física com experiência na APS de Florianópolis e de outras cidades brasileiras. O instrumento teve como objetivo conhecer as práticas de aconselhamento para atividade física dos profissionais de saúde da APS, bem como as características dos participantes e do serviço. A elaboração do instrumento ocorreu nas seguintes etapas: leitura minuciosa da literatura e levantamento de estudos sobre tema a partir da produção de uma revisão sistemática; seleção e definição das perguntas; avaliação por dois especialistas da área da Educação Física com expertise em APS; teste com pós-graduandos; teste piloto em um CS e aprovação.

Para construção inicial do instrumento, cada pesquisador ficou responsável por um bloco temático para selecionar possíveis perguntas, as quais foram apresentadas e discutidas em quatro reuniões presenciais. Após análise detalhada de todas as perguntas, o questionário foi enviado a dois especialistas que sugeriram alterar a ordem dos blocos e explicar alguns termos, também a equipe de pesquisadores decidiu diminuir a quantidade de questões e melhorar o *layout* para preparar o questionário para teste piloto. O teste piloto foi realizado com doze profissionais de saúde durante uma reunião distrital e o tempo médio de preenchimento do questionário foi 22 minutos. Após o teste, a logística da coleta foi bem avaliada e algumas mudanças de termos e ordem das questões foram realizadas no instrumento da pesquisa.

## 2.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis que foram utilizadas estão discriminadas na tabela 3 e encontram-se descritas detalhadamente no método dos artigos dois e três.

**Tabela 3** – Variáveis utilizadas nos estudos dois e três

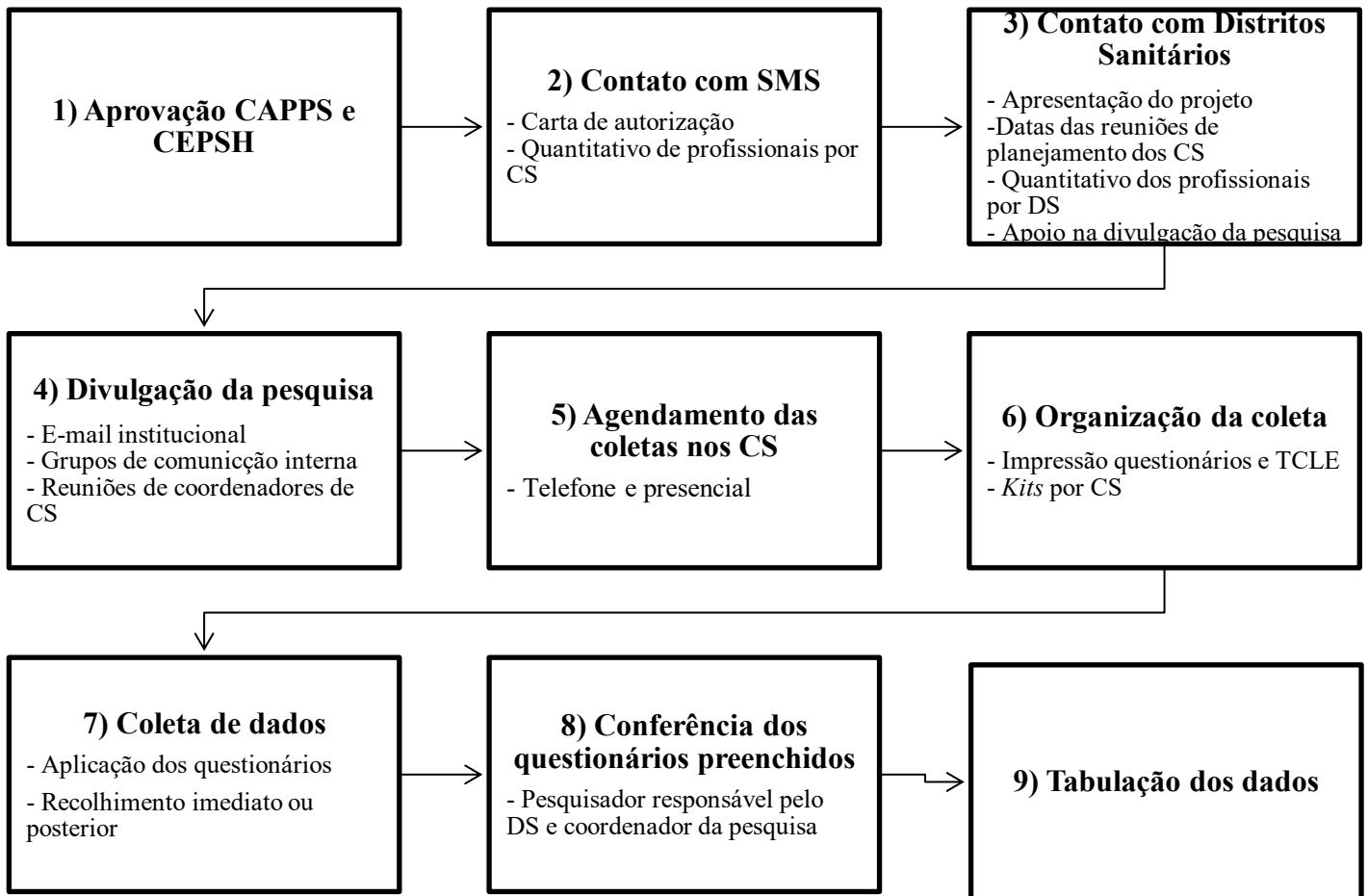
<b>Sociodemográficas</b>	<b>Formação profissional</b>	<b>Atuação profissional</b>	<b>Prática de aconselhamento para AF</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Sexo</li> <li>• Cor da pele</li> <li>• Escolaridade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiências acadêmicas na APS</li> <li>• Pós-graduação</li> <li>• Pós-graduação SP</li> <li>• Participação em capacitação sobre AF e saúde</li> <li>• Matriciamento sobre AF e saúde pelo eNASF-AP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo de trabalho</li> <li>• Categoria profissional</li> <li>• Vínculo profissional</li> <li>• CH de trabalho</li> <li>• Conhecimento das recomendações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhamento para AF</li> <li>• Estratégias 5As</li> <li>• Estratégias utilizadas</li> <li>• Momento de realização do aconselhamento</li> <li>• Tempo de aconselhamento</li> <li>• Grupo etário dos usuários</li> <li>• Condição de saúde dos usuários</li> <li>• Local recomendado</li> </ul>

APS: Atenção Primária à Saúde; SP: Saúde Pública; AF: atividade física; CH: carga horária.

Fonte: elaborado pelo autor.

## 2.9 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por uma equipe composta por quatro pesquisadores do projeto AconselhaSUS. Os pesquisadores, profissionais de Educação Física com experiência na APS, residentes, mestrandos e mestres, delinearam todo processo da logística da pesquisa, bem como elaboraram o instrumento e realizaram a coleta. Cada pesquisador ficou responsável por um Distrito Sanitário em conduzir todas as etapas da coleta de dados detalhada no fluxograma apresentado na Figura 1.



**Figura 1** – Fluxograma dos procedimentos organizativos para realização da coleta de dados da pesquisa AconselhaSUS

Legenda: CAPPs: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde; CEPsH: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; CS: Centros de Saúde; DS: Distritos sanitários; TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fonte: elaborado pelo autor.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi avaliado pela CAPPs e recebeu autorização para realização da coleta de dados no ano de 2018. Após liberação da SMS/PMF, cada pesquisador contactou um Distrito Sanitário para apresentar a pesquisa, solicitar o quantitativo atualizado de profissionais lotados no DS, o calendário de reuniões de planejamento de cada Centro de Saúde, apoio para divulgação e agendamento da coleta entre os coordenadores dos Centros de Saúde. Feito o contato com os DS, a pesquisa foi divulgada de modo remoto, a partir do envio de cartaz com breve explicação por *e-mail* institucional e grupos de comunicação interna dos Centros de Saúde, e de modo presencial, através da explanação nas

reuniões dos coordenadores dos CS e distribuição de cartazes para afixação nos locais de maior permanência dos profissionais. O cartaz de divulgação foi elaborado pela equipe de pesquisadores do AconselhaSUS (APÊNDICE C).

O agendamento da coleta de dados ocorreu conforme a data da reunião de planejamento dos CS. Para isso, foi solicitado aos coordenadores que a coleta pudesse entrar como um ponto de pauta da reunião e utilizado em torno de 30 minutos. Optou-se por realizar a coleta durante as reuniões de planejamento dos CS por se tratar de um momento em que o acesso a todos os profissionais em serviço estaria garantido e não traria interrupções ao serviço de atendimento aos usuários. Na APS em Florianópolis, todos os meses é garantido um turno do dia para realização do planejamento em que são abordados assuntos administrativos e logísticos dos cuidados em saúde com suspensão dos atendimentos aos usuários.

Para organização da coleta foi elaborada uma pasta no *Google drive* para acesso a todos os pesquisadores envolvidos. A pasta possuía os materiais de divulgação (APÊNDICE C), o questionário (APÊNDICE B), o TCLE (APÊNDICE A), o *check list* de orientação à aplicação da pesquisa e uma planilha de acompanhamento das coletas (APÊNDICE D, E). Esses materiais foram produzidos para padronização da logística da coleta de dados de modo a ser um guia aos pesquisadores envolvidos na pesquisa de campo. A planilha de acompanhamento foi estratificada por DS e CS e possuía a data de agendamento das coletas, o quantitativo de profissionais lotados, de questionários aplicados e perdas ou recusas, sendo editável a todos os pesquisadores. Quanto a organização dos instrumentos de coleta de dados, foi realizada a impressão dos questionários e TCLE conforme o quantitativo de profissionais por CS, dispostos em envelopes por CS.

A coleta de dados ocorreu durante as reuniões de planejamento dos CS durante os meses de agosto a novembro do ano de 2018. Os dados foram coletados por meio de questionário autopreenchido pelos participantes da pesquisa no momento da reunião de planejamento (APÊNDICE B). Foi utilizado aproximadamente 30 minutos das reuniões para apresentação da pesquisa, explicação sobre instrumento, preenchimento dos questionários e recolhimento dos materiais. Cada profissional elegível para pesquisa recebeu o questionário e TCLE e preencheu no momento da reunião. Para minimizar as perdas, foi realizada uma segunda visita para o recolhimento de questionários dos profissionais que por algum motivo não conseguiram responder no momento da reunião ou que não estavam presentes no dia da coleta.

Para maior confiabilidade dos dados, todos os questionários foram conferidos por dois pesquisadores em momentos distintos.

## 2.10 ANÁLISE DE DADOS E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados foram tabulados no software *EpiData*® versão 3.1 (The EpiData Association, Odense, Dinamarca) previamente preparado para inserção dos dados, e revisados com a análise exploratória para identificar possíveis erros de digitação, os quais foram manualmente corrigidos.

Inicialmente foi realizada a caracterização dos participantes, para isso adotou-se os valores de frequências absolutas e relativas. A prevalência de aconselhamento foi descrita entre as categorias das variáveis independentes e a associação analisada com o teste de Qui-Quadrado e análise de Regressão Logística Binária, sendo elegíveis para análise ajustada as variáveis independentes com  $p\text{-valor} \leq 0,20$ . Para a análise dos dados adotou-se um nível de significância de 5%.

Para caracterizar a prática de aconselhamento para atividade física e estratégias utilizadas conforme modelo 5As, foi realizada a estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) apresentadas por meio de tabelas. O programa estatístico utilizado em todas as análises foi R versão 3.5.3.

## REFERÊNCIAS

AINSWORTH, B. E.; YOUMANS, C. P. Tools for physical activity counseling in medical practice. **Obesity**, v. 10, n. s11, p. 69S, 2002.

ALEXANDER, S. C. et al. Do the Five A's Work When Physicians Counsel About Weight Loss? **Family Medicine**, v. 43, n. 3, p. 179–184, mar. 2011.

ALMEIDA, P. E. DE et al. Prática de atividade física no tempo livre entre adultos brasileiros durante o período de 2011 a 2019. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e314101119560, 2 set. 2021.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499–1510, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de Setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. *Cadernos de Atenção Básica, n.18*. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. 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 de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, n. 204. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013*. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 37, 2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica nº 39 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica nº 40 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista*. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2015a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica nº 23 – Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. 2. ed. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015*. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF 2017.

BRASIL. *Portaria nº 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário oficial da União**, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030* [recurso eletrônico]. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. *Portaria Nº 37, de 18 de janeiro de 2021*. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário oficial da União**, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SABS). *Informação e Gestão da Atenção Básica*. Apresenta Relatório da Cobertura da Atenção Primária. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 26 out 2021c.

BUENO, L. G. DOS S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, v. 80, p. s126–s130, nov. 2004.

CARROLL, J. K.; ANTOGNOLI, E.; FLOCKE, S. A. Evaluation of physical activity counseling in primary care using direct observation of the 5As. **The Annals of Family Medicine**, v. 9, n. 5, p. 416–422, 2011.

CHAKRAVARTHY, M. V.; JOYNER, M. J.; BOOTH, F. W. An Obligation for Primary Care Physicians to Prescribe Physical Activity to Sedentary Patients to Reduce the Risk of Chronic Health Conditions. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 77, n. 2, p. 165–173, 1 fev. 2002.

DACEY, M. L. et al. Physical activity counseling in medical school education: a systematic review. **Medical education online**, v. 19, n. 1, p. 24325, 2014.

DOSH, S. A. et al. Changing Organizational Constructs Into Functional Tools: An Assessment of the 5 A's in Primary Care Practices. **The Annals of Family Medicine**, v. 3, n. suppl 2, p. S50–S52, 1 jul. 2005.

EAKIN, E. G.; SMITH, B. J.; BAUMAN, A. E. Evaluating the Population Health Impact of Physical Activity Interventions in Primary Care—Are We Asking the Right Questions? **Journal of Physical Activity and Health**, v. 2, n. 2, p. 197–215, 1 abr. 2005.

EAST, P. **Counselling in medical settings**. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1995.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 847–852, 2014.

FIORE, M. C. et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. **Rockville, MD: US Department of Health and Human Services**, 2008.

FLOCKE, S. A. et al. Exercise, Diet, and Weight Loss Advice in the Family Medicine Outpatient Setting. **Family Medicine**, v. 37, n. 6, p. 7, 2005.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretário. *Instrução normativa N° 001/2010*. Aprovam a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF em Florianópolis. **Prefeitura de Florianópolis, SC**, 2010.

FLORIANÓPOLIS. (2014a). *Lei complementar n. 482, de 17 de janeiro de 2014*. Institui o plano diretor de urbanismo do município de Florianópolis que dispõe sobre a política de desenvolvimento urbano, o plano de uso e ocupação, os instrumentos urbanísticos e o sistema de gestão. **Prefeitura de Florianópolis, SC**, 2014.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. *Portaria n° 22, de 09 de novembro de 2016*. Política Municipal de Atenção Primária à Saúde. **Prefeitura de Florianópolis, SC**, 2016.

**Florianópolis (SC) | Cidades e Estados | IBGE**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/florianopolis.html>>. Acesso em: 18 nov. 2021.

FLORINDO, A. A. et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, v. 13, p. 794, 2013.

FLORINDO, A. A. et al. Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1–8, 2015.

FRANK, E. 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.

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

GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2543–2556, 2021.

GLASGOW, R. E.; EMONT, S.; MILLER, D. C. Assessing delivery of the five ‘As’ for patient-centered counseling. **Health Promotion International**, v. 21, n. 3, p. 245–255, 1 set. 2006.

HALLAL, P. C. et al. Physical activity advice: short report from a population-based study in Brazil. **Journal of Physical Activity & Health**, v. 7, n. 3, p. 352–354, 2010.

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.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. Brasília. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades–Florianópolis**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis> Acesso em: 26 out. 2021.

IPEA; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas do desenvolvimento humano nas regiões metropolitanas brasileiras. Perfil Florianópolis – SC**. Disponível em: <<https://atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/420540>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

JACOBSON, D. M. et al. Physical activity counseling in the adult primary care setting: position statement of the American College of Preventive Medicine. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 29, n. 2, p. 158–162, 2005.

KELLEY K. PETTEE GABRIEL; MORROW, J. R.; WOOLSEY, A.-L. T. Framework for physical activity as a complex and multidimensional behavior. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 9, n. s1, p. S11–S18, 2012.

LOPES, A. 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, p. 475–486, 2014.

MALTA, D. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 3, p. 286–299, 2014.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. DA. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151–164, 2013.

MANTA, S. W. et al. Public open spaces and physical activity: disparities of resources in Florianópolis. **Revista de saude publica**, v. 53, p. 112, 2019.

MELVIN, C. L. et al. A systematic review of lifestyle counseling for diverse patients in primary care. **Preventive Medicine**, v. 100, p. 67–75, 2017.

MENDES, R. et al. Physical Activity Promotion Tools in the Portuguese Primary Health Care: An Implementation Research. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 3, p. 815, jan. 2020.

MERIWETHER, R. A. et al. Physical Activity Counseling. **American Family Physician**, v. 77, n. 8, p. 1129–1136, 15 abr. 2008.

MORISHITA, Y. et al. Exercise counseling of primary care physicians in metabolic syndrome and cardiovascular diseases is associated with their specialty and exercise habits. **International Journal of General Medicine**, v. 7, p. 277–283, 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, NICE. **Physical activity: brief advice for adults in primary care: Public health guideline**. [s.l.] National Institute for Health and Care Excellence, 2013. Disponível em: <[www.nice.org.uk/guidance/ph44](http://www.nice.org.uk/guidance/ph44)>.

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

PAULINO, Keytli Cardoso et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 5362-5372, 2021.

PETRELLA, R. J.; LATTANZIO, C. N. Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. **Canadian family physician**, v. 48, n. 1, p. 72–80, 2002.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Aconselhamento Breve Para A. Promoção. Atividade Física. Ferramentas de apoio.**, 2018.

POSKIPARTA, M.; KASILA, K.; KIURU, P. Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 24, n. 4, p. 206–210, 2006.

POWELL, K. E.; PALUCH, A. E.; BLAIR, S. N. Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what? **Annual review of public health**, v. 32, p. 349–365, 2011.

PRATT, M. et al. Attacking the pandemic of physical inactivity: what is holding us back? **British Journal of Sports Medicine**, v. 54, n. 13, p. 760–762, 2020.

PROCHASKA, J. O.; MARCUS, B. H. The transtheoretical model: Applications to exercise. 1994.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Movimento é vida: atividades físicas e esportivas para todas as pessoas? Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil**. Brasília: PNUD, 2017.

RODRIGUES, J. D. et al. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 05–15, 2013.

SANTOS, T. 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. 165–165, 2015.

SALES, Wesley Barbosa et al. A importância da equipe NASF/AB-enfretamentos e multidisciplinariedade: uma revisão narrativa/crítica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 48, p. e3256-e3256, 2020.

SHERSON, E. A.; YAKES JIMENEZ, E.; KATALANOS, N. A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. **Family Practice**, v. 31, n. 4, p. 389–398, 1 ago. 2014.

SHINN, C.; SALGADO, R.; RODRIGUES, D. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física: o caso de Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1339–1348, 2020.

SHORT, C. E. et al. Physical activity recommendations from general practitioners in Australia. Results from a national survey. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 40, n. 1, p. 83–90, 2016.

SILVERMAN, J. R. T. | J. K. N. | S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. [s.l.] Artmed Editora, 2012.

SMITH, B. J. et al. Encouraging physical activity: five steps for GPs. **Australian Family Physician**, v. 37, n. 1–2, 2008.

SOUZA, J.; FLORINDO, A.; COSTA, F. Associated factors with physical activity counseling among Brazilian Family Health Strategy workers. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021.

SOUZA, Juliana Hegeto de et al. Prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física na atenção básica à saúde: uma revisão sistemática. Trabalho de conclusão de residência. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. C. Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença—Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, v. 18, n. 1, p. 3–14, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Pró Reitoria de Extensão. Catálogo de Extensão 2018 / Universidade Federal de Santa Catarina, Pró Reitoria de Extensão. Florianópolis: PROEX/UFSC, 2018.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE et al. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without

Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA**, v. 318, n. 2, p. 167–174, 2017.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA**, v. 318, n. 2, p. 167–174, 11 jul. 2017.

VALLIS, M. et al. Modified 5 As: Minimal intervention for obesity counseling in primary care. **Canadian Family Physician**, v. 59, n. 1, p. 27–31, 1 jan. 2013.

VERWEY, R. et al. Upgrading physical activity counselling in primary care in the Netherlands. **Health promotion international**, v. 31, n. 2, p. 344–354, 2014.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1751–1762, 2018.

WHITLOCK, E. P. et al. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach 1 1The 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, 1 maio 2002.

### **3 RESULTADOS**

Nesta sessão, os resultados estão apresentados em modelo alternativo conforme indicado na Norma nº02/2008 do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina. Sendo assim, os resultados desta dissertação foram compostos por três artigos científicos apresentados a seguir.

O primeiro artigo intitulado “Prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática”, encontra-se publicado na Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. O segundo artigo intitulado “Aconselhamento para atividade física realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde”, trata-se de um estudo observacional e foi submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva. E o artigo três intitulado “Características e estratégias da prática de aconselhamento para atividade física por profissionais da Atenção Primária à Saúde”, também um estudo observacional que se encontra em processo de refinamento para ser submetido.

Os artigos científicos estão formatados de acordo com as normas da editora/revista conforme o artigo 11 da Norma 02/2008 do PPGEF/UFSC, que orienta que os textos dos artigos científicos deverão manter o formato estabelecido pelas normas da revista a que foram submetidos/aprovados.

### 3.1 ESTUDO 1

**Título:** Prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática <sup>1</sup>

**Título principal abreviado:** Prevalência de aconselhamento para atividade física

**Acesso pelo DOI:** <https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0073>

#### **Resumo**

O aconselhamento tem se mostrado promissor para mudança de comportamento. Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática sobre a prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física oferecido pelos profissionais de saúde e recebido pelos usuários no contexto da Atenção Básica à Saúde. Foram revisadas as bases de periódicos PsycINFO, EBSCOhost, PubMed, ScienceDirect, Web of Science, LILACS e SciELO. O risco de viés foi avaliado em todos os artigos. Foram incluídos na revisão 44 artigos, destes, 21 investigaram aconselhamento fornecido por profissionais de saúde e 23 analisaram aconselhamento recebido por usuários. A prevalência de aconselhamento variou de 11,8% a 95,0% entre os profissionais ( $60,2 \pm 22,7\%$ ) e 4,5% a 61,6% entre usuários ( $36,6 \pm 14,2\%$ ). Médicos são os profissionais mais investigados. Usuários com fatores de risco para as doenças crônicas são os que mais relatam receber aconselhamento. O aconselhamento ainda é incipiente na Atenção Básica à Saúde, especialmente pela baixa percepção de aconselhamento recebido pelos usuários. Existe a necessidade de padronizar métodos para avaliar o aconselhamento para prática de atividade física, especialmente no tempo, no tipo e na forma de aconselhar.

**Palavras-chave:** Aconselhamento, Atividade motora, Atenção primária à saúde, Promoção da saúde.

---

<sup>1</sup> Artigo publicado na Revista Brasileira de Atividade e Saúde (RBAFS) em 2019 e premiado no XII Congresso Brasileiro de Atividade Física & Saúde como melhor artigo de revisão da RBAFS no biênio 2017-2018.



## Introdução

Apesar das evidências dos benefícios da prática regular de atividade física (AF), a prevalência de inatividade física representa uma pandemia mundial<sup>1-5</sup>. Neste sentido, ações em diversos níveis têm sido implementadas para promoção de AF<sup>6</sup>. Uma estratégia que tem sido considerada promissora para mudança de comportamento é o aconselhamento<sup>7-10</sup>. Essa prática tem sido definida como uma forma de atuação do profissional que envolve a escuta, compreensão das pessoas e suporte para que elas planejem e tomem decisões mais favoráveis aos comportamentos saudáveis, incluindo a prática de AF<sup>11</sup>.

O aconselhamento para AF é uma importante estratégia para promover estilos de vida ativo em nível populacional<sup>18,10,12</sup>, principalmente quando realizado no contexto da Atenção Básica à Saúde (AB), visto a elevada abrangência e capilaridade deste serviço<sup>13-16</sup>. Embora órgãos internacionais e nacionais recomendem a utilização do aconselhamento para AF na AB<sup>13,17-19</sup>, não foi encontrado na literatura estudos que sumarizaram a prevalência de aconselhamento para AF neste contexto.

Revisões sistemáticas relacionadas ao tema abordaram os efeitos de intervenções<sup>8,20,21</sup>, as percepções dos profissionais a respeito de barreiras e facilitadores para aconselhar<sup>22</sup> e a presença de aconselhamento em componentes curriculares na formação médica<sup>23</sup>. Assim, é importante identificar qual a frequência em que o aconselhamento para AF é realizado na AB, bem como os usuários e profissionais envolvidos, a fim de identificar o quanto essa prática está inserida no cotidiano dos serviços de saúde. Desse modo, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a prevalência de aconselhamento para a prática de AF oferecido pelos profissionais de saúde e recebido pelos usuários na AB.

## Métodos

Esta revisão sistemática seguiu as diretrizes do guia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA)<sup>24</sup> e teve seu protocolo registrado e aprovado no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) sob o código CRD42017062179, o qual pode ser acessado pelo link <https://www.crd.york.ac.uk/prospero>.

Foram incluídos estudos observacionais com delineamento transversal, com amostra de adultos e idosos (faixa etária  $\geq 18$  anos), realizados no contexto da AB e que apresentavam como um dos componentes do aconselhamento a atividade física. Os artigos selecionados

deveriam estar publicados na língua espanhola, inglesa ou portuguesa, disponíveis na íntegra e sem restrição de data.

Os seguintes critérios de exclusão foram aplicados: 1) estudos do tipo experimental; 2) livros e capítulos de livros, teses, dissertações, artigos de revisão, pontos de vista, ensaios e editoriais; 3) estudos não realizados no contexto da AB; 4) estudos que não utilizaram um dos componentes do aconselhamento para a atividade física; 5) estudos realizados com estudantes ou integrantes de programas de residência em saúde.

A busca sistemática foi realizada nas seguintes bases de periódicos: American Psychological Association (APA PsycINFO); EBSCOhost; PubMed; ScienceDirect; Web of Science; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Além disso, uma pesquisa adicional foi realizada nas referências dos artigos selecionados.

A estratégia de busca eletrônica foi adaptada de acordo com as bases e utilizou descritores relacionados à atividade física, ao aconselhamento e à saúde; combinados por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”. Na combinação dos descritores foi aplicada a sintaxe: ("exercise" OR "physical activity" OR "motor activity") AND "counseling" AND ("primary health care" OR "public health").

A seleção dos estudos foi realizada em três etapas. A primeira etapa abrangeu a leitura dos títulos, a segunda dos resumos e a terceira, dos textos completos, realizadas de modo independente por dois revisores (JHS, SQM). Em caso de divergência entre os dois revisores, um terceiro revisor foi consultado (CRR). Para gerenciamento das referências e remoção dos duplicados foi utilizado software EndNote® X8, Thomson Reuters.

Um revisor (JHS) coletou as informações dos estudos selecionados e um segundo (SQM) revisou as informações coletadas. As controvérsias neste processo foram discutidas e decididas com a opinião do terceiro revisor (CRR). A extração de dados foi realizada em planilha eletrônica e organizadas os seguintes indicadores: 1) características do estudo (autor, ano de publicação, país do estudo); 2) características da população (sexo, grupo etário, tamanho da amostra); 3) características da exposição (profissionais responsáveis pelo aconselhamento e perfil dos usuários aconselhados); 4) prevalência de aconselhamento entre usuários e profissionais de saúde.

A análise do risco de viés dos artigos foi verificada pelos critérios publicados pelo *The Joanna Briggs Institute*<sup>25</sup>. Dois revisores (SQM, PABA) classificaram os nove itens do instrumento de acordo com a escala proposta (sim, não, não claro ou não aplicável) das questões: o quadro da amostra foi apropriado para abordar a população alvo? Os participantes

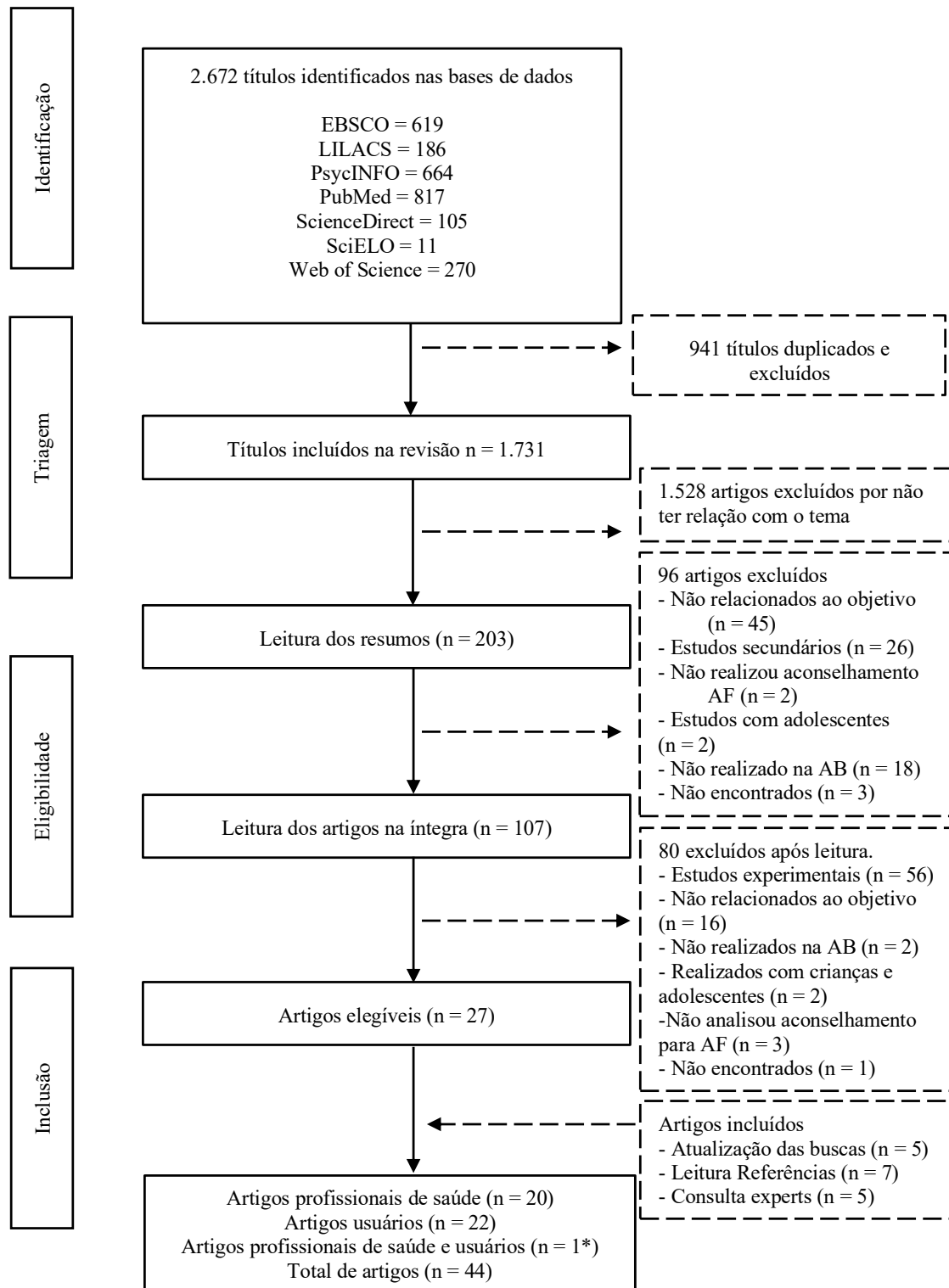
do estudo foram amostrados de maneira apropriada? O tamanho da amostra foi apropriado? Os sujeitos do estudo são descritos em detalhe? A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada? Foram utilizados métodos válidos para identificação das variáveis? As variáveis foram medidas de maneira padronizada e confiável para todos os participantes? Houve análise estatística apropriada? A taxa de resposta foi adequada e, se não foi, a taxa de resposta foi gerenciada adequadamente? Quando necessário, um terceiro revisor (CRR) foi contatado para resolver quaisquer divergências. Para efeitos desta revisão sistemática, os artigos com mais de 70% de respostas “sim”, foram classificados como baixo risco de viés; 50% a 70% de respostas “sim”, como moderado risco de viés; e menos de 50% de respostas “sim”, como alto risco de viés<sup>26</sup>.

A prevalência de aconselhamento para AF foi expressa por meio de porcentagem e apresentada em duas categorias: 1) aconselhamento oferecido pelos profissionais de saúde e 2) aconselhamento para AF recebido por usuários da AB.

## **Resultados**

O processo de busca e aplicação dos critérios de inclusão/exclusão são apresentados na Figura 1. Ao final, foram incluídos 44 artigos publicados entre os anos de 1992 e 2018, destes, 21 (47,8%) investigaram a prevalência de aconselhamento oferecido pelos profissionais da AB e 23 artigos (52,2%) avaliaram a prevalência de aconselhamento recebido pelos usuários, sendo que um destes artigos foi classificado em ambas as categorias. A maior parte dos estudos foi desenvolvido nos Estados Unidos (n = 14; 31,8%), seguido do Brasil (n = 11; 25,0%). Em relação à análise do risco de viés, a maioria dos artigos foi classificado como baixo risco de viés (n = 26; 59,0%), seguido de moderado risco de viés (n = 14; 31,8%) e quatro foram (9,0%) classificados como alto risco de viés (Tabela 1 e 2).

**Figura 1** - Etapas de seleção dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre a prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde



\* Artigo foi contabilizado nas duas categorias.

Fonte: elaborado pelos autores.

Dos artigos incluídos, 21 avaliaram a prevalência de aconselhamento para AF oferecido por profissionais da AB (Tabela 1). A maior parte dos artigos reportou a realização de aconselhamento por médico<sup>27,30,35-38,41,44-46</sup> e por equipe multidisciplinar incluindo o médico<sup>31-34,39,40,42</sup>; seguido por agente comunitário de saúde (também denominado em alguns países como visitante de saúde)<sup>15,43</sup> e por enfermeiro<sup>28,29</sup>. A prevalência de aconselhamento para AF referida pelos profissionais de saúde variou de 11,8% a 95,0%, com média de  $60,2 \pm 22,7\%$  (Figura 2). Considerando apenas artigos com baixo risco de viés a média de aconselhamento foi de  $63,7 \pm 26,9\%$ . Poucos artigos ( $n = 6$ ; 28,5%) explicitaram a questão central utilizada para aferir a realização do aconselhamento para AF, e destes, dois apresentaram a mesma pergunta<sup>15,32</sup>.

Quinze artigos trataram exclusivamente do aconselhamento para a prática de AF e em cinco artigos esse aconselhamento foi tratado em conjunto a outras temáticas, como estilo de vida e alimentação saudável (Tabela 1). As práticas de aconselhamento mais abordadas nos artigos referem-se a característica dos profissionais que mais aconselham e barreiras percebidas ( $n = 10$ ; 47,6%), seguidas, das características dos usuários mais aconselhados ( $n = 8$ ; 38,0%) - Tabela 1. O aconselhamento foi reportado por profissionais que de alguma maneira consideravam AF e estilo de vida como importante fator de saúde<sup>27,30</sup> e que eram familiarizados com AF, como os ativos fisicamente<sup>42,43</sup>, que conheciam as recomendações<sup>46</sup> ou tinham cooperação com instituições esportivas<sup>27</sup>. A principal barreira para aconselhar foi a falta de tempo nos atendimentos<sup>28,29,31-33,36,40,42,44,46</sup>, e os usuários mais aconselhados pelos profissionais eram os que tinham fatores de risco à saúde ou doenças crônicas não transmissíveis<sup>31,33-35,37,38,40,45</sup> (Tabela 1).

**Tabela 1** – Síntese dos estudos realizados com profissionais de saúde a respeito do oferecimento de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde

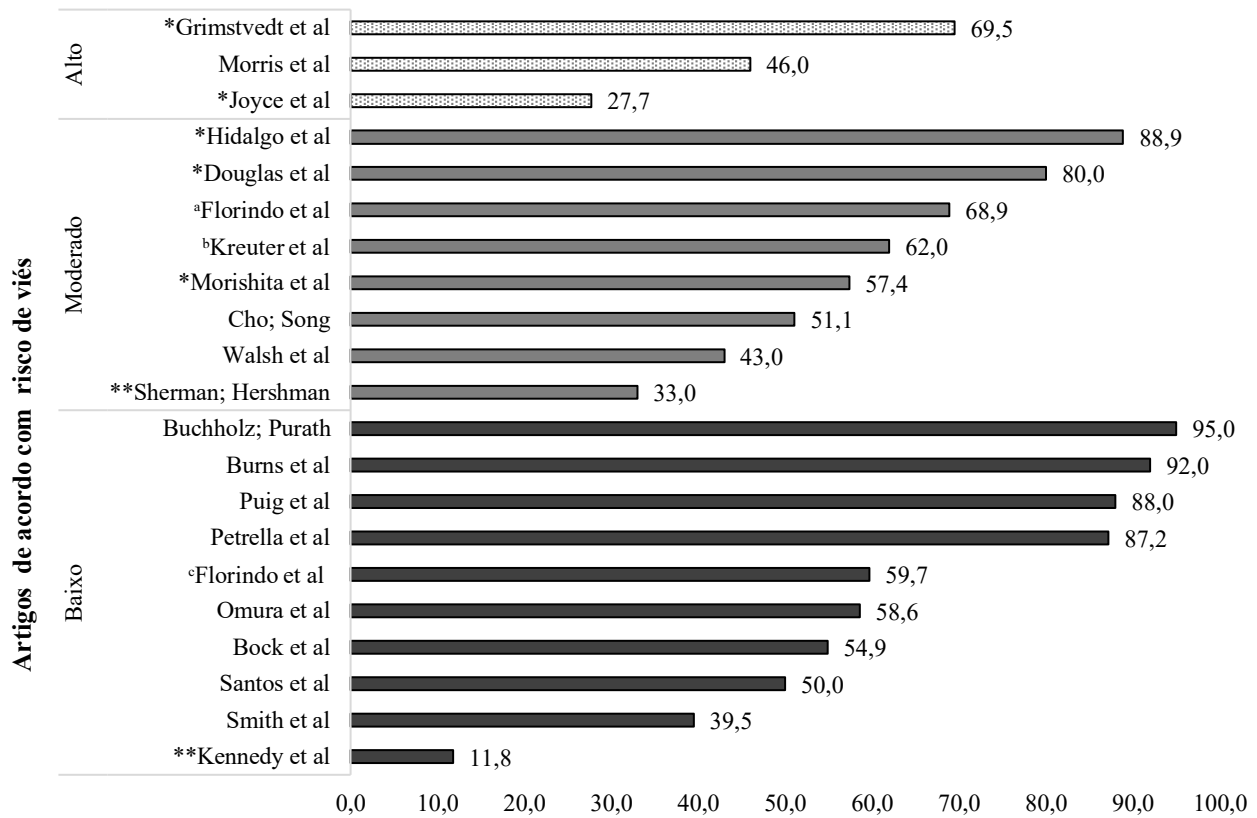
Autor	País	n	Profissional entrevistado	Tema	Práticas de aconselhamento para AF referidas pelos profissionais	Risco de viés
Bock al. <sup>27</sup>	et GER	260	Médico	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profissional que + aconselha: médicos das grandes cidades, que percebem sucesso em modificar AF e com cooperação com clubes esportivos e de reabilitação cardíaca</li> </ul>	Baixo
Buchholz al. <sup>28</sup>	et EUA	96	Enfermeiro	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>O que: 30 min de AF todos dias da semana, caminhada e natação</li> <li>Como: discute AF e oferece materiais escritos</li> <li>Barreiras: falta de tempo e receptividade do usuário, preocupações + importantes a serem discutidas</li> <li>O que: caminhada, natação, ciclismo, atividades domésticas</li> </ul>	Baixo
Burns al. <sup>29</sup>	et EUA	396	Enfermeiro	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como: pergunta sobre AF, avalia altura e o peso</li> <li>Barreiras: falta de tempo, outras preocupações + importantes</li> </ul>	Baixo
Cho et al. <sup>30</sup>	KOR	335	Médico	ES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profissional que + aconselha: médicos que consideram ES um importante fator de saúde</li> <li>O que: caminhada</li> </ul>	Moderado
Douglas al. <sup>31</sup>	et ESC	757	Médico, enfermeiro e ACS	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profissional que + aconselha: enfermeiros e ACS</li> <li>Usuário + aconselhado: excesso de peso</li> <li>Barreiras: falta de tempo, de materiais educativos e de treinamento específico</li> </ul>	Moderado
Florindo al. <sup>32</sup>	et BRA	529	Médico e enfermeiro	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como: avalia AF utilizando questões gerais</li> <li>Profissional que + aconselha: médicos</li> <li>Barreiras: falta de tempo e de instalações para pacientes se envolverem em AF</li> </ul>	Baixo
Florindo al. <sup>15</sup>	et BRA	269	ACS	AF e AS	NR	Moderado
Grimstvedt et al. <sup>33</sup>	EUA	318	Enfermeiro e <sup>b</sup> Assistente médico	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>O que: AF 3x na semana, recomendação de intensidade: "teste de conversa" e caminhada moderada</li> <li>Como: discute e pergunta sobre AF, avalia IMC e aparência física geral</li> <li>Usuário +aconselhado: sedentários</li> <li>Barreiras: falta de tempo, preocupações + importantes a serem discutidas</li> </ul>	Alto
Hidalgo al. <sup>34</sup>	et BRA	798	Médico, enfermeiro e ACS	AF e ES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuário + aconselhado: ↑IMC, Dislipidemia, HAS, DM tipo 2</li> </ul>	Moderado
Joyce al. <sup>35</sup>	et IRL	102	Médico	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuário + aconselhado: obesidade e DM</li> </ul>	Alto
Kennedy al. <sup>36</sup>	et CAN	330	Médico	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barreiras: falta de tempo e educação continuada, ensino insuficiente na graduação</li> </ul>	Baixo
<sup>a</sup> Kreuter et al. <sup>37</sup>	et EUA	27	Médico	AF e AS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuário + aconselhado: ↑ fatores de risco</li> </ul>	Moderado
Morishita et al. <sup>38</sup>	JAP	839	Médico	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profissional que + aconselha: médicos entre 30-40 anos</li> <li>Usuário + aconselhado: síndrome metabólica (DM e hiperlipidemia)</li> </ul>	Moderado
Morris al. <sup>39</sup>	et CAN	508	Clínico geral, obstetra, parteira e enfermeiro	CP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profissional que + aconselha: parteiras</li> <li>Quando: estágios iniciais da gestação</li> </ul>	Alto
Omura al. <sup>40</sup>	et EUA	1251	Médico e enfermeiro	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como: incentiva o aumento da AF, avalia nível de AF</li> <li>Usuário + aconselhado: pacientes com +</li> </ul>	Baixo

Petrella et al. <sup>41</sup>	et	CAN	13.166	Médico	AF	riscos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪Barreiras: falta de tempo, descrença na adesão dos usuários</li> <li>▪Como: aconselhamento verbal e pergunta sobre nível de AF</li> <li>▪Profissional que + aconselha: mulheres, ≥35 anos, ≤ 6 anos de prática, de clínicas privadas e urbanas</li> </ul>	Baixo
Puig et al. <sup>42</sup>		ESP	245	Médico Enfermeiro	e AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Profissional que + aconselha: enfermeiros e profissionais + ativos fisicamente</li> <li>▪Barreiras: falta de tempo e treinamento, condições desfavoráveis de trabalho</li> </ul>	Baixo
Santos al. <sup>43</sup>	et	BRA	30	ACS	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Profissional que + aconselha: ACS com &gt; média de passos diários de caminhada</li> </ul>	Baixo
Sherman al. <sup>44</sup>	et	EUA	422	Médico	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Barreiras: falta de tempo</li> </ul>	Moderado
Smith al. <sup>45</sup>	et	EUA	1211	Médico	AF AS	e <ul style="list-style-type: none"> <li>▪Usuário + aconselhado: com morbidades</li> <li>▪O que: tipo, duração e frequência da AF Tempo: 2-5 minutos</li> </ul>	Baixo
Walsh al. <sup>46</sup>	et	EUA	175	Médico	AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Profissional que + aconselha: médicos de família, ≥35 anos, + familiarizados com recomendações do ACSM</li> <li>▪Barreiras: falta de tempo e de técnicas de aconselhamento, descrença no efeito</li> </ul>	Moderado

<sup>a</sup>Estudo realizado com usuários e profissionais, classificado em ambas as categorias; <sup>b</sup>Profissão semelhante ao enfermeiro, apenas com diferenças sutis. GER = Alemanha; EUA = Estados Unidos da América; KOR = Coreia; ESC = Escócia; BRA = Brasil; IRL = Irlanda; CAN = Canadá; JAP = Japão; ESP = Espanha; n = amostra; ACS = agente comunitário de saúde/visitante de saúde; AF = atividade física; ES = estilo de vida; AS = alimentação saudável; CP = controle do peso; NR = não reportado; IMC = índice de massa corporal; HAS = hipertensão arterial sistêmica; DM = diabetes *mellitus*; ACMS = *American College of Sports Medicine*.

Fonte: elaborado pelos autores.

**Figura 2 - Prevalência de aconselhamento para atividade física referido por profissionais de saúde da Atenção Básica à Saúde**



**Prevalência de aconselhamento para atividade física referido pelos profissionais (%)**

\* Valor obtido pelo cálculo da média: entre profissionais (Douglas et al.<sup>31</sup>, Grimstvedt et al.<sup>33</sup>), entre morbidades (Joyce et al.<sup>35</sup>; Morishita et al.<sup>38</sup> e Smith et al.<sup>45</sup>), e entre profissionais e morbidades (Hidalgo et al.<sup>34</sup>).

\*\*Aconselham cerca de 76% - 100% dos pacientes.

<sup>a</sup>2013; <sup>b</sup>estudo realizado com usuários e profissionais, classificado em ambas as categorias; <sup>c</sup>2015.

Fonte: elaborado pelos autores.

Vinte e três artigos investigaram a prevalência de aconselhamento para AF recebido por usuários da AB (Tabela 2). Destes, quinze<sup>12,47-50,52,54,55,58,59,61,64-67</sup> trataram exclusivamente do aconselhamento para AF e cinco<sup>37,51,56,60,63</sup> incluíram aconselhamento para AF e alimentação saudável (Tabela 2). A maior parte dos artigos (n = 13; 56,5%) utilizou uma pergunta central para mensurar o aconselhamento, questionava se nos últimos 12 meses o usuário havia recebido algum tipo de aconselhamento para AF (Tabela 2). Com base nesta pergunta central foi identificado que a maioria dos artigos reportou o médico como profissional responsável pelo aconselhamento (n = 13; 56,5%)<sup>37,47,53,55-57,59,61,63-67</sup>. A prevalência de aconselhamento para AF recebida pelos usuários variou de 4,5% e 61,6%, com média de 36,6 ± 14,2% (Figura 3). Considerando apenas artigos com baixo risco de viés a média de aconselhamento foi de 35 ± 15,2%.



**Tabela 2** - Síntese dos estudos realizados com usuários a respeito do recebimento de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde

Autor	País	n	Idade (anos)	Tema	Questão central da pesquisa		Usuários que recebem aconselhamento para AF	Risco de viés
					Tempo de recordação do aconselhamento	Profissional especificado		
Balde et al. <sup>47</sup>	EUA	146	≥ 65	AF	≤ 12 meses	Médico	Homens, casados, excesso de peso	Alto
Barbosa et al. <sup>48</sup>	BR	1607	≥ 20	AF	Alguma vez	Algum profissional	Mulheres, 20-59 anos, escolaridade formal, HAS, OB	Baixo
Croteau et al. <sup>49</sup>	NZL	8291	≥ 18	AF	≤ 12 meses	Médico e Enfermeiro	Etnia maori, pacífica ou asiática, 45 - 59 anos, excesso de peso ou OB, DCNT	Baixo
Duro et al. <sup>50</sup>	BR	12.402	20-59	AF	≤ 12 meses	Algum profissional	Mulheres, idades +avançadas, brancos, casados, ↑ renda, ativos fisicamente, ex-fumantes, ↑ IMC, DCNT	Baixo
Flores et al. <sup>51</sup>	BR	1281	≥ 60	AF e AS	≤ 12 meses	<sup>b</sup> Algum profissional	NR	Baixo
Forjuoh et al. <sup>52</sup>	EUA	388	≥ 50	AF	≤ 12 meses	Algum profissional	Autorrelato de saúde ruim, OB, dificuldade de andar 1/4 de milha, não realiza 150 min de caminhada	Moderado
Glasgow et al. <sup>53</sup>	EUA	1818	≥ 18	AF e ES	≤ 12 meses	Médico	Mulheres, + velhos, não brancos, ↑ n° DCNT, > n° consultas	Baixo
Hafele et al. <sup>54</sup>	BR	525	≥ 18	AF	≤ 12 meses	NR	Idades + avançadas, HAS, MCU, > n° consultas	Baixo
Hallal et al. <sup>12</sup>	BR	972	20-69	AF	Alguma vez	<sup>b</sup> Algum profissional	Mulheres, 50 - 59 anos, ↑ renda, autorrelato de saúde ruim	Baixo
Hinrichs et al. <sup>55</sup>	GER	1627	≥ 65	AF	≤ 12 meses	Médico	Homens, < 80 anos, MCU (>5), sofrem de dor	Moderado
Klumbiene et al. <sup>56</sup>	LIT	2049	20-64	AF e AS	≤ 12 meses	Médico	50 - 64 anos, ↑ IMC, autorrelato de saúde ruim, > n° consultas	Baixo
<sup>a</sup> Kreuter et al. <sup>37</sup>	EUA	680	≥ 18	AF e AS	≤ 6 meses	Médico	Idades + avançadas, DCNT (DM, HAS, dislipidemia), ↑ IMC	Moderado
Ludt et al. <sup>57</sup>	EUR	3723	≥ 60	ES	≤ 15 meses	Médico	Mulheres e com maiores fatores de risco	Baixo
Martínez-Gómez et al. <sup>58</sup>	ESP	11951	≥ 18	AF/CAM	NR	Médico e Enfermeiro	Mulheres, idade avançada, ↓ nível educacional, autorrelato de saúde ruim, ↓ AF global, ↑IMC	Baixo
Pechter et al. <sup>59</sup>	EST	239	18-75	AF	NR	Médico	50 - 75 anos, DCNT, ↑ IMC	Moderado
Santos et al. <sup>60</sup>	BR	499	≥ 18	AF e AS	NR	<sup>b</sup> Algum profissional	> n° de morbidades (DCNT)	Moderado

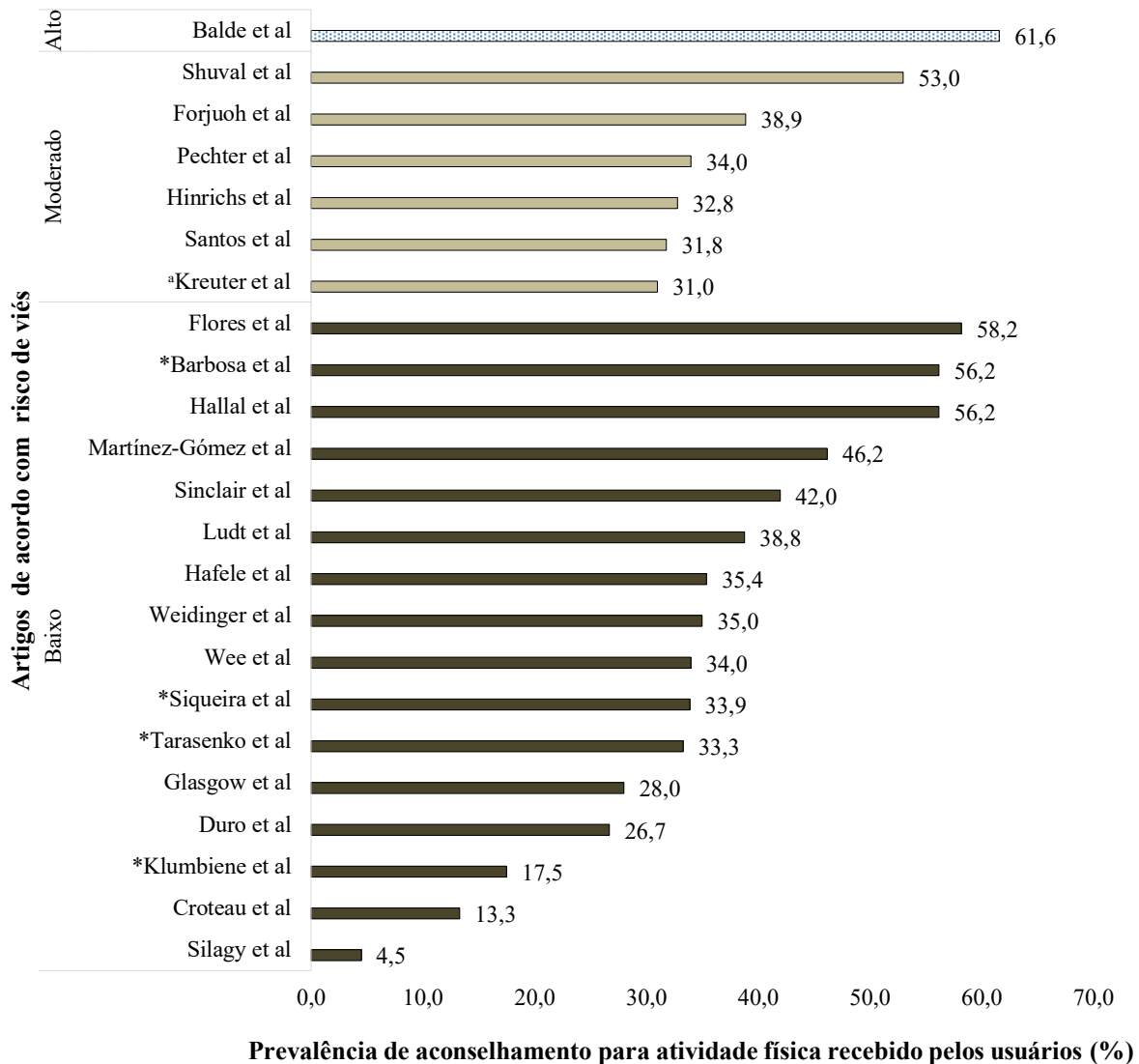
Shuval et al. <sup>61</sup>	et	EUA	157	40-79	AF CS	<sup>e</sup> ≤ 12 meses	Médico	40 - 59 anos, não fumantes, dislipidêmicos e OB	Moderado
Silagy et al. <sup>62</sup>	et	ENG	4941	35-64	ES	≤ 12 meses	Médico Enfermeiro	<sup>e</sup> Homens	Baixo
Sinclair et al. <sup>63</sup>	et	CAN	1562	≥ 18	AF AS	<sup>e</sup> NR	Médico	Homens, 35 - 54 anos, ↑ n° DCNT	Baixo
Siqueira et al. <sup>64</sup>	et	BR	8063	≥ 30	AF	Alguma vez	Médico	Mulheres, avançar da idade, DCNT (DM e e HAS), sedentários	Baixo
Tarasenko et al. <sup>65</sup>		EUA	42.275	≥ 18	AF	≤ 12 meses	Médico	Suficientemente ativos (com e sem câncer)	Baixo
Wee et al. <sup>66</sup>		EUA	9711	≥ 18	AF	≤ 12 meses <sup>b</sup>	Médico	≥ 30 anos, ↑níveis de AF, ↑ IMC, DCNT (DM e e doença cardíaca)	Baixo
Weidinger et al. <sup>67</sup>		EUA	1141	≥ 18	AF	≤ 12 meses	Médico	Mulheres, brancos	Baixo

<sup>a</sup>Estudo realizado com usuários e profissionais, classificado em ambas as categorias; <sup>b</sup>Informação não especificada na pergunta central da pesquisa, mas em outra parte do artigo.

EUA = Estados Unidos da América; BR = Brasil; NZL = Nova Zelândia; GER = Alemanha; LIT = Lituânia; EUR = Europa; ESP = Espanha; EST = Estônia; ENG = Inglaterra; CA = Canadá; n = amostra; AF = atividade física; AS = alimentação saudável; ES = estilo de vida; CAM = caminhada; CS = comportamento sedentário; NR = não reportado; HAS = hipertensão arterial sistêmica; OB = obesidade; DCNT = doenças crônicas não transmissíveis; IMC = índice de massa corporal; MCU = medicamentos de uso contínuo; DM = diabetes *mellitus*; ↑ = alto ou elevado; ≥ = maior ou igual; ≤ = menor ou igual.

Fonte: elaborado pelos autores.

**Figura 3 - Prevalência de aconselhamento para atividade física recebido por usuários na Atenção Básica à Saúde**



\*Valor obtido pelo cálculo da média: entre morbididades (diabéticos e hipertensos) (Barbosa et al.<sup>48</sup>); entre idade (Siqueira et al.<sup>64</sup>); entre nível de AF (inativos, insuficiente ativo e suficiente ativos) (Tarasenko et al.<sup>65</sup>); entre sexos (Klumbiene et al.<sup>56</sup>). <sup>a</sup>Estudo realizado com usuários e profissionais, classificado em ambas as categorias.

Fonte: elaborado pelos autores.

De modo geral, usuários com maior prevalência de aconselhamento foram aqueles com meia idade e idosos (de 40 a 75 anos)<sup>12,37,48-50,53-56,58,59,61,63,64,66</sup>, mulheres<sup>12,48,50,53,57,58,64,67</sup>, pessoas com alguma doença crônica não transmissível e com excesso de peso corporal ou obesidade<sup>12,37,47-50,52-54,56-61,63,64,66</sup>.

## Discussão

Os resultados da revisão sistemática indicaram que a prevalência de aconselhamento para AF referida pelos profissionais de saúde foi elevada, com média acima de 50%, enquanto que a referida pelos usuários foi baixa, com média abaixo de 40%. Os profissionais referem oferecer duas vezes mais aconselhamento do que o indicado ser recebido pelos usuários da AB. De modo geral, os médicos são os profissionais de saúde mais investigados; e os usuários que mais recebem aconselhamento para AF possuem fatores de risco e doenças crônicas não transmissíveis, como excesso de peso corporal e obesidade. Os estudos apresentaram em sua maior parte baixo risco de viés, porém as análises estratificadas por risco de viés não produziram estimativas que diferem das gerais, assim parece que o risco de viés não foi significativo para as prevalências apresentadas.

A prevalência de aconselhamento referida pelos profissionais de saúde obteve média elevada, relativamente superior a referida pelos usuários. Em média, seis em cada dez profissionais relataram realizar aconselhamento para AF na AB. Esta revisão não se propôs a analisar a taxa de concordância entre os relatos de aconselhamento dos profissionais com usuários, até porque diversos fatores estão envolvidos, como a percepção do profissional, recordação do usuário<sup>68</sup>, e aspectos contextuais que distinguem o oferecer do receber aconselhamento; porém a diferença apresentada parece concordar com os resultados de um estudo<sup>37</sup> que, ao pesquisar profissionais e usuários concomitantemente, apontou baixa taxa de concordância entre usuários e médicos.

Embora a maioria dos artigos com profissionais tenham apresentado prevalência acima de 50%, houve uma certa variação entre os valores (entre 11,8% a 95%). Isso pode ser explicado pela pergunta central utilizada para identificar o aconselhamento. Nem todos os estudos apresentaram a pergunta central, e dos que citaram, percebe-se variabilidade no uso das palavras “aconselha” e “recomenda” AF; na especificação da AF (30 minutos por dia de AF moderada ou AF como promoção de saúde<sup>29</sup>) e no tempo delimitado da realização do aconselhamento (pelo menos uma vez no ano<sup>29</sup> ou nos últimos seis meses<sup>43</sup>). Também houve variabilidade na opção das respostas, apresentadas em forma de escala sobre prontidão para aconselhar<sup>15,32</sup>, de porcentagem de pacientes aconselhados<sup>46</sup>, se aconselha AF diante de um caso clínico específico<sup>34</sup>, e para quais doenças recomenda a prática de exercícios<sup>38</sup>. Além disso, a variação das prevalências de aconselhamento pode estar relacionada às diferentes características da prática assistencial de cada país ou profissional, como tempo, quantidade e local de atendimento, e o nível de vínculo que possui com os usuários.

A oferta de aconselhamento referida pelos profissionais é um fator importante, dada a crescente prevalência de inatividade física<sup>1,69,70</sup>. A variação apresentada na prevalência evidencia a importância da formação adequada no campo da educação em saúde e a necessidade de continuar fortalecendo os sistemas de saúde para abordar a promoção, prevenção e controle de doenças não transmissíveis e aconselhamento para AF no contexto da AB<sup>13,60,71</sup>. Também é importante considerar as barreiras individuais e organizacionais que os profissionais de saúde enfrentam no cotidiano das práticas que os impede de aconselhar para AF, como falta de tempo, de recursos específicos (protocolos de aconselhamento) e de treinamento<sup>22</sup>.

O médico foi o profissional de saúde mais entrevistado a respeito da realização de aconselhamento para AF. Esse predomínio foi percebido tanto nos estudos que investigaram apenas uma categoria profissional, quanto várias profissões. Como a maioria dos estudos investigaram o aconselhamento na perspectiva uniprofissional, não foi possível inferir a respeito de qual profissional de saúde aconselha mais para AF, mas sim o profissional que foi mais investigado. Também, devido a quantidade mínima de estudos multiprofissionais optou-se por não identificar a prevalência de aconselhamento por cada profissional e sim calcular a média de forma geral. Os poucos estudos que avaliaram a realização de aconselhamento entre várias profissões encontraram que enfermeiro<sup>42</sup>, enfermeiro e ACS<sup>31</sup>, médico<sup>32</sup>, parteira<sup>39</sup> foram os profissionais que mais aconselhavam.

A centralidade do aconselhamento no profissional médico pode ser decorrente da configuração da AB de cada país, mas precisa ser repensada. Segundo Hinrick et al.<sup>55</sup>; Tulloch et al.<sup>72</sup> programas de aconselhamento precisam encontrar maneiras de incluir outros profissionais da área de saúde, além dos médicos, principalmente porque intervenções voltadas à mudança de comportamento requerem ações integradas de caráter multiprofissional e transdisciplinar. Neste aspecto, o Brasil apresenta-se como um modelo interessante devido a configuração da sua AB, que está pautada no trabalho multiprofissional em saúde por meio da Equipe de Saúde da Família (eSF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB)<sup>73</sup>. Essa configuração da AB do país explica a tendência dos estudos brasileiros em não especificar o médico como único profissional a realizar aconselhamento para AF<sup>12,48,50,51,60</sup> e reconhece outros profissionais na promoção de saúde, como enfermeiro e agente comunitário de saúde<sup>15,34,43</sup>.

Embora considere a existência de equipe multiprofissional na AB, dos estudos que solicitaram para os usuários indicarem o profissional de saúde que mais aconselha para AF, o médico aparece como o mais citado<sup>12,50,60</sup> e os demais profissionais (nutricionista, profissional

de educação física, agente comunitário de saúde) foram consideravelmente menos citados. A recente inserção desses profissionais no contexto da AB e o predomínio do modelo biomédico nas práticas assistenciais<sup>74</sup> pode ter influenciado a percepção dos usuários quanto ao reconhecimento/visibilidade. Isso reforça a necessidade de ações de educação permanente a fim de instrumentalizar todos profissionais de saúde a desenvolverem aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis de modo interdisciplinar e com responsabilidade compartilhada<sup>72,73,75</sup>.

Aproximadamente, três em cada dez usuários relataram ter recebido aconselhamento para AF na AB. De modo geral, a prevalência de aconselhamento referido pelos usuários foi abaixo de 40%. A baixa prevalência pode estar relacionada a diversos fatores como, subnotificação, falta de homogeneidade dos participantes, barreiras para aconselhamento entre os diferentes profissionais de saúde e diferentes configurações da AB. Há de se considerar também que houve algumas variações na questão central das pesquisas: tempo de recordação do aconselhamento; profissional referenciado na pergunta e maneira como foi apresentada a prevalência, ora dividida por sexo, faixa etária, categoria profissional ou características do grupo.

As prevalências mais elevadas de aconselhamento para AF foram encontradas nos estudos de Hallal et al.<sup>12</sup>, Balde et al.<sup>47</sup>, Barbosa et al.<sup>48</sup>, Flores et al.<sup>51</sup> e Shuval et al.<sup>61</sup>, com valores de aconselhamento acima de 50%. Tendo em vista que o aconselhamento é uma técnica que deve ser incorporada na AB<sup>13</sup>, a baixa prevalência reportada pelos usuários adverte para o desenvolvimento de métodos para utilização do aconselhamento como ferramenta de promoção da AF<sup>19,75</sup>.

Os artigos incluídos mostram que usuários que mais recebem aconselhamento para AF apresentam excesso de peso corporal, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis. O aconselhamento para AF realizado na AB representa uma oportunidade para abordar a temática atividade física juntamente com outros comportamentos preventivos ligados à saúde, já que profissionais de saúde podem influenciar positivamente na mudança de comportamento e adoção de hábitos saudáveis<sup>76-78</sup>. Nesse sentido, o recebimento de aconselhamento para AF por pessoas com saúde comprometida é bom resultado, pois demonstra que os profissionais de saúde, de certo modo, consideram os benefícios da prática de AF no controle das morbidades<sup>54</sup>. Porém, é igualmente importante assegurar que o aconselhamento atenda não apenas as necessidades imediatas de saúde ou de controle de doenças, mas também a pessoas aparentemente saudáveis<sup>79</sup>.

Dispensar o aconselhamento para AF a pessoas sem diagnóstico de doenças crônicas pode representar importantes oportunidades perdidas, uma vez que a AB se caracteriza não só por desenvolver ações de prevenção, mas de promoção e manutenção da saúde<sup>7,66</sup>. Assim, fomentar aconselhamento para AF sob a ótica da promoção da saúde constitui um grande desafio, visto que a maioria das práticas de saúde da AB se organizam em torno de conceitos de doenças, assim como também as diretrizes e recomendações de AF<sup>80</sup>.

Ao nosso conhecimento, essa é a primeira revisão sistemática a respeito da prevalência de aconselhamento para AF no contexto da AB. Esta revisão identificou estudos realizados tanto com profissionais como com usuários, reportando as prevalências de aconselhamento sob as perspectivas do oferecimento e do recebimento. Como limitação do estudo, não foi realizada a busca na literatura cinzenta (publicações não indexadas), portanto, é possível que algum estudo não tenha sido identificado. No entanto, foram pesquisadas sete bases de periódicos, além da leitura nas referências dos artigos selecionados e consulta a experts, o que aumenta a sensibilidade na busca de artigos.

Pensando em implicações práticas, a promoção da AF por meio do aconselhamento pode ser maximizada se outros profissionais de saúde, além do médico, participarem do processo. Para isso, o incentivo ao aconselhamento de caráter multiprofissional que busque o diálogo com outros setores, como fundações de esportes e conselhos comunitários, poderá fortalecer a adesão a prática de AF. Também, é necessário testar instrumentos aplicáveis para aumentar a prevalência de aconselhamento na AB, bem como realizar intervenções que tenham como foco a promoção da AF em indivíduos aparentemente saudáveis e como forma de tratamento a indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis. Adicionalmente, é importante que as políticas públicas de aconselhamento para AF sejam incentivadas e fortalecidas com a implementação de esquemas de referência, protocolos e suportes estruturais (alertas, roteiros de aconselhamento e recursos de rastreamento), visando tornar o aconselhamento para AF uma prática cotidiana dos serviços de AB.

Conclui-se que a prevalência de aconselhamento para AF referida pelos profissionais de saúde foi elevada enquanto a referida pelos usuários foi baixa. O aconselhamento para AF ainda é incipiente na AB, especialmente pela baixa percepção de aconselhamento recebido pelos usuários. A análise das prevalências, onde em média, seis em cada dez profissionais relataram aconselhar para AF na AB, e três em cada dez usuários relataram ter recebido aconselhamento, destaca a importância de fomentar a prática de aconselhamento nos serviços de AB, visto a crescente prevalência de inatividade física; além do desenvolvimento de estudos que consigam responder ao máximo as características que permeiam o

aconselhamento: qual profissional aconselha AF, como, com qual instrumento e em quanto tempo é realizado, o que exatamente é aconselhado e detalhes da estrutura da AB.

## Referências

1. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):1077-1086.
2. Matthews CE, Cohen SS, Fowke JH, Han X, Xiao Q, Buchowski MS, et al. Physical activity, sedentary behavior, and cause-specific mortality in black and white adults in the Southern Community Cohort Study. *Am J Epidemiol*. 2014;180(4):394-405.
3. Lee IM, 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. *Lancet*. 2012;380(9838):219-29.
4. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-57.
5. World Health Organization (WHO). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO; 2010.
6. Sallis JF, Bull F, Guthold R, Heath GW, Inoue S, Kelly P, et al. Progress in physical activity over the olympic quadrennium. *Lancet*. 2016;388(10051):1325-36.
7. Grossman DC, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, et al. Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults without cardiovascular risk factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2017;318(2):167-74.
8. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Republished research: effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Sports Med*. 2013;47(1):e1389.
9. Williams NH. "The wise, for cure, on exercise depend": physical activity interventions in primary care in Wales. *Br J Sports Med*. 2009;43(2):106-8.
10. Vuori IM, Lavie CJ, Blair SN. Physical activity promotion in the health care system. *Mayo Clin Proc*. 2013;88(12):1446-61.
11. Gagliardi AR, Abdallah F, Faulkner G, Ciliska D, Hicks A. Factors contributing to the effectiveness of physical activity counselling in primary care: a realist systematic review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(4):412-9.
12. Hallal PC, Machado PT, Del Duca GF, Silva IC, Amorim TC, Borges TT, et al. Physical activity advice: short report from a population-based study in Brazil. *J Phys Act Health*. 2010;7(3):352-54.



13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2014. [citado 2018 jan 20]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012. [citado 2018 jan 20]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
15. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GAO, 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.
16. Sanchez A, Bully P, Martinez C, Grandes G. Effectiveness of physical activity promotion intervention in primary care: a review of review. *Prev Med*. 2015;76(Supl.):56-67.
17. Jacobson DM, Strohecker L, Compton MT, Katz DL. Physical activity counseling in the adult primary care setting: position statement of the American College of Preventive Medicine. *Am J Prev Med*. 2005;29(2):158-62.
18. EU Working Group “Sport & Health”. EU Physical Activity Guidelines. Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity. Brussels: EU; 2008.
19. Short CE, Hayman M, Rebar AL, Gunn KM, De Cocker K, Duncan MJ, et al. Physical activity recommendations from general practitioners in Australia. Results from a national survey. *Aust N Z J Public Health*. 2016;40(1):83-90.
20. Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *J Public Health Med*. 2001;23(3):219-26.
21. Petrella RJ, Lattanzio CN. Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Can Fam Physician*. 2002;48:72-80.
22. 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.
23. Dacey ML, Kennedy MA, Polak R, Phillips EM. Physical activity counseling in medical school education: a systematic review. *Med Educ Online*. 2014;19(1):24325.
24. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.
25. Munn Z, Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *Int J Evid Based Health*. 2015;13(3):147-53.
26. Aromataris E, Munn Z. Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual. The Joanna Briggs Institute. 2017. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

27. 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.
28. Buchholz SW, Purath J. Physical activity and physical fitness counseling patterns of adult nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract.* 2007;19(2):86-92.
29. Burns KJ, Camaione DN, Chatterton CT. Prescription of physical activity by adult nurse practitioners: a national survey. *Nurs Outlook.* 2000;48(1):28-33.
30. Cho HJ, Sunwoo S, Song YM. Attitudes and reported practices of Korean primary care physicians for health promotion. *Journal Korean Med Sci.* 2003;18(6):783-90.
31. Douglas F, Torrance N, Van Teijlingen E, Meloni S, Kerr A. Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. *BMC Public Health.* 2006;6:138.
32. 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.
33. Grimstvedt ME, Der Ananian C, Keller C, Woolf K, Sebren A, Ainsworth B. Nurse practitioner and physician assistant physical activity counseling knowledge, confidence and practices. *Prev Med.* 2012;54(5):306-8.
34. Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1114.
35. Joyce CL, O'Tuathaigh CM. Increased training of general practitioners in Ireland may increase the frequency of exercise counselling in patients with chronic illness: a cross-sectional study. *Eur J Gen Pract.* 2014;20(4):314-9.
36. Kennedy MF, Meeuwisse WH. Exercise counselling by family physicians in Canada. *Prev Med.* 2003;37(3):226-32.
37. Kreuter MW, Scharff DP, Brennan LK, Lukwago SN. Physician recommendations for diet and physical activity: which patients get advised to change?. *Prev Med.* 1997;26(6):825-33.
38. Morishita Y, Miki A, Okada M, Tsuboi S, Ishibashi K, Ando Y, et al. Exercise counseling of primary care physicians in metabolic syndrome and cardiovascular diseases is associated with their specialty and exercise habits. *Int J Gen Med.* 2014;7:277-83.
39. Morris J, Nikolopoulos H, Berry T, Jain V, Vallis M, Piccinini-Vallis H, et al. Healthcare providers' gestational weight gain counselling practises and the influence of knowledge and attitudes: a cross-sectional mixed methods study. *BMJ Open.* 2017;7(11):018527.

40. Omura JD, Bellissimo MP, Watson KB, Loustalot F, Fulton JE, Carlson SA. Primary care providers' physical activity counseling and referral practices and barriers for cardiovascular disease prevention. *Prev Med.* 2018;108:115-22.
41. Petrella RJ, Lattanzio CN, Overend TJ. Physical activity counseling and prescription among canadian primary care physicians. *Arch Intern Med.* 2007; 167(16):1774-81.
42. Puig RA, McKenna J, Riddoch C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. *Eur J Public Health.* 2005;15(6):569-75.
43. Santos TI, Guerra PH, Andrade DR, Florindo AA. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2015;20(2);165-73.
44. Sherman SE, Hershman WY. Exercise counseling. How do general internists do? *J Gen Intern Med.* 1993;8(5);243-48.
45. Smith AW, Borowski LA, Liu B, Galuska DA, Signore C, Klabunde C, et al. U.S. primary care physicians' diet, physical activity, and weight-related care of adult patients. *Am J Prev Med.* 2011;41(1):33-42.
46. Walsh JM, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. *Am J Prev Med.* 1999;16(4):307-13.
47. Balde A, Figueras J, Hawking DA, Miller JR. Physician advice to the elderly about physical activity. *J Aging and Phys Act.* 2003;11(1):90-7.
48. Barbosa JMV, Souza WV, Ferreira RWM, Carvalho EMF, Cesse EAP, Fontbonne A. Correlates of physical activity counseling by health providers to patients with diabetes and hypertension attended by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil. *Prim Care diabetes.* 2017;11(4):327-36.
49. Croteau K, Schofield G, McLean G. Physical activity advice in the primary care setting: results of a population study in New Zealand. *Aust N Z J Public Health.* 2006;30(3);262-67.
50. Duro SM, 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.
51. Flores TR, Gomes AP, Soares ALG, Nunes BP, Assunção MC, Gonçalves H, et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. *Epidemiol Serv Saude.* 2018;27(1):e201720112.
52. Forjuoh SN, Lee C, Won J, Towne SD, Wang S, Ory MG. Correlates of receiving a recommendation for more physical activity from a primary care provider. *Am J Prev Med.* 2017;52(2);207-14.

53. Glasgow RE, Eakin EG, Fisher EB, Bacak SJ, Brownson RC. Physician advice and support for physical activity: results from a national survey. *Am J Prev Med.* 2001;21(3):189-96.
54. Häfele V, Siqueira F. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2017;21(6):581-92.
55. Hinrichs T, Moschny A, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Thiem U, Platen P. General practitioner advice on physical activity: analyses in a cohort of older primary health care patients (getABI). *BMC Fam Pract.* 2011;12(1):26.
56. Klumbiene J, Petkeviciene J, Vaisvalavicius V, Miseviciene I. Advising overweight persons about diet and physical activity in primary health care: Lithuanian health behaviour monitoring study. *BMC Public Health.* 2006;6(1):30.
57. Ludt S, Petek D, Laux G, Van Lieshout J, Campbell SM, Kunzi B, et al. Recording of risk-factors and lifestyle counselling in patients at high risk for cardiovascular diseases in European primary care. *Eur J Prev Cardiol.* 2012;19(2):258-66.
58. Martínez-Gomez D, León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, López-García E, Aguilera MT, Banegas JR, et al. Reach and equity of primary care-based counseling to promote walking among the adult population of Spain. *J Sci Med Sport.* 2013;16(6):532-8.
59. Pechter U, Suija K, Kordemets T, Kalda R, Maaros HI. Physical activity and exercise counselling: a cross-sectional study of Family practice patients in Estonia. *Qual Prim Care.* 2012;20(5):355-63.
60. Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA, Oliveira HBS, Almeida LMR, et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. *Rev Gaúcha de Enferm.* 2012;33(4):14-21.
61. Shuval K, DiPietro L, Skinner CS, Barlow CE, Morrow J, Goldstein R, et al. 'Sedentary behaviour counselling': the next step in lifestyle counselling in primary care; pilot findings from the Rapid Assessment Disuse Index (RADI) study. *Br J Sports Med.* 2014;48(19):1451-5.
62. Silagy C, Muir J, Coulter A, Thorogood M, Yudkin P, Roe L. Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. *BMJ.* 1992;305(6858):871-74.
63. Sinclair J, Lawson B, Burge F. Which patients receive on diet and exercise? Do certain characteristics affect whether they receive such advice?. *Can Fam Physician.* 2008;54(3):404-12.
64. 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. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25(1):203-13.
65. Tarasenko YN, Miller EA, Chen C, Schoenberg NE. Physical activity levels and counseling by health care providers in cancer survivors. *Prev Med.* 2017;99:211-17.

66. Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Physician counseling about exercise. *JAMA*. 1999;282(16):1583-8.
67. Weidinger KA, Lovegreen SL, Elliot MB, Hagood L, Haire-Joshu D, McGill JB, et al. How to make exercise counseling more effective: lessons from rural America. *J Fam Practic*. 2008;57(6):394-402.
68. Bardach SH, Schoenberg NE, Howell BM. Older patient's recall of lifestyle discussions in primary care. *J Appl Gerontol*. 2017;36(4):386-400.
69. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográficas de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017*. Brasília: MS; 2018.
70. World Health Organization (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: WHO; 2014.
71. World Health Organization (WHO). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. Geneva: WHO; 2013.
72. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: who has and who should be counseling? *Patient Educ Couns*. 2006;64(1-3):6-20.
73. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: MS; 2014.
74. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1869-78.
75. Aittasalo M, Kukkonen-Harjula K, Toropainen E, Rinne M, Tokola K, Vasankari, T. Developing physical activity counseling in primary care through participatory action approach. *BMC Fam Prac*. 2016;17(141):1-15.
76. Berry LL, Flynn AG, Seiders K, Haws KL, Quach SQ. Physician counseling of overweight patients about preventive health behaviors. *Am J Prev Med*. 2014;46(3):297-302.
77. Jennings A, Barnes S, Okereke U, Welch A. Successful weight management and health behaviour change using a health trainer model. *Perspect Public Health*. 2013;133(4):221–6.
78. Hung OY, Keenan NL, Fang J. Physicians' health habits are associated with lifestyle counseling for hypertensive patients. *Am J Hypertens*. 2013;26(2):201–8.
79. Lopes ACS, Toledo MTT, Câmara AMCS, Menzel HJK, Santos, LC. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(3):475-86.
80. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: Czeresnia D, Freitas CM (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.

### 3.2 ESTUDO 2

**Título:** Aconselhamento para atividade física realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde <sup>1</sup>

**Título principal abreviado:** Aconselhamento para atividade física

#### **Resumo**

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência e analisar os fatores associados ao aconselhamento para a atividade física realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) de Florianópolis, Santa Catarina. Foi realizado inquérito com 587 profissionais de 49 centros de saúde. A realização de aconselhamento nos últimos 12 meses foi avaliada. Os fatores explorados na associação foram os sociodemográficos, de formação e atuação profissional, do conhecimento das recomendações de atividade física e do nível de atividade física. A proporção de profissionais que relataram aconselhar para atividade física foi 86,2% (IC95%: 83,2-88,8%). Os profissionais com maiores chances de aconselhar foram os com pós-graduação em Saúde Pública (OR: 3,71; IC95%: 1,69-9,37), que tiveram experiências acadêmicas na APS (OR: 2,68; IC95%: 1,32-5,92), que pertenciam ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (OR: 4,52; IC95%: 1,31-28,50), que participavam de reuniões de matriciamento sobre atividade física (OR: 1,91; IC95%: 1,08-3,44) e eram fisicamente ativos (OR: 1,80; IC95%: 1,01-3,27). Os resultados sugerem que aspectos da formação e atuação profissional e o nível de atividade física dos profissionais contribuem positivamente nas ações de aconselhamento para atividade física na APS.

**Palavras-chave:** Aconselhamento; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Atividade motora.

---

<sup>1</sup> Artigo submetido a Revista Ciência & Saúde Coletiva e encontra-se na segunda rodada de revisão.

## **Introdução**

A atividade física é um importante fator para o desenvolvimento humano, estando relacionada à sociabilidade, à aprendizagem, à qualidade de vida e à manutenção da saúde<sup>1</sup>, além dos reconhecidos benefícios na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis<sup>2</sup>. Estima-se que três milhões de mortes por ano ao redor do mundo estejam relacionados a inatividade física, o que impõe um desafio aos sistemas de saúde a incorporar ações de promoção da atividade física para a população<sup>2</sup>.

Nesse sentido, o aconselhamento tem sido proposto como uma estratégia eficaz para o aumento dos níveis de atividade física<sup>3,4</sup> e sua prática é fortemente recomendada<sup>5,6</sup>. A prática de aconselhamento nos serviços de saúde tem se mostrado importante, por ser uma tecnologia de educação em saúde, de baixo custo e que pode ser aplicada por diversos profissionais de saúde<sup>7</sup>. Além disso, estima-se que 62,6% da população brasileira está coberta pela Estratégia de Saúde da Família<sup>8</sup>. Essa elevada capilaridade e abrangência pode favorecer ao emprego do aconselhamento como estratégia de cuidado à saúde.

Estudos reforçam a importância do aconselhamento na saúde<sup>9,10</sup>. Uma revisão sistemática com 21 estudos mostrou que 60% dos profissionais de saúde realizavam aconselhamento para prática de atividade física<sup>9</sup>. No Brasil, essa prevalência variou de 46,2 a 88,9%<sup>9,11-15</sup>. Contudo, a maior parte destes estudos investigaram a prática de aconselhamento entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde<sup>11,12,14,15</sup>, não contemplando os profissionais das demais equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). A Estratégia de Saúde da Família organiza seu trabalho fundamentado em ações multidisciplinares<sup>16</sup>. Assim, além de incluir clínicos gerais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e técnicos de saúde bucal, este modelo pode contar com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), equipe multiprofissional, que atua para ampliar o escopo de ofertas de

cuidado aos usuários<sup>17</sup>. Este modelo tem produzido resultados favoráveis à saúde da população<sup>16,17</sup>, configurando-se como um contexto importante para a promoção do aconselhamento. Desta forma, identificar a prevalência e os fatores associados ao aconselhamento para atividade física na realidade da APS no Brasil pode ampliar a discussão sobre o papel dessa estratégia no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação aos estudos de associação, observa-se que a maior parte tem testado a relação do aconselhamento para atividade física com a categoria profissional, variáveis sociodemográficas ou barreiras para aconselhamento<sup>12,14,15,18,19</sup>. Esses estudos mostram que características pessoais, como considerar aconselhamento eficaz para mudança no estilo de vida<sup>15,20</sup> e considerar-se preparado para aconselhar<sup>11,15,20</sup> associaram-se a maiores chances de aconselhar para atividade física. Adicionalmente, em relação as atitudes, ter menor peso corporal<sup>18</sup>, ter autoavaliação positiva de saúde<sup>15</sup> e praticar atividade física<sup>12,14,18,19</sup> também estiveram associadas a prática de aconselhamento. Em contrapartida, a presença isolada e simultânea de barreiras como falta de tempo<sup>11,21</sup>, de conhecimento e de orientação contribuíram negativamente na prática do aconselhamento para atividade física<sup>21</sup>. Ainda, pouco tem sido explorado sobre as características de formação e atuação profissional. Um estudo que analisou o tempo de trabalho, número diário de consultas, participação em cursos de atividade física e suporte de equipe multiprofissional, não encontrou associação com aconselhamento<sup>15</sup>. Contudo, esses dados não são conclusivos necessitando de outras análises para melhor investigar essas variáveis. Nesse sentido, o presente estudo procura avançar no estado da arte incluindo nas análises variáveis de formação e estratégia de atuação dos profissionais de saúde como possíveis elementos que possam se relacionar com o aconselhamento para atividade física.

Assim, o objetivo do estudo foi descrever a prevalência e analisar os fatores



associados ao aconselhamento para prática de atividade física realizada por profissionais da APS de Florianópolis, Santa Catarina.

## **Método**

Este é um estudo observacional de caráter transversal e abordagem quantitativa, realizado no ano de 2018. Foram avaliados profissionais da APS do município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, localizado na região sul do Brasil, com população estimada de 516.524 habitantes e que tem o terceiro maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Brasil (0,847) e elevada taxa de urbanização<sup>22</sup>.

A APS da cidade é organizada a partir do modelo da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com as diretrizes do SUS<sup>23</sup> e se destaca no cenário nacional por apresentar elevados níveis de cobertura<sup>8</sup>. É composta por 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS), denominadas de Centros de Saúde, distribuídos em quatro Distritos Sanitários (Centro, Continente, Norte e Sul) os quais possuem as equipes de “Saúde da Família”, “Saúde Bucal” e “NASF-AB”. Este estudo abrangeu os 49 Centros de Saúde.

Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer 2.693.520). Foi informado aos participantes sobre a voluntariedade em participar da pesquisa, por meio do consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 466/2012.

## ***Participantes***

Os participantes foram os profissionais de saúde que atuavam na APS de Florianópolis, sendo a Equipe de Saúde da Família composta por agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico e técnico em enfermagem; a Equipe de Saúde Bucal por

auxiliar/técnico em saúde bucal e cirurgião-dentista e a equipe multiprofissional do NASF-AB por assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico e profissional de Educação Física

A composição das equipes atuantes no ano de 2018 também incluiu os profissionais residentes dos Programas de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade do Estado de Santa Catarina nas respectivas áreas de atuação. Não participaram da pesquisa estagiários e voluntários.

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde repassado pela Secretaria Municipal de Saúde e atualizado pelos Distritos Sanitários, o total de profissionais no ano de 2018 correspondeu a 1056.

### ***Coleta de dados***

Foi realizado um censo, onde todos os profissionais em serviço no momento da coleta foram convidados a responderem o instrumento da pesquisa. A coleta ocorreu de agosto a novembro de 2018 durante as reuniões de planejamento dos Centros de Saúde e reuniões dos NASF-AB e foi executada por uma equipe composta por quatro pesquisadores. Estes participaram de todo processo de delineamento da pesquisa, elaboração dos instrumentos e coleta de dados.

Os pesquisadores contataram os Distritos e os coordenadores dos Centros de Saúde para o agendamento da data e horário da coleta. Ainda, realizaram a divulgação da pesquisa por e-mail, além da aplicação, recolhimento e organização dos questionários. A coleta foi precedida de explicação breve sobre a pesquisa e instruções para autopreenchimento do questionário. Para minimizar as perdas, foi realizada uma segunda visita para recolhimento de questionários dos profissionais que por algum motivo não estavam presentes ou não conseguiram preencher no momento da reunião. Para maior confiabilidade dos dados, todos os questionários foram conferidos por dois pesquisadores em momentos distintos.

### ***Instrumento e variáveis***

Foi aplicado um questionário autoadministrado composto por 49 perguntas objetivas distribuídas em cinco blocos respectivamente: bloco 1 - aconselhamento para atividade física; bloco 2 - conhecimento sobre as recomendações de atividade física; bloco 3 - nível de atividade física no lazer; bloco 4 - formação e atuação profissional e bloco 5 - informações sociodemográficas.

O instrumento foi elaborado pela equipe de pesquisadores a partir da realização de uma revisão sistemática<sup>9</sup>. Posteriormente, o questionário foi avaliado e aprovado por dois especialistas da área da Educação Física com expertise em APS e testado com pós-graduandos e profissionais de saúde.

### ***Aconselhamento para atividade física***

O aconselhamento para atividade física foi avaliado por meio da questão recordatória: “Durante seus atendimentos, nos últimos 12 meses, você realizou aconselhamento para atividade física aos usuários?”, com opção de resposta dicotômica (“não”, “sim”). Esta questão foi baseada em outros estudos sobre realização de aconselhamento<sup>9,24</sup>.

### ***Sociodemográficas***

As variáveis sociodemográficas foram o sexo (“masculino”, “feminino”), a idade distribuída em faixas etárias (“20 a 29 anos”, “30 a 49 anos” e “ $\geq$  50 anos”) e o estado civil (“solteiro(a)”, “casado(a)/união estável” e “divorciado(a)/viúvo(a)”) <sup>25</sup>. Além disso, a escolaridade, inicialmente foi avaliada em cinco categorias (“fundamental incompleto”, “fundamental I completo/fundamental II incompleto”, “fundamental completo/médio incompleto”, “médio completo/superior incompleto” e “superior completo”) <sup>25</sup>. A escolaridade

foi agrupada com a questão sobre ter Pós-Graduação (“não” e “sim”) e assim, recategorizada em “não possui ensino superior”, “ensino superior” e “Pós-graduação”.

### ***Formação profissional***

Em relação a Pós-Graduação em Saúde Pública a questão utilizada foi: “O curso de pós-graduação que você concluiu foi em Saúde Pública, ou Saúde da Família e Comunidade ou Saúde Coletiva?”, com opção dicotômica de resposta (“não”, “sim”).

As experiências acadêmicas na APS foram avaliadas pela pergunta: “Durante o curso de graduação você participou de programas ou atividades acadêmicas relacionadas à intervenção profissional na Atenção Básica (AB)?”, com opções de resposta: estágio curricular obrigatório na AB, PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde), projeto de iniciação científica relacionado à AB, projeto de extensão relacionado à AB, PRÓ-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), não foi oferecido, outros programas. As respostas foram dicotomizadas (“não”, “sim”).

A participação em curso sobre atividade física foi avaliada por meio da questão: “Nos últimos 12 meses, você participou de algum curso de capacitação oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde que abordou o tema atividade física e saúde?”, com opção dicotômica de resposta (“não”, “sim”).

### ***Atuação profissional***

Para avaliar equipe profissional, os profissionais foram agrupados em duas categorias: 1) Saúde da Família e Saúde Bucal “eSF/eSB” (agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico, técnico em enfermagem, auxiliar/técnico em saúde bucal e cirurgião-dentista); 2) “NASF-AB” (assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico e profissional de Educação Física).

O tipo de vínculo empregatício foi avaliado por meio da questão: “Qual é o tipo de vínculo empregatício que você tem atualmente na Atenção Básica?”. As respostas foram recategorizadas em “temporário” (cargo comissionado, contrato temporário, cooperativa e residente em saúde) e “concursado” (servidor público efetivo).

A participação em matriciamento sobre atividade física foi avaliada pela questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência você recebeu ou realizou apoio matricial da equipe NASF-AB sobre o tema atividade física e saúde, como por exemplo: a realização de ações técnico-assistenciais (discussão de casos clínicos) e/ou técnico-pedagógicas (educação permanente sobre temas relevantes para as equipes)?”. As respostas foram recategorizadas em “não” (a resposta “nunca”) e “sim” (as respostas “raramente”, “frequentemente” e “sempre”).

O tempo de trabalho (em anos e/ou meses) na APS foi avaliado pela questão: “Há quanto tempo você trabalha na Atenção Básica?”. As respostas foram dicotomizadas em: “ $\leq 3$  anos” e “ $> 3$  anos”. A carga horária de trabalho semanal foi avaliada em cinco categorias e posteriormente dicotomizadas em “ $\leq 30h$ ” e “ $\geq 40h$ ”.

### ***Conhecimento das recomendações de atividade física***

O conhecimento das recomendações de atividade física moderada e vigorosa para adultos foi avaliada por meio de questões do conhecimento autorreferido e do conhecimento descrito. O conhecimento autorreferido foi avaliado pela questão: “Você conhece quais são as recomendações de atividade física para pessoas adultas aparentemente saudáveis, com relação à atividade física moderada ou vigorosa?”, com opção dicotômica de resposta (“não”, “sim”). Para o conhecimento descrito, os profissionais reportaram a frequência semanal mínima e o tempo mínimo (em minutos) recomendado de atividade física para adultos obterem benefícios à saúde, conforme a Organização Mundial da Saúde<sup>26</sup>. O escore de minutos por semana (min/sem) de atividade física recomendada foi resultante do produto da frequência semanal e

do tempo mínimo, sendo o conhecimento categorizado como “descreveu corretamente as recomendações de atividade física” para os valores entre “150 a 300 min/sem” de atividade física moderada, e “75 a 150 min/sem” de atividade física vigorosa, e “não descreveu corretamente as recomendações de atividade física” para os valores abaixo ou acima destas referências<sup>26</sup>.

### ***Nível de atividade física no lazer***

A atividade física no lazer foi avaliada com base no instrumento *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) versão longa<sup>27</sup>. Foi calculado a partir da soma dos produtos da frequência semanal e o tempo em minutos de atividade física moderada, vigorosa e caminhada no lazer em uma semana habitual, sendo que o tempo em atividades físicas de intensidade vigorosa foi multiplicado por dois. Assim, para as análises de dados o escore de minutos por semana foi categorizado em “< 150 min/sem” e “≥ 150 min/sem” de acordo com recomendações internacionais<sup>26</sup>.

### ***Análise dos dados***

A entrada das informações foi realizada no *software* EpiData® versão 3.1 (The EpiData Association, Odense, Dinamarca). Os dados foram revisados com a análise exploratória para identificar possíveis erros de digitação, os quais foram manualmente corrigidos. Uma análise inicial foi realizada com a estatística descritiva, distribuição de frequência absoluta e relativa. A prevalência de aconselhamento foi descrita entre as categorias das variáveis independentes por meio do teste de Qui-Quadrado. A associação foi analisada por meio da análise de regressão logística binária bivariada e ajustada por todas as covariáveis. Após a realização da análise bivariada, todas as variáveis do mesmo nível ou do nível superior, que apresentaram valor de  $p < 0,20$  foram selecionadas para o ajuste no

modelo final, de acordo com o método *backward*. As análises foram realizadas no *software R* versão 3.5.3 e o nível de significância foi mantido em 5%.

## Resultados

Foram convidados para a pesquisa 1056 profissionais nos 49 Centros de Saúde. A taxa de recusa foi de 25,8% (n = 273) e a perda de 18,5% (n = 196). As perdas ocorreram por preenchimento incompleto dos dados (n = 23; 3,7%) e por afastamento do trabalho (férias e licenças) no período de coleta de dados (n = 173, 16,4%). Assim, a amostra final foi de 587 profissionais (85,4% mulheres).

Houve uma predominância de profissionais entre 30-49 anos (68,8%), com pós-graduação (44,2%). Quanto as características da atuação profissional, a maioria pertencia as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal (87,7%), eram concursados (61,8%), trabalhavam na APS por mais de três anos (77,1%) e com carga horária de trabalho igual ou superior a 40 horas semanais (80,6%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características da amostra de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Florianópolis, 2018 (n = 587).

Variáveis	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	80	14,6
	Feminino	468	85,4
Faixa etária	20 a 29 anos	82	14,0
	30 a 49 anos	404	68,8
	≥ 50 anos	101	17,2
Estado civil	Solteiro(a)	191	34,9
	Casado(a)/união estável	298	54,5
	Divorciado(a)/viúvo(a)	58	10,6
Escolaridade	Não possui ensino superior	223	39,3
	Ensino superior	94	16,5
	Pós-Graduação	251	44,2
Pós-Graduação em SP <sup>1</sup>	Não	383	68,5
	Sim	176	31,5
Equipe profissional	ESF/ESB <sup>4</sup>	515	87,7

Vínculo Empregatício	NASF-AB <sup>5</sup>	72	12,3
	Temporário	218	38,2
Tempo de trabalho na APS <sup>2</sup> *	Concurado/efetivo	353	61,8
	≤ 3 anos	122	22,9
	> 3 anos	410	77,1
Carga horária de trabalho <sup>3</sup>	≤ 30 horas	111	19,4
	≥ 40 horas	460	80,6

<sup>1</sup> Saúde Pública; <sup>2</sup> Atenção Primária à Saúde. <sup>3</sup> Carga horária semanal. <sup>4</sup> Equipe de Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal; <sup>5</sup> Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. \*Frequências não corresponderam ao total devido aos *missings* (omissão dos respondentes na pesquisa).

A proporção de aconselhamento para a atividade física foi de 86,2% (IC95% = 83,2;88,8%). Na análise bivariada, observou-se maior chance de aconselhamento entre aqueles com ensino superior, com pós-graduação, com pós-graduação em Saúde Pública, com experiências acadêmicas na APS, que pertenciam ao NASF-AB, que participaram de reuniões de matriciamento sobre atividade física e eram fisicamente ativos (Tabela 2).

Após a análise ajustada por todas as covariáveis, permaneceram associadas a maior chance de realizar aconselhamento os profissionais com pós-graduação em Saúde Pública (OR = 3,71; IC95%:1,69;9,37), que tiveram experiências acadêmicas na APS durante a formação inicial (OR = 2,68; IC95%: 1,32;5,92), que pertenciam a equipe NASF-AB (OR = 4,52; IC95%:1,31;28,50), que participaram de reuniões de matriciamento sobre atividade física (OR = 1,91; IC95%: 1,08;3,44) e eram fisicamente ativos (OR = 1,80; IC95%: 1,01;3,27) quando comparados aos seus pares (Tabela 2).



**Tabela 2.** Regressão Logística Binária para a análise da associação entre fatores sociodemográficos, de formação e atuação profissional, nível de atividade física e a realização de aconselhamento para a atividade física dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde. Florianópolis, 2018 (n = 587).

Variáveis	% <sup>7</sup>	Análise bruta		Análise ajustada	
		OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
<b>Sexo</b>			0,968		-
Masculino	86,2	1		-	
Feminino	86,5	0,99 (0,45;1,97)		-	
<b>Faixa etária</b>			0,556		-
20 a 29 anos	90,2	1		-	
30 a 49 anos	85,4	0,74 (0,31;1,55)		-	
≥ 50 anos	86,1	0,59 (0,21;1,55)		-	
<b>Escolaridade</b>			<0,001		-
Não possui ensino superior	76,2	1,00		-	
Ensino superior	87,2	<b>2,55 (1,27;5,39)</b>		-	
Pós-Graduação	94,8	<b>7,34 (3,79;15,21)</b>		-	
<b>Pós-Graduação em SP<sup>1</sup></b>			<0,001		<b>0,002</b>
Não	81,7	1,00		1,00	
Sim	95,5	<b>5,46 (2,59;13,42)</b>		<b>3,71 (1,69;9,37)</b>	
<b>Experiências acadêmicas na APS<sup>2</sup></b>			<0,001		<b>0,009</b>
Não	81,5	1,00		1,00	
Sim	95,0	<b>4,45 (2,29;9,52)</b>		<b>2,68 (1,32;5,92)</b>	
<b>Equipe profissional</b>			<b>0,012</b>		<b>0,043</b>
ESF/ESB <sup>3</sup>	84,7	1,00		1,00	
NASF-AB <sup>4</sup>	97,2	<b>6,29 (1,90;38,91)</b>		<b>4,52 (1,31;28,50)</b>	
<b>Conhecimento sobre as recomendações AFMV<sup>5</sup></b>			<b>0,094</b>		0,520
Não conhecia - não descreveu	83,1	1,00		1,00	
Conhecia - não descreveu corretamente	89,0	1,53 (0,87;2,79)		1,27 (0,78;2,70)	
Conhecia - descreveu corretamente	95,0	3,27 (0,94;20,64)		2,02 (0,56;13,80)	
<b>Participação curso sobre AF<sup>6</sup></b>			0,763		-
Não	86,0	1,00		-	
Sim	86,4	0,86 (0,34;2,61)		-	
<b>Participação matriciamento sobre AF<sup>6</sup></b>			<0,001		<b>0,028</b>
Não	77,3	1,00		1,00	
Sim	90,5	<b>2,96 (1,72;5,16)</b>		<b>1,91 (1,08;3,44)</b>	
<b>Tempo de trabalho na APS<sup>2</sup></b>			0,635		-
≤ 3 anos	86,1	1,00		-	
> 3 anos	87,7	0,86 (0,44;1,58)		-	

Nível de AF <sup>6</sup>			0,009	0,048
< 150 minutos/semana	82,2	1,00		1,00
≥ 150 minutos/semana	91,0	<b>2,08 (1,21;3,68)</b>		<b>1,80 (1,01;3,27)</b>

\*Análise ajustada apenas com as variáveis com  $p \leq 0,20$  e variáveis sem semelhança. <sup>1</sup> Saúde Pública; <sup>2</sup> Atenção Primária à Saúde; <sup>3</sup> Estratégia de Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal; <sup>4</sup> Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; <sup>5</sup> Atividade física moderada e vigorosa; <sup>6</sup> Atividade física no tempo de lazer. <sup>7</sup> Percentual de aconselhamento para atividade física/teste Qui-quadrado de *Pearson*.

## Discussão

Os resultados do estudo apontam que aproximadamente oito a cada dez profissionais da APS de Florianópolis reportaram realizar algum tipo de aconselhamento para atividade física nos últimos 12 meses. Maior aconselhamento foi observado entre profissionais com pós-graduação em Saúde Pública, que tiveram experiências acadêmicas na APS, que pertenciam ao NASF-AB, que participaram de reuniões de matriciamento sobre atividade física e eram fisicamente ativos.

A prática de aconselhamento para a atividade física reportada pelos profissionais foi 86,2%. Resultados similares foram encontrados em outros estudos<sup>13</sup>. Uma revisão sistemática<sup>9</sup> identificou que a prevalência média de aconselhamento referida por profissionais de saúde foi de 60,2 ±22,7%. Em estudos realizados no Brasil com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitário de saúde, a prevalência variou de 46,2 a 88,9%<sup>11-15</sup>. A elevada prevalência no presente estudo pode ser explicada pelas características da APS da cidade de Florianópolis, pois esta é reconhecida por suas práticas inovadoras, pelo constante investimento em educação permanente em saúde e por ser referência nacional em cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (maior que 70%)<sup>28-30</sup>. Além disso, possui equipes multiprofissionais em todo território e dispõe de 14 profissionais de Educação Física, o que pode ter colaborado na disseminação de conteúdos sobre atividade física aos demais profissionais e consequentemente no aumento da prática de aconselhamento. Ainda, essa elevada

prevalência possui caráter inovador, pois além de incluir os profissionais da equipe de Saúde da Família, também foram considerados os profissionais do NASF-AB e de Saúde Bucal. De fato, evidências experimentais em diferentes países identificaram que aconselhar é uma estratégia eficaz para o aumento do nível de atividade física em adultos atendidos na APS<sup>5,31</sup>. Nessa perspectiva, o SUS apresenta um cenário promissor e de grande potencial para a prática de aconselhamento, devido a abrangência da APS, sobretudo, pela presença de equipes multiprofissionais<sup>32</sup>. No entanto, aconselhamento para atividade física é um constructo muito além do recomendar a realização de atividade física e requer fundamentação em teorias sobre mudança de comportamento. Por esse motivo, é necessário verificar a qualidade deste aconselhamento, ou seja, se as estratégias utilizadas para aconselhar estão embasadas em modelos teóricos sólidos e que promovam mudança de comportamento<sup>33</sup>. Portanto, os achados relacionados a prevalência são uma novidade, mesmo que desafios relacionados a qualidade do aconselhamento precisem ser melhor investigados.

Os profissionais de saúde que relataram ter pós-graduação em Saúde Pública apresentaram 3,7 mais chances de realizarem aconselhamento quando comparados a profissionais que não possuem esta formação (sem graduação ou com pós-graduação em outra área). Não foram encontrados estudos que testaram esta associação específica<sup>9</sup>. No entanto, ter especialização em Saúde Pública pode favorecer a abertura do profissional para abordar a temática sobre atividade física, visto que este campo tenciona romper com o paradigma tradicional dos cuidados em saúde, possibilitando um olhar mais amplo sobre os diversos fatores envolvidos na gênese da doença, na promoção de saúde e uma prática mais comunicativa, horizontalizada e transdisciplinar<sup>34,35</sup>. Adicionalmente, o incentivo a pós-graduação em Saúde Pública fortalece o SUS, uma vez que os princípios norteadores desta política envolvem acolhimento e olhar integral ao indivíduo, além de apoiar ações de

aconselhamento para a atividade física, pois os profissionais de saúde são importantes mediadores de reflexões a respeito de mudança de comportamentos.

Outro resultado importante foi que profissionais de saúde que tiveram experiências acadêmicas na APS apresentaram maiores chances de realizarem o aconselhamento para a atividade física do que profissionais que não tiveram essa experiência durante o processo de formação inicial. Apesar de não haver estudos que testaram essa associação, a literatura identifica que as experiências durante o processo de formação inicial são determinantes para o conhecimento sobre a realidade da APS<sup>36</sup> e tem estreita relação com o fortalecimento da identidade profissional<sup>37</sup>. Também, a experimentação da realidade do SUS oportuniza a interação em equipes multiprofissionais e o diálogo entre diferentes profissões, o que impulsiona a transdisciplinaridade e troca de saberes<sup>38,39</sup>. Essas experiências são essenciais para transformar os modos de organização do trabalho e qualificar as práticas de cuidado em saúde<sup>40</sup>, uma vez que prepara os futuros profissionais para uma prática mais colaborativa e humanizada, não focada na doença, mas na promoção da saúde. Desta maneira, o fomento dessas experiências pode repercutir positivamente para consolidar a prática de aconselhamento para atividade física nos atendimentos. Exemplo disso, são os programas no SUS que possibilitam aos estudantes a vivência na APS por meio de estágios curriculares, projetos de extensão, e de programas como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e Vivências e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VERSUS). Apesar disso, é necessário o fortalecimento da parceria ensino-serviço e de estratégias que melhorem a formação para atuação na APS das diversas categorias profissionais, uma vez que cada uma delas possui desafios próprios relacionados a formação inicial<sup>36,40</sup>. Também, é preciso pensar na inclusão do aconselhamento para atividade física nos currículos dos cursos de graduação em saúde uma vez que este é um tema interdisciplinar, promissor e que exige conhecimento e habilidades dos profissionais<sup>41,42</sup>.

Participar de reuniões de matriciamento sobre a atividade física e pertencer a equipe multiprofissional do NASF-AB estiveram relacionados a maiores chances de realização de aconselhamento para a atividade física. Apenas um estudo testou associação entre aconselhar e participar da reunião de matriciamento sobre atividade física, porém não apresentou associação e foi realizado com profissionais da equipe de Saúde da Família<sup>15</sup>. Logo, o presente estudo é pioneiro por investigar o aconselhamento para a atividade física nos diversos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e NASF-AB. Ainda, este resultado evidencia a importância e aplicabilidade das políticas da APS do SUS, como a realização do apoio matricial e atuação com o foco na integralidade, na transdisciplinaridade e na superação do modelo de saúde centrado na doença<sup>43,44</sup>. O papel essencial que o NASF-AB tem exercido por meio do apoio matricial<sup>17</sup> sinaliza a necessidade de que essas equipes sejam mantidas, visto que as recentes alterações políticas no modo de financiamento da APS brasileira podem contribuir para o enfraquecimento dessa estratégia<sup>45,46</sup>. Ademais, é essencial que as unidades de saúde que podem contar com o NASF-AB como equipe de apoio, garantam espaço na agenda para realização das reuniões de matriciamento. Ainda, vale destacar o papel do profissional de Educação Física nessas equipes<sup>43</sup>. O compartilhamento de saberes sobre atividades físicas pelo profissional de Educação Física parece influenciar o aconselhamento não apenas pelo componente de educação em saúde como a oferta de grupos de atividade física<sup>11</sup>, mas também pela realização de ações de educação permanente e de clínica ampliada como rodas de conversa, estudos dirigidos, discussão de casos e interconsulta, o que pode contribuir na propagação do tema atividade física entre as demais especialidades<sup>44</sup>. Embora este profissional tenha papel fundamental para realizar matriciamento sobre atividade física, é preciso considerar que muitos ainda demonstram dificuldades em atuar no contexto da APS, possivelmente devido à falta de aproximação dos currículos de Educação Física das instituições de ensino superior

brasileiros nos temas relacionados à Saúde Coletiva<sup>47,48</sup>. Portanto, ter o apoio da equipe NASF-AB (principalmente do profissional de Educação Física) e a realização das reuniões de matriciamento é imprescindível para a promoção de aconselhamento para atividade física na APS.

Os profissionais fisicamente ativos apresentaram maiores chances de realizar aconselhamento para a atividade física. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos com agentes comunitários de saúde do Brasil<sup>12,14</sup>. Estudos realizados com médicos dos Estados Unidos e Japão também demonstraram que há uma relação entre o hábito de praticar atividades físicas e o aconselhamento para promover este comportamento<sup>18,19</sup>. Outro estudo identificou que políticas de apoio para aumentar os níveis de atividade física em estudantes de graduação em saúde têm sido consideradas importantes para o desenvolvimento de um programa de treinamento em aconselhamento de atividade física<sup>42</sup>. Esses achados reforçam o quanto é fundamental que os profissionais de saúde se envolvam em comportamentos saudáveis e que programas ocupacionais de incentivo à prática de atividades físicas sejam estimulados. Assim, a experiência positiva e afetiva com a prática de atividades físicas, além de contribuir para melhoria da qualidade de vida dos profissionais, pode ser um elemento motivador para incentivar e aconselhar os pacientes para a mudança de comportamento para um estilo de vida ativo<sup>13,14</sup>.

Destaca-se como ponto forte que este é um estudo pioneiro por investigar aconselhamento para atividade física por profissionais das diversas equipes de saúde, incluindo as equipes do NASF-AB e de Saúde Bucal<sup>9</sup>. A amostra representativa dos profissionais da APS de uma capital brasileira também é uma força do estudo. Ainda como ponto forte, ressalta-se a busca por investigar a associação dos aspectos relacionados a formação e atuação profissional na prática de aconselhamento para a atividade física. Algumas limitações devem ser consideradas. A medida de aconselhamento empregada pode

ter superestimado os resultados, visto que em uma única pergunta não foi possível abarcar a complexidade e polissemia que perpassa o termo “aconselhamento em saúde”. Os profissionais podem ter tido compreensões divergentes sobre o termo, o que seria necessário para futuras pesquisas um refinamento do conceito por meio da identificação objetiva das estratégias que têm sido empregadas para tal. Também pode ter havido viés de “desejabilidade social”, em função do contexto em que os pesquisados estavam inseridos

### **Conclusão**

Conclui-se que a prevalência de aconselhamento para a atividade física reportada pelos profissionais da APS foi elevada (aproximadamente 86%). Ainda, as maiores chances de realizar aconselhamento para a prática de atividade física foram identificadas entre os profissionais com pós-graduação em Saúde Pública, que tiveram experiências acadêmicas na APS, que pertenciam a equipe multiprofissional do NASF-AB, que participaram de reuniões de matriciamento sobre atividade física e eram fisicamente ativos quando comparados a seus pares. Sugere-se que futuros estudos explorem as estratégias, as barreiras e os conhecimentos necessários para realizar o aconselhamento na APS pelos profissionais, a fim de compreender melhor qual o cenário do aconselhamento para atividade física no Brasil.

### **Implicações práticas**

Os resultados encontrados no presente estudo reforçam a importância de investir em estratégias educacionais que orientem os profissionais da APS sobre o aconselhamento comportamental e prática de atividades físicas. Estas devem ser fomentadas tanto durante a formação inicial, com vivências no SUS, como também em educação permanente e continuada, com incentivo a especializações em Saúde Pública, garantia de condições para realização do matriciamento e programas de promoção da atividade física para acadêmicos e

profissionais em serviço. Adicionalmente, a presença do NASF-AB, e em especial do profissional de Educação Física, deve ser mantida e valorizada nas políticas da APS brasileira, visto que a atuação desta equipe tem relação com a realização de aconselhamento para atividade física e tem sido essencial para ampliar os cuidados de saúde da população.

### **Agradecimentos**

Os autores agradecem à equipe de pesquisadores, aos gestores, profissionais participantes da pesquisa e agência de fomento CAPES.

### **Referências**

1. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Movimento é vida: atividades físicas e esportivas para todas as pessoas? *Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil*. Brasília: PNUD; 2017.
2. Pratt M, Ramirez Varela A, Salvo D, Kohl Iii HW, Ding D. Attacking the pandemic of physical inactivity: what is holding us back? *Br J Sports Med*. 2020;54(13):760–2.
3. Melvin CL, Jefferson MS, Rice LJ, Nemeth LS, Wessell AM, Nietert PJ, Hughes-Halbert C. A systematic review of lifestyle counseling for diverse patients in primary care. *Prev Med*. 2017;100:67–75.
4. Orrow G, Kinmonth A-L, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br Med Assoc*. 2012;344:e1389
5. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, Epling JW, Kemper AR, Krist AH, Kurth AE, Landefeld CS, Mangione CM, Phipps MG, Silverstein M, Simon MA, Tseng C-W. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2017;318(2):167–74.
6. Short CE, Hayman M, Rebar AL, Gunn KM, Cocker KD, Duncan MJ, Turnbull D, Dollman J, Uffelen JGZ van, Vandelanotte C. Physical activity recommendations from general practitioners in Australia. Results from a national survey. *Aust N Z J Public Health*. 2016;40(1):83–90.



7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Physical activity: brief advice for adults in primary care*. National Institute for Health and Care Excellence; 2013.
8. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF de, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cienc Saude Colet*. 2021;26:2543–56.
9. Moraes S de Q, Souza JH de, Araújo PAB de, Rech CR. Prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2019;24:1–12.
10. Souza JM de, Brito GEG de, Loch MR, Silva SS da, Costa FF da. Aconselhamento para atividade física na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Movimento*. 2020;26:1–18.
11. Florindo AA, Mielke GI, Gomes GA de O, Ramos LR, Bracco MM, Parra DC, Simoes EJ, Lobelo F, Hallal PC. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC Public Health*. 2013;13:794.
12. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GA, Parra DC, Siqueira FV, Lobelo F, Simoes EJ, Ramos LR, Bracco MM, Hallal PC. 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):1–8.
13. Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, Florindo AA, Bracco M, Moura L, Brownson RC, Pratt M, Ramos LR, Hallal PC. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1114.
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 Fis Saúde*. 2015;20(2):165–165.
15. SOUZA NETO J, Florindo A, Costa F. Associated factors with physical activity counseling among Brazilian Family Health Strategy workers. *Cienc Saude Colet*. 2019; 26(1):369-378.
16. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2016;21:1499–510.
17. Vendruscolo C, Hermes J, Corrêa P. Consolidação do NASF na Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. *Inova Saúde*. 2020;10(2):61–77.

18. Frank E, Wright EH, Serdula MK, Elon LK, Baldwin G. Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. *Am J Clin Nutr.* 2002;75(2):326–32.
19. Morishita Y, Miki A, Okada M, Tsuboi S, Ishibashi K, Ando Y, Nagata D, Kusano E. Exercise counseling of primary care physicians in metabolic syndrome and cardiovascular diseases is associated with their specialty and exercise habits. *Int J Gen Med.* 2014;7:277–83.
20. Cho H-J, Sunwoo S, Song Y-M. Attitudes and reported practices of Korean primary care physicians for health promotion. *J Korean Med Sci.* 2003;18(6):783–90.
21. Neto JM de S, Guerra PH, Rufino EA, Costa FF da. Isolated and simultaneous perceived barriers to physical activity counseling. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2019;24:1–8.
22. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas do desenvolvimento humano nas regiões metropolitanas brasileiras. *Perfil Florianópolis – SC* [Internet]. AtlasBR. 2020 [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/420540>
23. Florianópolis, Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. *Portaria nº 22, de 09 de novembro de 2016.* Política Municipal de Atenção Primária à Saúde. 2016.
24. Burns KJ, Camaione DN, Chatterton CT. Prescription of physical activity by adult nurse practitioners: a national survey. *Nurs Outlook.* 2000;48(1):28–33.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016/IBGE.* Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
26. World Health Organization (WHO). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud* [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [cited 2020 Nov 11]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf)
27. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2001;6(2):5–18.
28. Santos AM dos, Giovanella L, Mendonça MHM de, Andrade CLT de, Martins MIC, Cunha MS da. Healthcare practices of Family Health Teams in four major cities. *Cienc Saude Colet.* 2012 Oct;17(10):2687–702.

29. Florianópolis, Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. *Instrução normativa Nº 001/2010 aprovam a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF em Florianópolis*. 2010.
30. Heidemann ITSB, Cypriano C da C, Gastaldo D, Jackson S, Rocha CG, Fagundes E. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(4): e00214516.
31. World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. *World Health Organization*; 2013. Available from: [www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)
32. Sousa ANA de, Shimizu HE. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). *Cienc Saude Colet*. 2021;26(8):2981–95.
33. Moraes S de Q, Loch MR, Rech CR. Estratégias de aconselhamento para atividade física utilizadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família em Florianópolis. *J Phys Educ*. 2021;32(1):e-3210.
34. Nunes ED, Ferreto LE, Barros NF de. A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. *Cienc Saude Colet*. 2010;15(4):1923–34.
35. Oliveira JAA, Jorge MSB, Silva MGC da, Pinto DM, Pinto FJM. A saúde coletiva na formação dos discentes do curso de medicina da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. *Rev Bras Educ Médica*. 2011;35(3):398–404.
36. Carácio FCC, Conterno L de O, Oliveira MA de C, Oliveira ACH de, Marin MJS, Braccialli LAD. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. *Cienc Saude Colet*. 2014;19:2133–42.
37. Lazzari DD, Espíndola DS, da Silva GG, Backes VMS, Martini JG, de Amorim Busana J. Formação inicial de professores na enfermagem, fisioterapia e odontologia. *Sau & Transf S*. 2015;6(3):118–128.
38. Fettermann FA, Nietzsche EA, Terra MG, Salbego C, Torres OM, Ramos TK. VER-SUS project: Influences on the training and performance of nurses. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):2922–9.
39. Biscarde DG dos S, Pereira-Santos M, Silva LB. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface - Comun Saude Educ*. 2014;18(48):177–86.

40. Loch MR, Rech CR, Costa FF da. A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física: lições com o COVID-19. *Cienc Saude Colet*. 2020 Sep;25(9):3511–6.
41. de Paula CBCO, Ferla BW, Santos CA, Gomes TN, Martins TJ, Neves LM. Múltiplos benefícios da atividade física: precisamos oferecer mais tempo de formação a estudantes de medicina e médicos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2021;26(1):e-0183.
42. Wattanapisit A, Petchuay P, Wattanapisit S, Tuangratananon T. Developing a training programme in physical activity counselling for undergraduate medical curricula: a nationwide Delphi study. *BMJ Open*. 2019;9(8):e030425.
43. Oliveira BN de, Wachs F. Educação física, atenção primária à saúde e organização do trabalho com apoio matricial. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2019;41(2):183–9.
44. Santos S, Benedetti T, Sousa T, Fonseca S. Apoio Matricial e a atuação do Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2017;22(1):54–65.
45. Brasil. *Portaria nº 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019.
46. Sales WB, de Oliveira ASC, Pereira LEA, de França JGM, Marcelino MC, da Silva Gerônimo CA, Constatino AEA, da Silva RBTB, da Silva RLM, de França DCM. A importância da equipe NASF/AB-enfretamentos e multidisciplinariedade: uma revisão narrativa/crítica. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;48:e3256–e3256.
47. Rodrigues JD, Ferreira D, Silva P, Caminha I, Junior JC de F. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2013;18(1):05–15.
48. Silva VT da, Nicoes CR, Knuth AG. Saúde coletiva e saúde pública no currículo dos cursos de educação física: uma revisão sistemática. *Pensar Prática*; 24(1); e61062.

### 3.3 ESTUDO 3

**Título:** Características e estratégias de aconselhamento para atividade física por profissionais da Atenção Primária à Saúde

#### **Resumo**

As estratégias de aconselhamento para atividade física baseadas no modelo 5As tem se mostrado eficazes na Atenção Primária à Saúde. O uso desse modelo demonstra ser importante por orientar a condução do aconselhamento a partir de cinco etapas: perguntar, avaliar, aconselhar, auxiliar e acompanhar. O objetivo do estudo foi caracterizar as práticas e estratégias de aconselhamento para atividade física por profissionais da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. Foi realizado inquérito com profissionais das equipes Saúde da família, Saúde Bucal e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária. A coleta ocorreu nas reuniões de planejamento dos Centros de Saúde. Participaram 587 profissionais de saúde (85,4% mulheres), sendo enfermeiro (n = 193, 32,9%) e agente comunitário de saúde (n = 161, 27,4%) as categorias profissionais com maior participação. A maioria dos profissionais reportaram realizar algum aconselhamento para atividade física nos últimos 12 meses (86,2%), sendo que entre os profissionais de Educação Física e médicos a proporção foi de 100%. O aconselhamento reportado caracterizou-se como breve (até cinco minutos), realizado em atendimentos individuais e coletivos, direcionado para usuários adultos e idosos com comorbidades (excesso de peso, diabetes e hipertensão, principalmente). A estratégia mais utilizada foi recomendar aos usuários que participem de grupos de atividade física do Centro de Saúde e de local específico como praças e parques próximos de sua residência. Considerando o modelo 5As, a estratégia mais utilizada foi o “aconselhar” e a menos utilizada o “acompanhar”. Os profissionais de Educação Física e agentes comunitários de saúde foram as categorias que apresentaram maior tempo empregado em aconselhar nos atendimentos individuais e coletivos, em utilizar maior quantidade de estratégias e de realizar o acompanhamento dos usuários após aconselhamento. Investir em formação continuada pode ajudar no uso e diversificação de estratégias para aconselhar atividade física, além de oportunizar o acompanhamento dos usuários na promoção da atividade física.

**Palavras-chave:** Aconselhamento; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Atividade motora.

## Introdução

A prática de atividade física representa um importante fator para o desenvolvimento humano e promoção da saúde (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), 2017; WHO, 2020). Sua prática representa um importante direito que deve ser garantido a todas as pessoas ao longo da vida e por isso tem-se pensado em maneiras de promovê-la a níveis populacionais (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), 2017). Uma das formas efetivas de promover atividade física nos serviços de saúde tem sido por meio do aconselhamento (MELVIN et al., 2017; ORROW et al., 2012; SHORT et al., 2016; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2017).

O aconselhamento para atividade física é uma tecnologia de educação em saúde cuja definição ainda não é consensual, mas comumente se refere ao processo de definição de metas colaborativas, resolução de problemas ativos, estágios de mudança de comportamento e tomada de decisões relacionadas aos modos de vida, considerando o contexto e conhecimento do indivíduo (FALKENBERG et al., 2014; POSKIPARTA; KASILA; KIURU, 2006). Embora possa ser realizado por diversos profissionais de saúde e ocorrer de modo breve e genérico (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, NICE, 2013), estudos demonstram que o uso de estratégias sistemáticas e específicas possuem maior sucesso nas ações de aconselhamento, como é o caso do modelo “cinco As” (5As) (AINSWORTH; YOUMANS, 2002; FIORE et al., 2008; SMITH et al., 2008; VERWEY et al., 2014).

O modelo 5As corresponde a uma sistemática de aconselhamento reconhecida mundialmente, fundamentada em teorias de mudança de comportamento, baseada em evidências, aplicada para diversos comportamentos de saúde e exequível na APS (ALEXANDER et al., 2011; FIORE et al., 2008; GLASGOW; EMONT; MILLER, 2006; MENDES et al., 2020). A estrutura dos 5As correspondem ao acrônimo formado por cinco palavras na língua inglesa: *ask*, *assess*, *advise*, *assist* e *arrange* que significam respectivamente: perguntar, avaliar, aconselhar, auxiliar e acompanhar, e funcionam como uma estrutura para apoiar os profissionais da saúde a perguntarem sobre o comportamento (“perguntar”), avaliar a prontidão para mudar (“avaliar”), aconselhar uma mudança (“aconselhar”), auxiliar na definição de metas (“auxiliar”) e organizar o acompanhamento (“acompanhar”) (ALEXANDER et al., 2011; CARROLL; ANTOGNOLI; FLOCKE, 2011; DOSH et al., 2005; FLOCKE et al., 2005; MERIWETHER et al., 2008). Embora diversos estudos apoiem o uso do modelo 5As, pouco se sabe sobre o uso dessas estratégias para

aconselhar atividade física aplicadas no contexto da APS no SUS (MORAES et al., 2019; PROCHASKA; MARCUS, 1994; SHINN; SALGADO; RODRIGUES, 2020; VERWEY et al., 2014). Um estudo realizado com profissionais do eNASF-AP identificou que as estratégias de aconselhamento mais reportadas foram “aconselhar”, “auxiliar” e “perguntar”, sendo que “acompanhar” foi a estratégia menos reportada (MORAES; LOCH; RECH, 2021), porém é preciso entender como essas estratégias são utilizadas pelas demais categorias profissionais que compõem a APS.

Outra lacuna que se observa nos estudos brasileiros, é que não se conhece os procedimentos que os profissionais adotam para aconselhar atividade física. Os estudos realizados na APS, analisaram a prevalência, barreiras e fatores associados ao aconselhamento para atividade física em profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (FLORINDO et al., 2013, 2015; SANTOS et al., 2015; SOUZA; FLORINDO; COSTA, 2021; SOUZA et al., 2019), mas não abordaram como ele ocorre de fato. Nesse sentido, é necessário aprofundar o entendimento das características que permeiam essa prática, como o tempo empregado, o momento de realização do aconselhamento, os usuários mais aconselhados e as estratégias utilizadas sob a perspectiva das várias categorias profissionais que compõem a APS.

Assim, ao observar as características e estratégias de aconselhamento sob a perspectiva do modelo 5As, este estudo busca traçar um panorama do quanto a prática dos profissionais da APS está próxima de um modelo sistematizado ou não, e se contempla ações que considerem a complexidade do comportamento humano. Isso pode ajudar a entender melhor a prática do aconselhamento para AF, identificar dificuldades e direcionar de modo mais assertivo a elaboração de estratégias para aperfeiçoamento dos cuidados em saúde no SUS.

Dado este contexto, o objetivo do estudo foi caracterizar as práticas e estratégias de aconselhamento para atividade física por profissionais da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo observacional, de caráter transversal e abordagem quantitativa, oriundo de um projeto maior intitulado “Aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde - Aconselha SUS” que tem como objetivo investigar e propor práticas de aconselhamento para atividade física na APS.

### ***Local do estudo***

O município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, localiza-se na região sul do Brasil, possuía em 2020 população estimada de 516.524 habitantes, o terceiro maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Brasil (0,847) e elevada taxa de urbanização (IPEA; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020).

A APS da cidade era organizada a partir do modelo da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLORIANÓPOLIS, 2016) e se destacava no cenário nacional por apresentar elevados níveis de cobertura (GIOVANELLA et al., 2021). Era composta por 49 Centros de Saúde, distribuídos em quatro Distritos Sanitários (Centro, Continente, Norte e Sul) os quais possuíam as equipes de “Saúde da Família”, “Saúde Bucal” e “eNASF-AP”. Este estudo abrangeu os 49 Centros de Saúde.

### ***Participantes***

Participaram do estudo profissionais de saúde que atuavam na APS de Florianópolis sendo a Equipe de Saúde da Família composta por: agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico, técnico em enfermagem; a Equipe de Saúde Bucal por: auxiliar/técnico em saúde bucal e cirurgião-dentista; e eNASF-AP por: assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico e profissional de Educação Física.

A composição das equipes atuantes no ano de 2018 também incluiu os profissionais residentes dos Programas de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade do Estado de Santa Catarina nas respectivas áreas de atuação.

Não participaram da pesquisa estagiários e voluntários. Optou-se pela realização de um censo, no qual todos os profissionais que se encontravam em serviço no momento da coleta foram convidados a responderem o instrumento da pesquisa. Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) repassado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura de Florianópolis e atualizado pelos coordenadores dos Distritos Sanitários, o total de profissionais lotados na APS de Florianópolis em 2018 correspondeu a 1056 profissionais.



### ***Aspectos éticos***

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da Escola de Saúde Pública da SMS. Todos os procedimentos adotados na pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer # 2.693.520). Foi informado aos participantes sobre a voluntariedade em participar na pesquisa, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as recomendações do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/2012).

### ***Coleta de dados***

A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2018 durante as reuniões de planejamento dos Centros de Saúde e reuniões distritais dos eNASF-AP e foi executada por uma equipe composta por quatro pesquisadores do projeto AconselhaSUS. Os pesquisadores eram profissionais de Educação Física residentes, mestrandos e mestres e participaram de todo processo de delineamento da pesquisa, elaboração dos instrumentos e coleta.

Cada pesquisador coordenou a coleta em um Distrito Sanitário, realizou contato com os Distritos e os coordenadores dos Centros de Saúde para agendamento da coleta; a divulgação da pesquisa por e-mail; a aplicação, recolhimento e organização dos questionários. A coleta foi precedida de explicação breve sobre a pesquisa e instruções para autopreenchimento do questionário. Para minimizar as perdas foi realizada uma segunda visita para recolhimento de questionários dos profissionais que por algum motivo não estavam presentes ou não conseguiram preencher no momento da reunião. Para maior confiabilidade dos dados, todos os questionários foram conferidos por dois pesquisadores em momentos distintos.

### ***Instrumento***

Foi elaborado um questionário pela equipe de pesquisadores do projeto, e seguiu as etapas: 1) leitura minuciosa da literatura; 2) investigação de protocolos sobre a temática; 3) seleção e definição das perguntas; 4) avaliação por dois especialistas da área da Educação Física com expertise em APS; 5) teste com pós-graduandos; 6) teste em um CS; 7) aprovação. A seleção das perguntas sobre realização do aconselhamento para atividade física teve por base dados de uma revisão sistemática sobre prevalência de aconselhamento para atividade

física (SOUZA, 2018). Para as perguntas sobre características, estratégias e barreiras, estudos prévios foram utilizados a fim de subsidiar e embasar o questionário (ALEXANDER et al., 2011; CARROLL; ANTOGNOLI; FLOCKE, 2011; DOSH et al., 2005; FLOCKE et al., 2005; MERIWETHER et al., 2008).

### ***Variáveis***

#### *Características do aconselhamento para atividade física*

O aconselhamento para atividade física foi avaliado por meio da questão: “Durante seus atendimentos, nos últimos 12 meses, você realizou aconselhamento para atividade física aos usuários?”, com opção de resposta dicotômica (“não”, “sim”). Esta questão foi baseada em estudos transversais sobre realização de aconselhamento (SOUZA, 2018).

O momento de realização do aconselhamento foi avaliado pela pergunta: “Geralmente em qual tipo de atendimento você realiza aconselhamento para atividade física?”, com opções de resposta: “atendimento individual”, “grupos”, “interconsultas”, “acolhimento”, “farmácia”, “visita domiciliar”, “recepção/sala de espera”.

O tempo de aconselhamento individual foi avaliado pela questão: “Em média, quanto tempo por usuário você utiliza para aconselhar atividade física em atendimento individual/visita domiciliar?”, com opção de resposta aberta em minutos. O tempo de atendimento coletivo foi avaliado da mesma maneira.

Para avaliar os grupos etários aconselhados foi utilizada a pergunta: “Nos últimos 12 meses, com que frequência você aconselhou atividade física para os seguintes grupos etários?” (“crianças”, “adolescentes”, “adultos” e “idosos”), com opções de respostas “nunca”, “raramente”, “frequentemente” e “sempre”. A condição de saúde dos usuários aconselhados originou-se da pergunta: “Com que frequência você aconselha atividade física para os usuários nas seguintes condições de saúde?”, com opções de respostas “nunca”, “raramente”, “frequentemente” e “sempre” para cada condição de saúde.

Para avaliar o local recomendado no aconselhamento foi usada a questão: “Você recomenda aos usuários que façam atividade física em:” (“Centro de saúde”, “praças e parques”, “academias privadas”, “academias ao ar livre”, “quadras e canchas”, “pista de caminhada”, “praias”), com opção dicotômica de respostas (“não” e “sim”).

### *Estratégias de aconselhamento*

As estratégias utilizadas pelos profissionais foram avaliadas por meio da pergunta: “Durante o aconselhamento, o que você utiliza para ajudar o usuário a praticar atividade física?”, com opções de resposta: fornecer material educativo sobre atividade física, estabelecer metas com o usuário, escrever exercícios de prescrição, recomenda grupo de atividade física do CS, recomenda local específico para realização de atividade física. As respostas marcadas foram categorizadas como realizadas.

As estratégias de aconselhamento para atividade física conforme o modelo 5As foram avaliadas por meio da questão: “Quando você aconselha para atividade física quais estratégias utiliza?”, a qual se subdividia em nove questões, cada uma correspondendo a uma dimensão do modelo, todas com opção de resposta dicotômica (“não” ou “sim”). As nove questões foram: “Pergunta sobre nível/prática de atividade física?” (A1 – “perguntar”); “Avalia o nível de atividade física ou estágio de mudança de comportamento do usuário?” (A2 – “avaliar”); “Comenta sobre os benefícios da prática regular de atividade física?” (A3 – “aconselhar”); “Comenta sobre as recomendações de atividade física para a saúde?” (A3 - “aconselhar”); “Aconselha com base nas características individuais (idade, sexo, condição clínica), recomendando frequência e intensidade específicas de atividade física?” (A3 - “aconselhar”); “Identifica os motivos que dificultam ou impedem o usuário a não realizar atividade física?” (A4 – “auxiliar”); “Oferece alguma solução para auxiliar o usuário quanto estas dificuldades?” (A4 - “auxiliar”); “Utiliza alguma estratégia (ex: visitas, ligações, mensagem de texto) para saber se o usuário começou a realizar atividade física?” e “Utiliza alguma estratégia (ex: visitas, ligações, mensagem de texto) para saber se o usuário está realizando atividade física?” (A5 – “acompanhar”). A classificação seguiu o modelo 5As: perguntar, avaliar, aconselhar, auxiliar, acompanhar, conforme estudos (ALEXANDER et al., 2011; CARROLL; ANTOGNOLI; FLOCKE, 2011; DOSH et al., 2005; FLOCKE et al., 2005; MERIWETHER et al., 2008). A quantidade de estratégias utilizadas para aconselhar foi obtida a partir do somatório das estratégias classificadas conforme o modelo 5As.

### *Sociodemográficas e atuação profissional*

As informações sociodemográficas dos participantes foram: o sexo (“masculino”, “feminino”), a idade distribuída em faixas etárias (“20 a 29 anos”, “30 a 49 anos” e “≥ 50 anos”) e a cor da pele (“branco”, “pardo”, “preto” e “amarelo”) (IBGE; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). A escolaridade, inicialmente avaliada em cinco categorias (“fundamental incompleto”, “fundamental I

completo/fundamental II incompleto”, “fundamental completo/médio incompleto”, “médio completo/superior incompleto” e “superior completo”) (IBGE; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016) foi categorizada em “sem ensino superior”, “ensino superior” e “Pós-Graduação”. A Pós-Graduação em Saúde Coletiva foi avaliada por meio da questão: “O curso de pós-graduação que você concluiu foi em Saúde Pública, ou Saúde da Família e Comunidade ou Saúde Coletiva?”, com opção dicotômica de resposta (“não”, “sim”).

As categorias profissionais foram descritas e apresentadas por equipe profissional sendo “eSF” composta por: agente comunitário de saúde, enfermeiro e técnico em enfermagem e médico, a “eSB” por: cirurgião-dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal e “eNASF-AP” por: assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico e profissional de Educação Física.

O tipo de vínculo empregatício foi avaliado a partir da questão: “Qual é o tipo de vínculo empregatício que você tem atualmente na Atenção Básica?”, sendo as opções de resposta recategorizado em “temporário” (“cargo comissionado”, “contrato temporário”, “cooperativa” e “residente em saúde”) e “concursado” (“servidor público efetivo”).

O tempo de trabalho na APS foi avaliado pela questão: “Há quanto tempo você trabalha na Atenção Básica?”, a resposta em anos e/ou meses foi categorizada em “ $\leq 3$  anos” e “ $> 3$  anos”. A carga horária de trabalho semanal foi avaliada em cinco categorias (“menos de 20h/sem”, “20h/sem”, “30h/sem”, “40h/sem” e “superior a 40h/sem”), sendo agrupada em “ $\leq 30h$ ” e “ $\geq 40h$ ”.

A participação em matriciamento sobre atividade física foi avaliada pela questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência você recebeu ou realizou apoio matricial da equipe NASF-AB sobre o tema atividade física e saúde, como por exemplo: a realização de ações técnico-assistenciais (discussão de casos clínicos) e/ou técnico-pedagógicas (educação permanente sobre temas relevantes para as equipes)?”, com opções de resposta recategorizadas em “nunca/raramente” e “frequentemente/sempre”.

### ***Análise de dados***

O *software* EpiData® versão 3.1 (The EpiData Association, Odense, Dinamarca) foi utilizado para a inserção dos dados. Posteriormente, os dados foram revisados com análise exploratória para identificar possíveis erros de digitação, os quais foram manualmente corrigidos. Para as análises foi utilizado o *software* R versão 3.5.3. sendo realizada a

estatística descritiva (distribuição de frequência absoluta e relativa) estratificada por categorias profissionais/equipes de atuação.

## **Resultados**

Participaram da pesquisa profissionais dos 49 Centros de Saúde de Florianópolis. A taxa de recusa à participação foi de 25,8% (n = 273) e perdas de 18,5% (n = 196). As perdas ocorreram por preenchimento incompleto dos dados (n = 23; 3,7%) e devido ao afastamento do trabalho (férias ou licenças) no período de coleta de dados (n = 173, 16,4%). Para garantir os aspectos éticos da livre participação na pesquisa e por se tratar de um censo, não foi possível contabilizar as perdas e recusas de cada categoria profissional. Deste modo, a quantidade final de participantes foi de 587 profissionais (85,4% mulheres).

A maior parte dos pesquisados possuía entre 30-49 anos (65,9%), se autorreferiram como brancas (83,8%) e reportaram ter Pós-Graduação (43,9%). Em relação às características da atuação profissional, a maior parte possuía vínculo efetivo (61,8%), atuavam na APS por mais de três anos (77,1%), com carga horária de trabalho igual ou maior que 40 horas (80,6%) e referiram ter recebido/realizado frequentemente apoio matricial da eNASF-AP (62,5%). Quando observados sob a perspectiva das categorias profissionais, as características mostraram-se semelhantes à dos profissionais em geral, diferenciando-se apenas no quantitativo, no qual enfermeiros (n = 193, 32,9%) e agentes comunitários de saúde (n = 161, 27,4%) foram as categorias profissionais com maior participação - Tabela 1.



**Tabela 1.** Características dos profissionais da atenção primária à saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil 2018 (n = 587).

Variáveis	Categorias	Total (n = 587)	eSF <sup>1</sup>		eSB <sup>2</sup>	eNASF-AP <sup>3</sup>		
			ACS <sup>4</sup> (n = 161)	Equipe de enfermagem <sup>5</sup> (n = 193)	Médico (n = 87)	Dentista <sup>6</sup> (n = 74)	Outras profissões <sup>7</sup> (n = 56)	PEF <sup>8</sup> (n = 16)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Sexo</b>	Masculino	80 (14,6)	4 (3,0)	18 (9,7)	31 (35,6)	19 (26,0)	6 (10,7)	2 (12,5)
	Feminino	<b>468 (85,4)</b>	127 (96,9)	167 (90,3)	56 (64,4)	54 (74,0)	50 (89,3)	14 (87,5)
<b>Faixa etária</b>	20 a 29 anos	82 (15,2)	1 (0,8)	28 (15,2)	12 (13,8)	10 (14,1)	27 (48,2)	4 (25,0)
	30 a 49 anos	<b>356 (65,9)</b>	71 (56,3)	136 (74,0)	60 (69,0)	50 (70,4)	27 (48,2)	12 (75,0)
	≥ 50 anos	102 (18,9)	54 (42,9)	20 (10,9)	15 (17,2)	11 (15,5)	2 (3,6)	0 (0,0)
<b>Cor da pele</b>	Branco	<b>461 (83,8)</b>	105 (79,5)	157 (84,4)	77 (88,5)	66 (90,4)	43 (76,8)	13 (81,2)
	Pardo	52 (9,4)	16 (12,1)	15 (8,1)	8 (9,2)	4 (5,5)	7 (12,5)	2 (12,5)
	Preto	33 (6,0)	11 (8,3)	14 (7,5)	1 (1,1)	3 (4,1)	3 (5,4)	1 (6,2)
	Amarelo	4 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	3 (5,4)	0 (0,0)
<b>Escolaridade</b>	Sem ensino superior	<b>223 (38,8)</b>	138 (92,0)	63 (33,0)	0 (0,0)	21 (28,4)	1 (1,8)	0 (0,0)
	Ensino superior	99 (17,2)	9 (6,0)	34 (17,8)	19 (21,8)	13 (17,6)	21 (37,5)	3 (18,7)
	Pós-Graduação	<b>252 (43,9)</b>	3 (2,0)	94 (49,2)	68 (78,2)	40 (54,0)	34 (60,7)	13 (81,2)
<b>Pós-Graduação em SC<sup>9</sup></b>	Não	75 (29,9)	1 (33,3)	30 (31,6)	14 (20,6)	9 (23,7)	15 (44,1)	6 (46,1)
	Sim	<b>176 (70,1)</b>	2 (66,7)	65 (68,4)	54 (79,4)	29 (76,3)	19 (55,9)	7 (53,8)
<b>Vínculo Empregatício</b>	Temporário	218 (38,2)	137 (93,8)	20 (10,4)	18 (20,7)	11 (14,9)	25 (44,6)	7 (43,7)
	Concursado	<b>353 (61,8)</b>	9 (6,2)	172 (89,6)	69 (79,3)	63 (85,1)	31 (55,4)	9 (56,2)
<b>Tempo de trabalho na APS<sup>10</sup> *</b>	≤ 3 anos	122 (22,9)	3 (2,5)	48 (26,0)	23 (26,7)	14 (19,7)	27 (48,2)	7 (43,7)
	> 3 anos	<b>410 (77,1)</b>	115 (97,5)	137 (74,0)	63 (73,3)	57 (80,3)	29 (51,8)	9 (56,3)
<b>Carga horária de trabalho<sup>11</sup></b>	≤ 30 horas	111 (19,4)	2 (1,4)	50 (25,9)	21 (24,1)	21 (28,8)	15 (26,8)	2 (12,5)
	≥ 40 horas	<b>460 (80,6)</b>	144 (98,6)	143 (74,1)	66 (75,9)	52 (71,2)	41 (73,2)	14 (87,5)

<b>Recebeu/realizou apoio matricial do eNASF-AP<sup>3</sup></b>	Nunca/raramente	203 (37,5)	49 (41,2)	84 (44,2)	24 (27,6)	32 (43,8)	12 (21,4)	2 (12,5)
	Frequentemente/sempe	<b>338 (62,5)</b>	70 (58,8)	106 (55,8)	63 (72,4)	41 (56,2)	44 (78,6)	14 (87,5)

<sup>1</sup> Equipe de Saúde da Família; <sup>2</sup> Equipe de Saúde Bucal; <sup>3</sup> Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária; <sup>4</sup> Agente comunitário de saúde; <sup>5</sup> Enfermeiros e técnicos em enfermagem; <sup>6</sup> Cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal; <sup>7</sup> Assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo; <sup>8</sup> Profissional de Educação Física; <sup>9</sup> Saúde Coletiva; <sup>10</sup> Atenção Primária à Saúde. <sup>11</sup> Carga horária semanal. \*Frequências não corresponderam ao total devido aos *missings* (omissão dos respondentes na pesquisa).



A proporção de profissionais que relatou aconselhar para atividade física foi de 86,2% (IC95% = 83,2 - 88,8%), alcançando o percentual de 100% entre os profissionais de Educação Física e médicos - Tabela 2.

Quanto as características do aconselhamento para atividade física, a maioria ocorre em atendimentos individuais (72,1%), sendo que entre profissionais de Educação Física e equipe multiprofissional, também se dá nos atendimentos coletivos (grupos) (100% e 83,3%, respectivamente).

Observa-se que em relação ao tempo de aconselhamento, quando realizado de forma individual, 53,5% reportaram ser entre um a cinco minutos, e quando realizado de forma coletiva observa-se que 46,8% usam entre seis a 15 minutos. Profissionais de Educação Física e agentes comunitários de saúde reportaram em maior proporção usar mais de 16 minutos para aconselhar individualmente - Tabela 2. Os grupos etários mais aconselhados foram adultos (90,5%) e idosos (94,2%), sendo que apenas 37,6% e 53,6% reportaram aconselhar para crianças e adolescentes, respectivamente. Os indivíduos com excesso de peso/obesidade (94,1%), diabetes (92,9%), hipertensão (92,6%) e dislipidemias (79,5%) foram os usuários mais aconselhados na percepção dos profissionais de saúde – Tabela 2.

**Tabela 2.** Características do aconselhamento para atividade física realizado pelos profissionais da atenção primária à saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil 2018 (n = 587).

Variáveis	Total (n = 587)	eSF <sup>1</sup>		eSB <sup>2</sup>		eNASF-AP <sup>3</sup>	
		ACS <sup>4</sup> (n = 161)	Equipe de enfermagem <sup>5</sup> (n = 193)	Médico (n = 87)	Dentista <sup>6</sup> (n = 74)	Outras profissões <sup>7</sup> (n = 56)	PEF <sup>8</sup> (n = 16)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Aconselha AF<sup>9</sup></b>							
Não	81 (13,8)	25 (15,5)	27 (14,0)	0 (0,0)	27 (36,5)	2 (3,6)	0 (0,0)
Sim	<b>506 (86,2)</b>	<b>136 (84,5)</b>	<b>166 (86,0)</b>	<b>87 (100,0)</b>	<b>47 (63,5)</b>	<b>54 (96,4)</b>	<b>16 (100,0)</b>
<b>Momento de realização do aconselhamento</b>							
Atendimento individual	<b>364 (72,1)</b>	30 (22,1)	<b>138 (84,15)</b>	<b>87 (100,0)</b>	<b>44 (91,7)</b>	<b>49 (90,7)</b>	<b>16 (100,0)</b>
Visita Domiciliar	257 (50,9)	<b>106 (77,9)</b>	68 (41,5)	51 (58,6)	5 (10,4)	16 (29,6)	11 (68,7)
Acolhimento	222 (44,0)	25 (18,4)	131 (79,9)	44 (50,6)	9 (18,7)	9 (16,7)	4 (25,0)
Grupos	208 (41,2)	41 (30,1)	59 (36,0)	30 (34,5)	17 (35,4)	<b>45 (83,3)</b>	<b>16 (100,0)</b>
Interconsultas	141 (27,9)	5 (3,68)	54 (32,9)	40 (46,0)	5 (10,4)	24 (44,4)	13 (81,2)
Recepção/Sala de Espera	75 (14,8)	43 (31,6)	23 (14,0)	1 (1,1)	4 (8,3)	2 (3,70)	2 (12,5)
Farmácia	39 (7,7)	0 (0,0)	25 (15,2)	0 (0,0)	1 (2,1)	10 (18,5)	3 (18,7)
<b>Tempo de aconselhamento individual</b>							
1 a 5 min.	<b>223 (53,5)</b>	16 (20,8)	<b>78 (51,3)</b>	<b>74 (88,1)</b>	<b>25 (64,1)</b>	<b>29 (59,2)</b>	1 (6,2)
6 a 15 min.	116 (27,6)	27 (35,1)	52 (34,2)	9 (10,7)	13 (33,3)	14 (28,6)	1 (6,25)
≥ 16 min.	78 (18,6)	<b>34 (44,2)</b>	22 (14,5)	1 (1,2)	1 (2,6)	6 (12,2)	<b>14 (87,5)</b>
<b>Tempo de aconselhamento coletivo</b>							
1 a 5 min.	61 (31,7)	6 (20,7)	15 (28,8)	<b>16 (45,7)</b>	9 (40,9)	13 (32,5)	2 (14,3)
6 a 15 min.	<b>90 (46,8)</b>	<b>12 (41,4)</b>	<b>26 (50,0)</b>	<b>16 (45,7)</b>	<b>13 (59,1)</b>	<b>18 (45,0)</b>	5 (35,7)
≥ 16 min.	41 (21,3)	11 (37,9)	11 (21,1)	3 (8,6)	0 (0,0)	9 (22,5)	<b>7 (50,0)</b>
<b>Grupos etários aconselhados*</b>							

Crianças	158 (37,6)	28 (34,6)	45 (31,7)	47 (56,6)	11 (25,0)	25 (46,3)	2 (12,5)
Adolescentes	228 (53,6)	38 (44,7)	75 (52,1)	69 (83,1)	12 (28,0)	30 (55,6)	4 (25,0)
Adultos	<b>419 (90,5)</b>	<b>96 (88,1)</b>	<b>141 (91,6)</b>	<b>78 (91,8)</b>	<b>37 (82,2)</b>	<b>51 (94,4)</b>	<b>16 (100,0)</b>
Idosos	<b>389 (94,2)</b>	<b>88 (92,6)</b>	<b>132 (96,3)</b>	<b>75 (96,1)</b>	<b>29 (80,6)</b>	<b>49 (96,1)</b>	<b>16 (100,0)</b>
<b>Condição de saúde dos usuários aconselhados*</b>							
Sobrepeso/obesidade	370 (94,1)	74(91,4)	132(98,5)	78 (100,0)	31(91,2)	40(80,0)	15(93,8)
Diabetes	354 (92,9)	62(86,1)	132(98,5)	77(98,7)	27(81,8)	41(85,4)	15(93,7)
Hipertensão	365 (92,6)	81(93,1)	128(96,2)	76 (98,7)	25(75,8)	39(81,2)	16(100,0)
Dislipidemia	280 (79,5)	22(44,9)	114(87,0)	78(100,0)	18(56,2)	34(73,9)	14(87,5)
Sem morbidades	271 (73,4)	53(84,1)	98(75,4)	57(74,0)	12(35,3)	39(79,6)	12(75,0)
Doenças ósseas	246 (68,1)	33(54,1)	88(67,7)	69(92,0)	10(32,3)	32(66,7)	14(87,5)
Doença mental	239 (64,8)	25(41,7)	90(68,2)	60(76,9)	19(57,6)	36(72,0)	9(56,2)
Gestante	234 (63,2)	42(61,8)	92(70,2)	54(72,0)	12(37,5)	28(58,3)	6(37,5)
Doença cardíaca	224 (62,7)	17(28,3)	84(66,1)	68(90,7)	13(40,6)	28(59,6)	14(87,5)
Doenças respiratórias	214 (58,3)	30(48,4)	81(60,9)	57 (74,0)	16(50,0)	21(44,7)	9(56,2)
Deficiência física	122 (34,0)	18(29,5)	39(30,5)	38(50,7)	6(19,3)	17(35,4)	4(25,0)
Neoplasia	77 (21,6)	8(14,0)	23(17,8)	30(40,0)	2(6,4)	10(20,8)	4(25,0)

<sup>1</sup> Equipe de Saúde da Família; <sup>2</sup> Equipe de Saúde Bucal; <sup>3</sup> Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária; <sup>4</sup> Agente comunitário de saúde; <sup>5</sup> Enfermeiros e técnicos em enfermagem; <sup>6</sup> Cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal; <sup>7</sup> Assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo; <sup>8</sup> Profissional de Educação Física; <sup>9</sup> Atividade física. \*Frequências não corresponderam ao total devido aos *missings* (omissão dos respondentes na pesquisa).

As estratégias de aconselhamento mais utilizadas entre os profissionais foi de recomendar a participação em grupos de atividade física no Centro de Saúde (89,5%) e indicar locais específicos para realizar atividades (48,1%). Entre os locais indicados para realizar a atividade física destacam-se o Centro de Saúde (89,7%), parques e praças (88,3%), academias ao ar livre (83,0%) - Tabela 3. Ainda se observa que em relação ao modelo 5As, a estratégia mais utilizada considerando todos os profissionais foi o “aconselhar” (99,0%) e a menos utilizada o “acompanhar” (22,6%). Todos os profissionais de Educação Física referiram utilizar as estratégias “perguntar”, “aconselhar” e “auxiliar”, e mais da metade dos agentes comunitários de saúde e profissionais de Educação Física referiram “acompanhar” (56,1% e 50,0%). Em relação a quantidade de estratégias utilizadas, 44,4% dos profissionais referiram utilizar quatro estratégias no aconselhamento, sendo que metade dos profissionais de Educação Física reportou utilizar as cinco estratégias de acordo com o modelo 5As (50%) - Tabela 3.

Os mesmos dados apresentaram resultados semelhantes quando analisados de modo estratificado por equipes profissionais (eSF/eSB e eNASF-AP) – (Tabelas suplementares 1, 2 e 3; Figura suplementar 1). As tabelas suplementares estão localizadas após a seção de referência deste artigo (Estudo 3).

**Tabela 3.** Estratégias de aconselhamento para atividade física utilizado pelos profissionais de saúde da atenção primária à saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil 2018 (n = 587).

Variáveis	Total (n = 587)	eSF <sup>1</sup>			eSB <sup>2</sup>	eNASF-AP	
		ACS <sup>4</sup> (n = 161)	Equipe de enfermagem <sup>5</sup> (n = 193)	Médico (n = 87)	Dentista <sup>6</sup> (n = 74)	Outras profissões <sup>7</sup> (n = 56)	PEF <sup>8</sup> (n = 16)
<b>Estratégia utilizada para aconselhar</b>							
Recomenda grupo de AF <sup>9</sup> do CS <sup>10</sup>	<b>434 (89,5)</b>	<b>11 (88,1)</b>	<b>135 (85,4)</b>	<b>79 (91,9)</b>	<b>42 (91,3)</b>	<b>52 (98,1)</b>	<b>15 (93,7)</b>
Recomenda local específico para realizar AF <sup>9</sup>	233 (48,1)	73 (57,9)	69 (43,7)	38 (44,7)	18 (39,1)	25 (47,2)	10 (62,5)
Estabelece metas com usuário	131(27,0)	6 (4,8)	49 (31,0)	44 (51,2)	1 (2,2)	21 (39,6)	10 (65,2)
Fornecer materiais educativos	109 (22,5)	15 (11,9)	43 (27,2)	26 (30,2)	4 (8,7)	9 (17,0)	12 (75,0)
Prescreve exercícios	47 (9,7)	3 (2,4)	7 (4,4)	23 (26,7)	0 (0,0)	7 (13,2)	7 (43,7)
<b>Local recomendado aos usuários para AF<sup>9</sup></b>							
Centro de Saúde	<b>420 (89,7)</b>	<b>112 (92,6)</b>	<b>129 (85,4)</b>	73 (87,9)	38 (88,4)	<b>52 (96,3)</b>	<b>16 (100,0)</b>
Praças e parques	394 (88,3)	83 (81,4)	132 (88,0)	<b>76 (91,6)</b>	<b>42 (95,4)</b>	45 (88,2)	<b>16 (100,0)</b>
Academias ao ar livre	370 (83,0)	88 (82,2)	130 (87,2)	66 (78,6)	36 (87,8)	39 (78,0)	11 (73,3)
Pista de caminhada	336 (78,0)	73 (75,3)	112 (77,8)	71 (84,5)	27 (69,2)	39 (76,5)	14 (87,5)
Praias	284 (70,6)	58 (69,0)	95 (70,9)	60 (73,2)	26 (70,3)	35 (70,0)	10 (66,7)
Academias privadas	283 (70,2)	52 (65,0)	97 (71,3)	64 (77,1)	24 (63,2)	34 (66,7)	12 (80,0)
Quadra e canchas	205 (54,5)	36 (49,3)	72 (55,8)	48 (60,0)	16 (50,0)	25 (52,1)	8 (57,1)
<b>Atendimento ao Método do 5As<sup>11</sup></b>							
Perguntar	418 (86,2)	86 (70,5)	149 (92,0)	82 (96,5)	37 (77,1)	48 (92,3)	<b>16 (100,0)</b>
Avaliar	279 (57,5)	59 (49,6)	95 (59,0)	70 (80,5)	13, (27,1)	30 (55,6)	12 (75,0)
Aconselhar	<b>500 (99,0)</b>	<b>132 (97,1)</b>	<b>164 (100,0)</b>	<b>87 (100,0)</b>	<b>48 (100,0)</b>	<b>53 (98,1)</b>	<b>16 (100,0)</b>
Auxiliar	427 (86,3)	103 (79,8)	141 (86,5)	83 (95,4)	32 (98,1)	<b>52 (98,1)</b>	<b>16 (100,0)</b>
Acompanhar	112 (22,6)	<b>73 (56,1)</b>	18 (6,1)	7 (8,0)	2 (4,2)	11 (20,7)	<b>8 (50,0)</b>
<b>Quantidade de estratégias utilizadas</b>							
1	26 (5,1)	13 (9,6)	7 (4,3)	-	6 (12,5)	-	-
2	71 (14,1)	31 (22,8)	20 (12,2)	2 (2,3)	13 (27,1)	5 (9,3)	-
3	124 (24,5)	24 (17,6)	43 (26,2)	20 (23,0)	<b>16 (33,3)</b>	17 (31,5)	4 (25,0)

4	<b>224 (44,4)</b>	<b>34 (25,0)</b>	<b>86 (52,4)</b>	<b>60 (69,0)</b>	13 (27,1)	<b>27 (50,0)</b>	4 (25,0)
5	60 (11,9)	<b>34 (25,0)</b>	8 (4,9)	5 (5,7)	0 (0,0)	5 (9,3)	<b>8 (50,0)</b>

<sup>1</sup> Equipe de Saúde da Família; <sup>2</sup> Equipe de Saúde Bucal; <sup>3</sup> Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária; <sup>4</sup> Agente comunitário de saúde; <sup>5</sup> Enfermeiros e técnicos em enfermagem; <sup>6</sup> Cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal; <sup>7</sup> Assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo; <sup>8</sup> Profissional de Educação Física; <sup>9</sup> Atividade física; <sup>10</sup> Centro de saúde; <sup>11</sup> Sistemática de aconselhamento. \*Frequências não corresponderam ao total devido aos *missings* (omissão dos respondentes na pesquisa).

## Discussão

Este estudo teve como objetivo caracterizar a prática e as estratégias de aconselhamento para atividade física por profissionais de Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. Os principais resultados apontam que aproximadamente oito em cada dez profissionais realizam algum tipo de aconselhamento para atividade física, sendo caracterizado como um aconselhamento breve (até cinco minutos), realizado em atendimentos individuais e coletivos, direcionado para usuários adultos e idosos com comorbidades (excesso de peso, diabetes e hipertensão, principalmente). A estratégia mais utilizada foi recomendar aos usuários que participem de grupos de atividade física do Centro de Saúde e de local específico como praças e parques próximos de sua residência. Quanto ao modelo 5As, a estratégia mais utilizada foi o “aconselhar” e a menos utilizada o “acompanhar”. Os profissionais de Educação Física e agentes comunitários de saúde foram as categorias que apresentaram maior tempo empregado em aconselhar nos atendimentos individuais e coletivos, em utilizar maior quantidade de estratégias e de realizar o acompanhamento dos usuários após aconselhamento. Ressalta-se que esse foi um estudo que envolveu profissionais de saúde de diferentes áreas de formação básica, incluindo os que compõem a equipe de Saúde da Família, de Saúde Bucal e equipe NASF-AP, que pode mostrar um panorama mais adequado ao funcionamento do Sistema de Saúde Brasileiro. Além disso, o estudo avança no sentido de tentar entender quais são as características e estratégias de aconselhamento utilizadas pelos profissionais para além da afirmação de que esse aconselhamento é realizado.

O aconselhamento individual e coletivo que os profissionais têm realizado é do tipo breve, em um tempo de até cinco minutos. Não foram encontrados estudos no Brasil sobre o tempo de aconselhamento, contudo entre médicos americanos observa-se que o tempo de aconselhamento para atividade física foi entre dois e cinco minutos (WALSH et al., 1999). O aconselhamento breve tem promovido aumento nos níveis de atividade física (MENDES et al., 2020). Porém, recomenda-se que não seja utilizado como uma estratégia única de intervenção (ACSM, 2014; PINTO et al., 2005), mas que seja combinada com acompanhamento de mais profissionais de saúde (PINTO et al., 2005) e com estratégias de monitoramento (MADEIRA; AGOSTINHO, 2017; MENDES et al., 2020; WEEGEN et al., 2015). O maior tempo de aconselhamento apresentado pelos profissionais de Educação Física e agentes comunitários de saúde parece ir nessa direção, demonstrando potencial para apoiar o aconselhamento breve realizado pelos demais profissionais através de um contato mais prolongado com os usuários. O tempo destinado ao aconselhamento é um ponto fundamental para entender o potencial dessa estratégia em níveis populacionais e de inserção na APS, pois

os profissionais de saúde relatam que a falta de tempo é uma das principais barreiras para realizar o aconselhamento na APS (HÉBERT; CAUGHY; SHUVAL, 2012; MORAES et al., 2019; SOUZA et al., 2019; WATTANAPISIT et al., 2019).

O aconselhamento foi mais frequente em adultos e idosos, com excesso de peso/obesidade, diabetes e hipertensão. Esses achados corroboram com outros estudos (DOUGLAS et al., 2006; HIDALGO et al., 2016; JOYCE; O'TUATHAIGH, 2014; MORAES et al., 2019; MORISHITA et al., 2014; SMITH et al., 2008), com o perfil dos usuários e padrão de utilização dos serviços da APS, em que há predomínio das consultas ambulatoriais motivadas por doença e busca por medicamentos (BRASIL, 2017; GUIBU et al., 2017; RIBEIRO et al., 2006). Este é um importante resultado pois demonstra que a atividade física tem sido considerada no controle das comorbidades, conforme preconiza o plano de enfrentamento às doenças crônicas no Brasil (MALTA et al., 2016; BRASIL, 2021). Porém, é relevante que o aconselhamento para atividade física seja fomentado sob a ótica da promoção da saúde e que também inclua usuários que não apresentam comorbidades ou fatores de risco, assim como crianças e adolescentes através do fortalecimento de ações como do Programa Saúde na Escola (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016).

As estratégias mais utilizadas no aconselhamento foram recomendar a participação em grupos de atividade física no Centro de Saúde e indicar local específico para realizar atividade física. Os grupos ofertados pelos Centros de Saúde têm se mostrado um recurso relevante para impulsionar a atividade física no contexto da Saúde Pública, pois propicia benefícios aos usuários e conduz os demais profissionais de saúde e gestores a reconhecerem o importante papel da atividade física (RODRIGUES et al., 2013). Embora sejam importantes, os grupos não devem ser os únicos recursos de educação em saúde para atividade física e precisam ser repensados quanto as atividades ofertadas e horários de funcionamento para que amplie a participação da população de diferentes faixas etárias (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016; MORAES; LOCH; RECH, 2021). A recomendação de espaços públicos de lazer para prática de atividade física precisa considerar as barreiras ambientais como a falta de acessibilidade e segurança pública (RECH et al., 2016), e a disparidade na presença e qualidade dessas estruturas em áreas com renda *per capita* mais baixa (MANTA et al., 2019). Por isso, é importante que esta recomendação sempre esteja associada ao conhecimento do território e a ações intersetoriais com foco no nível ambiental/comunitário, visto que intervenções dessa natureza têm elevado os níveis de atividade física em países de alta renda (HEATH et al., 2012; PRATT et al., 2015) e podem promover melhoria do acesso e do projeto urbano desses espaços. Também, o uso de outras estratégias para aconselhar, como



materiais educativos, tecnologias de acompanhamento, pactuação de metas com usuário e prescrição de exercícios podem ser relevantes para fortalecer uma rede de apoio para mudança de comportamento do usuário.

Considerando o modelo 5As, a estratégia mais reportada pelos profissionais foi o “aconselhar”. De acordo com estudos internacionais, “aconselhar” está entre as estratégias mais mencionados pelos profissionais (CARROLL; ANTOGNOLI; FLOCKE, 2011; DOSH et al., 2005; GLASGOW; EMONT; MILLER, 2006; MORAES; LOCH; RECH, 2021; SHERSON; YAKES JIMENEZ; KATALANOS, 2014). Embora “aconselhar” contemple a importante função de comentar sobre os benefícios e recomendações da atividade física para a melhora da saúde, utilizá-lo de modo isolado pode não produzir resultados efetivos (ACSM, 2014), principalmente sabendo que os profissionais têm concentrado seu aconselhamento em recomendar um grupo ou local para atividade física, não diversificando recursos e estratégias para aconselhar. Isso pode também estar relacionado às barreiras frequentemente citadas pelos profissionais para aconselhar atividade física, como a falta de treinamento e materiais (HÉBERT; CAUGHY; SHUVAL, 2012; MORAES et al., 2019; WATTANAPISIT et al., 2019), além de sinalizar a existência de uma confusão na definição de aconselhamento (BRASIL, 1999).

Acompanhar foi a estratégia menos reportada entre os profissionais. Esse achado é similar em outros estudos (CARROLL; ANTOGNOLI; FLOCKE, 2011; GLASGOW; EMONT; MILLER, 2006; MORAES; LOCH; RECH, 2021; SHERSON; YAKES JIMENEZ; KATALANOS, 2014), e sinaliza uma lacuna que tem impedido o acompanhamento e registro dos resultados do aconselhamento para atividade física em níveis populacionais. É possível que a dificuldade na realização do “acompanhar” esteja atrelada às barreiras relatadas pelos profissionais, como falta de tempo, falta de treinamento e falta de recursos e devido à ausência de uma sistemática de aconselhamento (HÉBERT; CAUGHY; SHUVAL, 2012; MORAES et al., 2019; SOUZA et al., 2019; WATTANAPISIT et al., 2019). De acordo com *American College of Sports Medicine* (ACSM, 2014) programas comportamentais devem incluir diferentes estratégias, ajustados às motivações individuais e basear-se em teorias a fim de que aumente a adoção e manutenção da atividade física. Por isso, é extremamente necessário que profissionais da APS possam ter acesso a mecanismos (estratégias e ferramentas) capazes de avaliar efetividade e alcance do aconselhamento para atividade física (ARTINIAN et al., 2010; MORAES; LOCH; RECH, 2021). Isso também contribuiria para ampliar o entendimento do aconselhamento para atividade física, passando de uma simples orientação genérica para uma prática efetiva que produz mudança de comportamento

significativa e quantificável, a exemplo de outros sistemas de saúde, como da Holanda e Portugal (MENDES et al., 2020; VERWEY et al., 2016).

Adicionalmente, mais da metade dos agentes comunitários de saúde e profissionais de Educação Física referiram ter utilizado o “acompanhar”. As peculiaridades da atuação de cada um desses profissionais parece ser um ponto forte para apoiar essa estratégia de aconselhamento para atividade física, uma vez que demonstram maior proximidade com usuários e ambiente comunitário (SANTOS et al., 2015). Esses dados destacam a importância de pensar um aconselhamento descentralizado do médico e disseminado por profissionais de saúde com formações diversas. Nesse quesito, APS brasileira tem potencial para explorar um modelo de aconselhamento descentralizado, pois conta com equipes multiprofissionais que ampliam os cuidados em saúde, porém mudanças recentes na política de financiamento da APS podem fragilizar esse modelo (BRASIL, 2019; SALES et al., 2020).

Os profissionais de Educação Física reportaram utilizar maior quantidade de estratégias para aconselhar atividade física. A utilização dessas estratégias de modo conjunto, pode representar que os profissionais têm buscado auxiliar na mudança de comportamento dos usuários, porém é bem possível que não conheçam o modelo 5As como um construto organizacional e nem o utilizem como ferramenta funcional na sua prática assistencial (MORAES; LOCH; RECH, 2021), visto que o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não possui formação e protocolos específicos adaptados à realidade brasileira.

Investimentos em formação continuada específica à temática aconselhamento para atividade física podem auxiliar no uso e diversificação de estratégias. Um esquema baseado no modelo 5As ampliaria o leque de estratégias utilizadas para aconselhar atividade física promovendo maior segurança para os profissionais e organização dessa prática. O profissional de Educação Física inserido na APS por meio do eNASF-AP, representa um importante diferencial do sistema de saúde brasileiro e que possui potencial para fomentar o aconselhamento para atividade física, seja entre os demais profissionais de saúde por meio de educação permanente, seja aos usuários, por isso, é importante que as políticas da APS continuem prezando pela atuação multiprofissional. Adicionalmente, instrumentalizar a prática do aconselhamento com novas tecnologias e softwares que organizem e registrem essa prática em todo território nacional pode consolidar sua inserção no SUS e aperfeiçoar os processos de assistência a mudança de comportamento dos usuários. Além disso, recomenda-se a realização de pesquisas de intervenção no contexto da APS para o desenvolvimento de recursos de apoio ao aconselhamento baseado em evidências.

A interpretação desses achados deve considerar algumas limitações. Primeiramente,

a medida de aconselhamento para atividade física pode ter sido compreendida de modo divergente pelos profissionais, principalmente porque o termo é polissêmico e pode se expressar em diferentes níveis, simples ou estruturado. Outra limitação seria viés de “desejabilidade social”, tendência em responder positivamente as questões por julgar ser uma prática esperada de profissionais de saúde. Por outro lado, este estudo tem caráter inédito ao abordar características e estratégias de aconselhamento para atividade física por profissionais das diferentes equipes (eNASF-AP, eSF e eSB), com participação representativa dos profissionais da APS de uma capital brasileira.

Por fim, pode-se concluir-se que o aconselhamento para atividade física referido pela maioria dos profissionais concentra sua principal estratégia em “aconselhar”. Por não haver nenhuma sistemática aplicada ao SUS e apenas recomendações das políticas, o aconselhamento parece ocorrer sem o acompanhamento da mudança de comportamento dos usuários. O uso das estratégias como do modelo 5As, em conjunto com outras ações intersetoriais, poderá contribuir para fortalecer o aconselhamento para atividade física na cultura organizacional da APS e para oportunizar o acompanhamento efetivo dos usuários e avaliações das ações objetivando melhorias constantes na promoção da atividade física.

## REFERENCIAS

AINSWORTH, B. E.; YOUMANS, C. P. Tools for physical activity counseling in medical practice. **Obesity**, v. 10, n. s11, p. 69S, 2002.

ALEXANDER, S. C. et al. Do the Five A's Work When Physicians Counsel About Weight Loss? **Family Medicine**, v. 43, n. 3, p. 179–184, mar. 2011.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE et al. **Manual de pesquisa: das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

ARTINIAN, N. T. et al. Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults. **Circulation**, v. 122, n. 4, p. 406–441, 27 jul. 2010.

BECKER, L.; GONÇALVES, P.; REIS, R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 2, p. 110–122, 1 mar. 2016.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAUDE. COORDENACAO NACIONAL DE DST/AIDS. Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde. Brasil. Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. *Portaria nº 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015*, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030* [recurso eletrônico]. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2021.

CARROLL, J. K.; ANTOGNOLI, E.; FLOCKE, S. A. Evaluation of physical activity counseling in primary care using direct observation of the 5As. **The Annals of Family Medicine**, v. 9, n. 5, p. 416–422, 2011.

DOSH, S. A. et al. Changing Organizational Constructs Into Functional Tools: An Assessment of the 5 A's in Primary Care Practices. **The Annals of Family Medicine**, v. 3, n. suppl 2, p. S50–S52, 1 jul. 2005.

DOUGLAS, F. 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, p. 138, 2006.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 847–852, 2014.

FIORE, M. C. et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. **Rockville, MD: US Department of Health and Human Services**, 2008.

FLOCKE, S. A. et al. Exercise, Diet, and Weight Loss Advice in the Family Medicine Outpatient Setting. **Family Medicine**, v. 37, n. 6, p. 7, 2005.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 22, de 09 de novembro de 2016. Política Municipal de Atenção Primária à Saúde, 2016.

FLORINDO, A. A. et al. Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1–8, 2015.

FLORINDO, A. A. et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, v. 13, p. 794, 2013.

GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2543–2556, 2021.

GLASGOW, R. E.; EMONT, S.; MILLER, D. C. Assessing delivery of the five ‘As’ for patient-centered counseling. **Health Promotion International**, v. 21, n. 3, p. 245–255, 1 set. 2006.

GUIBU, I. A. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 13 nov. 2017.

HEATH, G. W. et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 272–281, 21 jul. 2012.

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.

HIDALGO, K. D. et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 1114, 2016.

IBGE; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IPEA; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas do desenvolvimento humano nas regiões metropolitanas brasileiras. Perfil Florianópolis – SC**. Disponível em: <<https://atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/420540>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

JOYCE, C. L.; O’TUATHAIGH, C. M. Increased training of general practitioners in Ireland may increase the frequency of exercise counselling in patients with chronic illness: A cross-sectional study. **European Journal of General Practice**, v. 20, n. 4, p. 314–319, 1 dez. 2014.

MADEIRA, S. G.; AGOSTINHO, M. Aconselhamento breve em Atividade Física nos Cuidados de Saúde Primários. **Revista Factores de Risco**, v. 12, p. 51–58, 12 jul. 2017.

MALTA, D. et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 1–2, jun. 2016.

MANTA, S. W. et al. Public open spaces and physical activity: disparities of resources in Florianópolis. **Revista de saude publica**, v. 53, p. 112, 2019.

MELVIN, C. L. et al. A systematic review of lifestyle counseling for diverse patients in primary care. **Preventive Medicine**, v. 100, p. 67–75, 2017.

MENDES, R. et al. Physical Activity Promotion Tools in the Portuguese Primary Health Care: An Implementation Research. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 3, p. 815, jan. 2020.

MERIWETHER, R. A. et al. Physical Activity Counseling. **American Family Physician**, v. 77, n. 8, p. 1129–1136, 15 abr. 2008.

MORAES, S. DE Q. et al. Prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, p. 1–12, 2019.

MORAES, S. DE Q.; LOCH, M. R.; RECH, C. R. Estratégias de aconselhamento para atividade física utilizadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família em Florianópolis. **Journal of Physical Education**, v. 32, n. 1, p. e-3210, 2021.

MORISHITA, Y. et al. Exercise counseling of primary care physicians in metabolic syndrome and cardiovascular diseases is associated with their specialty and exercise habits. **International Journal of General Medicine**, v. 7, p. 277–283, 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, NICE. **Physical activity: brief advice for adults in primary care: Public health guideline**. [s.l.] National Institute for Health and Care Excellence, 2013. Disponível em: <[www.nice.org.uk/guidance/ph44](http://www.nice.org.uk/guidance/ph44)>.

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

PINTO, B. M. et al. Randomized Controlled Trial of Physical Activity Counseling for Older Primary Care Patients. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 29, n. 4, p. 247–255, 1 nov. 2005.

POSKIPARTA, M.; KASILA, K.; KIURU, P. Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 24, n. 4, p. 206–210, 2006.

PRATT, M. et al. Can Population Levels of Physical Activity Be Increased? Global Evidence and Experience. **Progress in Cardiovascular Diseases**, 2013 Global Congress on Physical Activity - All Hearts Need Exercise: A Global Call to Action by the AHA. v. 57, n. 4, p. 356–367, 1 jan. 2015.

PROCHASKA, J. O.; MARCUS, B. H. The transtheoretical model: Applications to exercise. 1994.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Movimento é vida: atividades físicas e esportivas para todas as pessoas? Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil**. Brasília: PNUD, 2017.

RECH, C. et al. Barriers for physical activity in overweight adults. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 3, p. 272–279, 1 maio 2016.

RIBEIRO, M. C. S. DE A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1011–1022, dez. 2006.

RODRIGUES, J. D. et al. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 05–15, 2013.

SALES, W. B. et al. A importância da equipe NASF/AB - enfrentamentos e multidisciplinariedade: uma revisão narrativa/crítica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 48, p. e3256–e3256, 2020.

SANTOS, T. 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. 165–165, 2015.

SHERSON, E. A.; YAKES JIMENEZ, E.; KATALANOS, N. A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. **Family Practice**, v. 31, n. 4, p. 389–398, 1 ago. 2014.

SHINN, C.; SALGADO, R.; RODRIGUES, D. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física: o caso de Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1339–1348, 2020.

SHORT, C. E. et al. Physical activity recommendations from general practitioners in Australia. Results from a national survey. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 40, n. 1, p. 83–90, 2016.

SMITH, B. J. et al. Encouraging physical activity: five steps for GPs. **Australian Family Physician**, v. 37, n. 1–2, 2008.

SOUZA, Juliana H. Prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física na atenção básica à saúde: uma revisão sistemática. [Trabalho de Conclusão de Residência]. Florianópolis: **Universidade Federal de Santa Catarina**. Residência multiprofissional em Saúde da Família; 2018.

SOUZA, J. M. DE S. et al. Isolated and simultaneous perceived barriers to physical activity counseling. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, p. 1–8, 2019.

SOUZA, J.; FLORINDO, A.; COSTA, F. Associated factors with physical activity counseling among Brazilian Family Health Strategy workers. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA**, v. 318, n. 2, p. 167–174, 11 jul. 2017.

VERWEY, R. et al. Upgrading physical activity counselling in primary care in the Netherlands. **Health promotion international**, v. 31, n. 2, p. 344–354, 2014.

VERWEY, R. et al. Upgrading physical activity counselling in primary care in the Netherlands. **Health Promotion International**, v. 31, n. 2, p. 344–354, 1 jun. 2016.

WALSH, J. M. E. et al. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 16, n. 4, p. 307–313, 1999.

WATTANAPISIT, A. et al. Developing a training programme in physical activity counselling for undergraduate medical curricula: a nationwide Delphi study. **BMJ Open**, v. 9, n. 8, p. e030425, 2019.

WEEGEN, S. VAN DER et al. It's LiFe! Mobile and Web-Based Monitoring and Feedback Tool Embedded in Primary Care Increases Physical Activity: A Cluster Randomized Controlled Trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 17, n. 7, p. e4579, 24 jul. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. 2020



**Tabela suplementar 1.** Caracterização dos profissionais da atenção primária à saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil 2018 (n = 587).

Variáveis	Categoria	Total	ESF/ESB <sup>5</sup>	NASF-AB <sup>4</sup>
		(n = 587)	(n = 515)	(n = 72)
		n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Masculino	80 (14,6)	72 (15,1)	8 (11,1)
	Feminino	468 (85,4)	404 (84,9)	64 (88,9)
Faixa etária	20 a 29 anos	82 (15,2)	51 (10,9)	31 (43,1)
	30 a 49 anos	357 (66,1)	318 (67,9)	39 (54,2)
	≥ 50 anos	101 (18,7)	99 (21,2)	2 (2,8)
Cor da pele	Branco	461 (83,8)	405 (84,7)	56 (77,8)
	Pardo	52 (9,4)	43 (9,0)	9 (12,5)
	Preto	33 (6,0)	29 (6,1)	4 (5,6)
	Amarelo	4 (0,7)	1 (0,2)	3 (4,2)
Escolaridade	Sem ensino superior	223 (39,3)	222 (44,8)	0 (0,0)
	Ensino superior	94 (16,5)	70 (14,1)	25 (34,7)
	Pós-Graduação	251 (44,2)	204 (41,1)	47 (65,3)
Pós-Graduação em SC <sup>1</sup>	Não	75 (29,9)	54 (26,5)	21 (44,7)
	Sim	176 (70,1)	150 (73,5)	26 (55,3)
Vínculo Empregatício	Temporário	218 (38,2)	186 (37,3)	32 (44,4)
	Concursado/efetivo	353 (61,8)	313 (62,7)	40 (55,6)
Tempo de trabalho na APS <sup>2</sup> *	≤ 3 anos	122 (22,9)	88 (19,1)	34 (47,2)
	> 3 anos	410 (77,1)	372 (80,9)	38 (52,8)
Carga horária de trabalho <sup>3</sup>	≤ 30 horas	111 (19,4)	94 (18,8)	17 (23,6)
	≥ 40 horas	460 (80,6)	405 (81,2)	55 (76,4)
Recebeu/realizou apoio matricial do NASF-AB <sup>4</sup>	Nunca/raramente	203 (37,5)	189 (40,3)	14 (19,4)
	Frequentemente/sempre	338 (62,5)	280 (59,7)	58 (80,6)
Categoria profissional	ACS	161 (27,4)		

Médico(a)	87 (14,8)
Enfermeiro(a)	101 (17,2)
Técnico(a) em enfermagem	92 (15,7)
Cirurgião(a)-dentista	44 (7,5)
Técnico(a)/Auxiliar de Saúde Bucal	30 (5,1)
Assistente social	9 (1,5)
Farmacêutico(a)	10 (1,7)
Fisioterapeuta	13 (2,2)
Nutricionista	17 (2,9)
Profissional de Educação Física	16 (2,7)
Psicólogo(a)	7 (1,2)

---

<sup>1</sup> Saúde Coletiva; <sup>2</sup> Atenção Primária à Saúde. <sup>3</sup> Carga horária semanal. <sup>4</sup> Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; <sup>5</sup> Equipe de Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal. \*Frequências não corresponderam ao total devido aos *missings* (omissão dos respondentes na pesquisa).

**Tabela suplementar 2.** Características do aconselhamento para atividade física realizado pelos profissionais de saúde da atenção primária à saúde estratificado por equipes de atuação. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil 2018 (n = 587).

Variáveis	Total n (%)	ESF/ESB <sup>2</sup> n (%)	NASF-AB <sup>3</sup> n (%)	p*
<b>Aconselha AF<sup>1</sup></b>				<b>0,007</b>
Não	81 (13,8)	79 (15,3)	2 (2,8)	
Sim	506 (86,2)	436 (84,7)	70 (97,2)	
<b>Momento de realização do aconselhamento</b>				
Atendimento individual	364 (72,1)	299 (68,7)	65 (92,9)	<b>&lt;0,001</b>
Grupos	208 (41,2)	147 (33,8)	61 (87,1)	<b>&lt;0,001</b>
Interconsultas	141 (27,9)	104 (23,9)	37 (52,9)	<b>&lt;0,001</b>
Acolhimento	222 (44,0)	209 (48,0)	13 (18,6)	<b>&lt;0,001</b>
Farmácia	39 (7,7)	26 (6,0)	13 (18,6)	<b>0,001*</b>
Visita Domiciliar	257 (50,9)	230 (52,9)	27 (38,6)	<b>0,036</b>
Recepção/Sala de Espera	75 (14,8)	71 (16,3)	4 (5,7)	<b>0,033</b>
<b>Tempo de aconselhamento individual</b>				<b>0,023</b>
1 a 5 min.	226 (53,8)	169 (55,2)	30 (46,2)	
6 a 15 min.	116 (27,6)	101 (28,5)	15 (23,1)	
≥ 16 min.	78 (18,6)	58 (16,3)	20 (30,8)	
<b>Tempo de aconselhamento coletivo</b>				<b>0,019</b>
1 a 5 min.	119 (48,2)	98 (52,4)	21 (35,0)	
6 a 15 min.	87 (35,2)	64 (34,2)	23 (38,3)	
≥ 16 min.	41 (16,6)	25 (13,4)	16 (26,7)	
<b>Grupos etários aconselhados*</b>				
Crianças	158 (37,6)	131 (37,4)	27 (38,6)	0,964
Adolescentes	228 (53,6)	194 (54,6)	34 (48,6)	0,423
Adultos	419 (90,5)	352 (89,6)	67 (95,7)	0,163
Idosos	389 (94,2)	324 (93,6)	65 (97,0)	0,397*
<b>Condição de saúde dos usuários aconselhados*</b>				
Sobrepeso/obesidade	370 (94,1)	315 (96,3)	55 (83,8)	<b>0,001*</b>
Diabetes	354 (92,9)	298 (94,0)	56 (87,5)	0,103*
Hipertensão	365 (92,6)	310 (93,9)	55 (85,9)	<b>0,035*</b>
Dislipidemia	280 (79,5)	232 (80,0)	48 (77,4)	0,777
Sem morbidades	271 (73,4)	220 (72,4)	51 (78,5)	0,392
Doenças ósseas	246 (68,1)	200 (67,3)	46 (71,9)	0,577
Doença mental	239 (64,8)	194 (64,0)	45 (68,2)	0,618
Gestante	234 (63,2)	200 (65,4)	34 (53,1)	0,088
Doença cardíaca	224 (62,7)	182 (61,9)	42 (66,7)	0,571
Doenças respiratórias	214 (58,3)	184 (60,5)	30 (47,6)	0,079
Deficiência física	122 (34,0)	101 (34,2)	21 (32,8)	0,942
Neoplasia	77 (21,6)	63 (21,6)	14 (21,9)	1,000

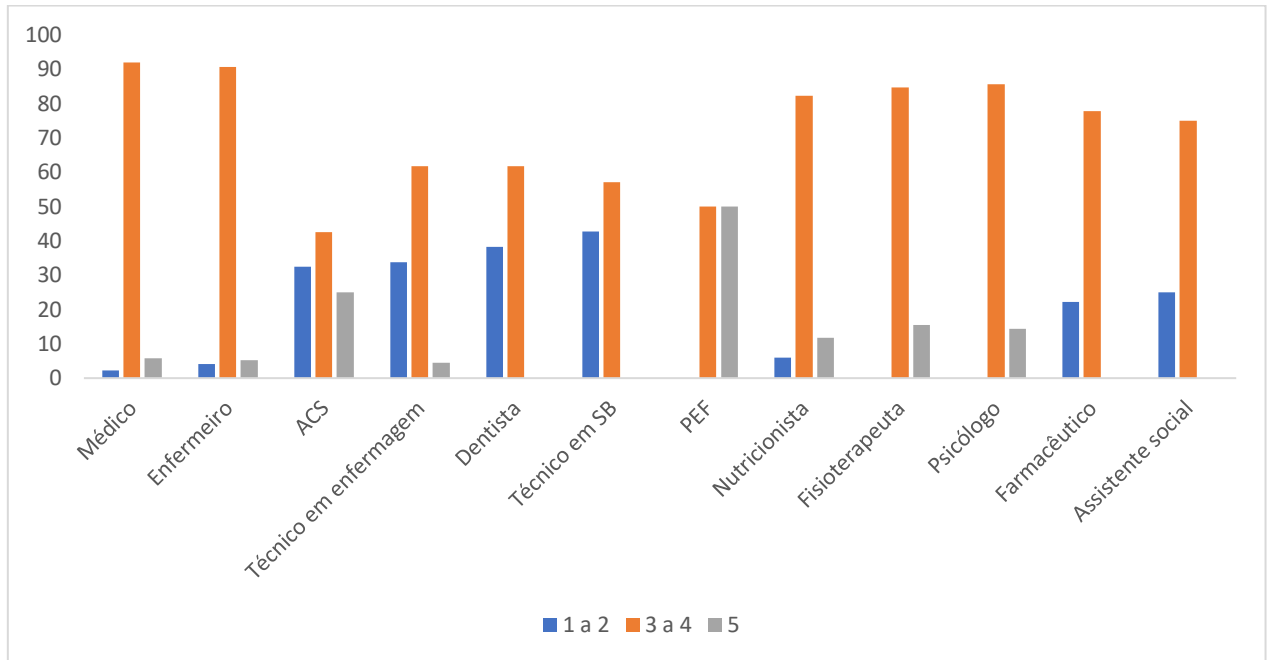
<sup>1</sup>Atividade física; <sup>2</sup> Equipe de Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal; <sup>4</sup> Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Min = minutos. \*Teste Qui-quadrado; \*Teste Exato de Fisher.

**Tabela suplementar 3.** Estratégias de aconselhamento para atividade física utilizado pelos profissionais de saúde da atenção primária à saúde estratificado por equipes de atuação. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil 2018 (n = 587).

Variáveis	Total n (%)	ESF/ESB <sup>3</sup> n (%)	NASF-AB <sup>4</sup> n (%)	p*
<b>Estratégias utilizadas para aconselhar</b>				
Fornece materiais educativos	109 (22,5)	88 (21,2)	21 (30,4)	0,120
Estabelece metas com usuário	131(27,0)	100 (24,0)	31 (44,9)	<b>&lt;0,001</b>
Prescreve exercícios	47 (9,7)	33 (7,9)	14 (20,3)	<b>0,003</b>
Recomenda grupo de AF <sup>1</sup> do CS <sup>2</sup>	434 (89,5)	367 (88,2)	67 (97,1)	<b>0,044</b>
Recomenda local específico para realizar AF <sup>1</sup>	233 (48,1)	198 (47,7)	35 (50,7)	0,738
<b>Local recomendado aos usuários para AF<sup>1</sup></b>				
Centro de Saúde	420 (89,7)	352 (88,4)	68 (97,1)	<b>0,046</b>
Praças e parques	394 (88,3)	333 (87,9)	61 (91,0)	0,588
Academias privadas	283 (70,2)	237 (70,3)	46 (69,7)	1,000
Academias ao ar livre	370 (83,0)	320 (84,0)	50 (76,9)	0,222
Quadra e canchas	205 (54,5)	172 (54,8)	33 (53,2)	0,933
Pista de caminhada	336 (78,0)	283 (77,7)	53 (79,1)	0,931
Praias	284 (70,6)	239 (70,9)	45 (69,2)	0,784
<b>Percepção de adoção da AF<sup>1</sup> após aconselhamento</b>				0,077
Nunca/Raramente	181 (45,0)	158 (47,2)	23 (34,3)	
Frequentemente/Sempre	145 (36,1)	113 (33,7)	32 (47,8)	
Não sabe responder	76 (18,9)	64 (19,1)	12 (17,9)	
<b>Atendimento ao Método do 5As<sup>3</sup></b>				
Perguntar	418 (86,2)	354 (84,9)	64 (94,1)	<b>0,064</b>
Avaliar	279 (57,5)	237 (57,1)	42 (60,0)	0,747
Aconselhar	500 (99,0)	431 (99,1)	69 (98,6)	0,527*
Dar assistência	427 (86,3)	359 (84,3)	68 (98,6)	<b>0,003</b>
Acompanhar	112 (22,6)	93 (21,8)	19 (27,5)	0,365
<b>Quantidade de estratégias</b>				
1	26 (5,1)	26 (6,0)	0 (0)	
2	71 (14,1)	66 (15,2)	5 (7,1)	
3	124 (24,5)	103 (23,7)	21 (30,0)	
4	224 (44,4)	193 (44,4)	31 (44,3)	
5	60 (11,9)	47 (10,8)	13 (18,6)	

<sup>1</sup>Atividade física; <sup>2</sup>Centro de saúde; <sup>3</sup>Sistemática de aconselhamento; <sup>4</sup>Equipe de Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal; <sup>5</sup>Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. \*Teste Qui-quadrado; \*Teste Exato de Fisher.

**Figura suplementar 1** – Quantidade de estratégias utilizadas para aconselhar atividade física por categoria profissional



#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação se propôs a sumarizar e estimar a prevalência, assim como analisar os fatores associados a realização do aconselhamento para atividade física e descrever as estratégias de aconselhamento utilizadas pelos profissionais da APS da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Mediante a revisão sistemática foi possível observar que há espaço para maior uso de aconselhamento para atividade física entre os profissionais de saúde. As principais contribuições da revisão sistemática consistiram em sumarizar a prevalência dos estudos observacionais com profissionais de saúde e usuários, caracterizando o estado da arte a respeito da realização do aconselhamento no contexto da APS, sendo possível identificar a quantidade de estudos por país, os profissionais mais investigados e as principais características investigadas.

Os resultados do inquérito transversal evidenciaram uma prevalência elevada de aconselhamento para atividade física reportada por profissionais das diversas equipes da APS de uma capital brasileira. Também, reforçaram que aspectos da formação e atuação profissional e o nível de atividade física dos profissionais estiveram relacionadas a maiores chances de aconselhar atividade física. Portanto, caracterizar as estratégias adotadas para aconselhar atividade física é um importante passo para diagnosticar as potencialidades e fragilidades dessa prática e assim, contribuir para planejar ações com base na realidade da APS.

Algumas limitações precisam ser consideradas, como a medida do aconselhamento empregado, a interpretação polissêmica do termo “aconselhamento em saúde” e viés de “desejabilidade social” entre os profissionais pesquisados. Em contrapartida, destaca-se como ponto forte desta dissertação a elaboração de três artigos científicos que buscou explorar a temática aconselhamento para atividade física de modo ampliado. Ao nosso conhecimento, um desses estudos foi a primeira revisão sistemática a respeito da prevalência de aconselhamento para atividade física no contexto da APS. Também, a originalidade de investigar diversos profissionais das equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária com amostra representativa de uma capital brasileira, e de descrever as características e estratégias utilizadas na realidade da APS são pontos fortes.

A realização desta pesquisa contribui para a área de Educação Física e Saúde Coletiva, pois permite a compreensão dos múltiplos fatores que podem influenciar na

realização do aconselhamento para atividade física, e o entendimento do modo como o aconselhamento tem sido realizado, bem como, as estratégias adotadas no contexto da APS. Esses dados podem ser utilizados por profissionais de Educação Física e demais profissionais atuantes na APS, além de gestores para guiar ações de planejamento e aperfeiçoamento da prática do aconselhamento para atividade física, podendo ser discutidos em reuniões de matriciamento a respeito da atuação em equipe multiprofissional para a promoção da atividade física como um direito a ser incentivado a nível populacional.



## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Centro de Desportos**  
**Residência Multiprofissional em Saúde da Família**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Por favor, leia atentamente as instruções abaixo antes de decidir se você concorda em participar do presente estudo.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre “**ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE - ACONSELHASUS**”. Essa pesquisa será desenvolvida por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e orientada pelo Professor Doutor Cassiano Ricardo Rech, do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A participação na pesquisa é de livre vontade e antes de assinar este termo, é importante que você entenda as informações presentes neste documento.

**JUSTIFICATIVA:** a prática de atividade física está relacionada à diminuição do risco de mortalidade precoce, bem como na redução das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como diabetes, hipertensão, osteoporose, depressão e vários tipos de câncer. O aconselhamento para atividade física é uma forma de atuação do profissional que envolve a escuta, compreensão do indivíduo e suporte para que, a partir de seus conhecimentos, o sujeito planeje e tome decisões. Estudos afirmam que o aconselhamento para atividade física deve fazer parte da prática de rotina dos profissionais da saúde que atuam na Atenção Básica, e quando desenvolvido, é recurso eficaz para promover estilos de vida ativo.

**OBJETIVO DO ESTUDO:** Identificar a prevalência de aconselhamento para atividade física nos Centros de Saúde da Atenção Básica à Saúde (ABS) da cidade de Florianópolis-SC.

**PROCEDIMENTOS:** a pesquisa será realizada nos Centros de Saúde para avaliar o conhecimento, opiniões e práticas relacionadas ao aconselhamento para atividade física entre os profissionais de saúde da ABS do Sistema Único de Saúde (SUS).

**POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS:** O participante pode se sentir constrangido ao responder perguntas, podendo alguma(s) serem consideradas pessoais. Pode sentir-se desconfortável ao pensar na possibilidade de quebra de sigilo, ainda que remota, involuntária e não intencional, e suas consequências nas relações pessoais e profissionais.

Para minimizar esses possíveis desconfortos: 1) um profissional treinado estará disponível para sanar as possíveis dúvidas; 2) será garantido o anonimato e sigilo das informações obtidas e os participantes serão identificados por números. Mesmo assim, em caso de mal-estar ou qualquer problema por causa da participação no estudo, a equipe de pesquisadores irá dar suporte integral ao participante. O participante poderá desistir em qualquer etapa do estudo, não sendo obrigatório responder as perguntas que não se sentirem confortáveis.

**BENEFÍCIOS:** As informações da pesquisa serão utilizadas para entender os motivos que facilitam ou dificultam o aconselhamento para prática de atividade física e com essas informações, serão realizadas capacitações para os profissionais da área da saúde atuantes na Atenção Básica com o objetivo de auxiliar e facilitar a utilização do aconselhamento nas interações entre profissionais e usuários.

Fica antes garantido que:

- 1) Você somente irá participar da pesquisa a partir da entrega desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo a sua assinatura;
- 2) As coletas de dados serão realizadas no Centro de Saúde em que você frequenta e em dias e horários previamente agendados;
- 3) Durante todos os procedimentos da pesquisa haverá profissionais à disposição para lhe prestar toda a assistência necessária ou acionar pessoal competente para tal;
- 4) O nome dos participantes não será divulgado, garantindo o caráter confidencial das informações obtidas;
- 5) Você poderá entrar em contato com os pesquisadores sempre que sentirem necessidade, através de telefone ou e-mail, informado abaixo neste documento;
- 6) A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer tipo de pagamento referente a sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extra associada a pesquisa venha a ocorrer, você deverá contatar os pesquisadores para o ressarcimento nos termos da lei. Da mesma forma, caso você tenha algum prejuízo material e imaterial, você poderá solicitar indenização de acordo com a legislação vigente;
- 7) Você terá liberdade para recusar-se a participar da pesquisa e, após aceitar, também poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização.

O Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech (orientador da pesquisa) estará disponível para esclarecer dúvidas em qualquer etapa da pesquisa, através do e-mail cassiano.rech@ufsc.br ou pelo telefone (48) 98486-2658, caso haja interesse.

#### DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Declaro, para fins da realização da pesquisa, que cumprirei todas as exigências acima e as expostas na resolução 466/12, na qual obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima.

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech

*Esta pesquisa foi submetida à Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) e ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) tendo cadastro no CAAE: 87548218.3.0000.0121. Esse Comitê é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEPESH da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-6094 ou no endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis. Você pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir.*

Caso concorde em participar desta pesquisa, rubricue todas as páginas do presente documento e assine no local indicado na página de assinaturas. Deverão ser preenchidas e assinadas duas (02) vias do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, uma delas deverá ser entregue aos pesquisadores e uma via deve ficar com você.

Eu \_\_\_\_\_, declaro que li e entendi todas as informações deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, assino abaixo, confirmando através deste documento:

( ) Meu consentimento para participação na coleta de dados referente a todas as etapas de coleta.

\_\_\_\_\_  
Assinatura (participante)

\_\_\_\_\_  
Assinatura (pesquisador)

Florianópolis - SC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Agradeço a colaboração!

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech

Contato: Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário – Trindade – Caixa Postal 476. CEP 88040-900 – Florianópolis, SC, Brasil. e-mail: cassiano.rech@ufsc.br Fone: (48) 98486-2658

## APÊNDICE B – Questionário do AconselhaSUS

### PROJETO ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA – ACONSELHA SUS

#### QUESTIONÁRIO - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

##### Orientações ao participante da pesquisa:

- *Este questionário refere-se à sua prática profissional na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS);*
- *Preenchimento destinado tanto à profissionais da equipe de Saúde Família (eSF) quanto Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e também à profissionais residentes. Não deve ser preenchido por estagiários;*
- *Esta pesquisa objetiva identificar a prevalência de aconselhamento para atividade física nos Centros de Saúde da Atenção Básica à Saúde (ABS) da cidade de Florianópolis-SC*

<b>BLOCO 1: ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA</b>		
<b>As próximas questões serão sobre aconselhamento para atividade física considerando os últimos 12 meses de sua prática profissional no(s) Centro(s) de Saúde. Aconselhamento pode ser considerado como uma orientação geral ou estruturada de incentivo ou recomendação para a prática de atividade física.</b>		
<b>Q1.</b> Durante seus atendimentos, nos últimos 12 meses, você realizou aconselhamento para atividade física aos usuários? <sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim <b>(Pule para Q3)</b>		Q1.
<b>Q2.</b> Você tem intenção em começar a realizar aconselhamentos para atividade física nos próximos 6 meses? <sup>0</sup> ( ) Não <b>(Pule para Q12)</b> <sup>1</sup> ( ) Sim <b>(Pule para Q12)</b>		Q2.
<b>Q3.</b> Quando você aconselha para atividade física quais estratégias utiliza?		
<b>Q3.1</b> Pergunta sobre nível/prática de atividade física?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q3.1
<b>Q3.2</b> Avalia o nível de atividade física ou estágio de mudança de comportamento do usuário?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q3.2
<b>Q3.3</b> Comenta sobre os benefícios da prática regular de atividade física?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q3.3
<b>Q3.4</b> Comenta sobre as recomendações de atividade física para a saúde?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q3.4
<b>Q3.5</b> Aconselha com base nas características individuais (idade, sexo, condição clínica), recomendando frequência e intensidade específicas de atividade física?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q3.5
<b>Q3.6</b> Identifica os motivos que dificultam ou impedem o usuário a não realizar atividade física?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q3.6
<b>Q3.7</b> Oferece alguma solução para auxiliar o usuário quanto estas dificuldades?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q3.7
<b>Q3.8</b> Utiliza alguma estratégia (ex: visitas, ligações, mensagem de texto) para saber se o usuário COMEÇOU a realizar atividade física?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q3.8
<b>Q3.9</b> Utiliza alguma estratégia (ex: visitas, ligações, mensagem de texto) para saber se o usuário ESTÁ REALIZANDO atividade física?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q3.9
<b>Q4.</b> Durante o aconselhamento, o que você utiliza para auxiliar o usuário a praticar atividade física? <i>(Pode marcar mais de uma opção).</i>		Q4.1 Q4.2 Q4.3 Q4.4 Q4.5
<sup>1</sup> ( ) Fornece materiais educativos sobre atividade física	<sup>2</sup> ( ) Estabelece metas com o usuário	
<sup>3</sup> ( ) Escreve prescrição de exercício	<sup>4</sup> ( ) Recomenda grupo de atividade física do Centro de saúde	
<sup>5</sup> ( ) Recomenda local específico para realizar atividade física		
<b>Q5.</b> Você recomenda aos usuários que façam atividade física em:		
<b>Q5.1</b> Centro de saúde?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q5.1
<b>Q5.2</b> Praças e parques?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q5.2
<b>Q5.3</b> Academias privadas?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q5.3
<b>Q5.4</b> Academias ao ar livre/terceira idade?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q5.4
<b>Q5.5</b> Quadras/canchas públicas?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q5.5
<b>Q5.6</b> Pista de caminhada?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q5.6
<b>Q5.7</b> Praias?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q5.7
<b>Q5.8</b> Outro local?	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim. Qual/quais?	Q5.8

<b>Q6.</b> Geralmente em qual tipo de atendimento você realiza aconselhamento para atividade física? <i>(Pode marcar mais de uma opção).</i>		Q6.1 ___
<sup>1</sup> ( ) Atendimento individual	<sup>2</sup> ( ) Grupos	Q6.2 ___
<sup>3</sup> ( ) Interconsultas	<sup>4</sup> ( ) Acolhimento	Q6.3 ___
<sup>5</sup> ( ) Farmácia	<sup>6</sup> ( ) Visita Domiciliar	Q6.4 ___
<sup>7</sup> ( ) Recepção/Sala de Espera	<sup>8</sup> ( ) Outros: _____	Q6.5 ___
		Q6.6 ___
		Q6.7 ___
		Q6.8 ___
<b>Q7.</b> Em média, quanto tempo por usuário você utiliza para aconselhar atividade física em atendimento individual/visita domiciliar? minutos		Q7.
<b>Q8.</b> Em média, quanto tempo você utiliza para aconselhar atividade física em atendimentos coletivos (grupos)? minutos		Q8.
<b>Q9.</b> Nos últimos 12 meses, com que frequência você aconselhou atividade física para os seguintes grupos etários?		
<b>Q9.1</b> Crianças	<sup>0</sup> ( ) Nunca <sup>1</sup> ( ) Raramente <sup>2</sup> ( ) Frequentemente <sup>3</sup> ( ) Sempre	Q9.1
<b>Q9.2</b> Adolescentes	<sup>0</sup> ( ) Nunca <sup>1</sup> ( ) Raramente <sup>2</sup> ( ) Frequentemente <sup>3</sup> ( ) Sempre	Q9.2
<b>Q9.3</b> Adultos	<sup>0</sup> ( ) Nunca <sup>1</sup> ( ) Raramente <sup>2</sup> ( ) Frequentemente <sup>3</sup> ( ) Sempre	Q9.3
<b>Q9.4</b> Idosos	<sup>0</sup> ( ) Nunca <sup>1</sup> ( ) Raramente <sup>2</sup> ( ) Frequentemente <sup>3</sup> ( ) Sempre	Q9.4
<b>Q10.</b> Com que frequência você aconselha atividade física para os usuários nas seguintes condições de saúde?		
	<sup>0</sup> ( ) Nunca	<sup>1</sup> ( ) Raramente
	<sup>2</sup> ( ) Frequentemente	<sup>3</sup> ( ) Sempre
<b>Q10.1</b> Doenças cardíacas		
<b>Q10.2</b> Dislipidemias		
<b>Q10.3</b> Diabetes <i>Mellitus</i>		
<b>Q10.4</b> Hipertensão Arterial		
<b>Q10.5</b> Sobrepeso/obesidade		
<b>Q10.6</b> Doenças respiratórias		
<b>Q10.7</b> Doenças ósseas ou musculares		
<b>Q10.8</b> Transtorno mental ou comportamental		
<b>Q10.9</b> Gestantes		
<b>Q10.10</b> Aparentemente saudável		
<b>Q10.11</b> Deficiência Física		
<b>Q10.12</b> Neoplasias (tumores)		
<b>Q10.13</b> Outras:		
<b>Q11.</b> Na sua percepção, após aconselhamento inicial, com que frequência os usuários conseguem adotar a prática de atividade física?		Q11.
<sup>0</sup> ( ) Nunca <sup>1</sup> ( ) Raramente <sup>2</sup> ( ) Frequentemente <sup>3</sup> ( ) Sempre <sup>4</sup> ( ) Não sabe responder		
<b>Q12.</b> Quais os motivos que <b>impedem ou dificultam</b> você de aconselhar atividade física?		
<b>Q12.1</b> Falta de tempo nos atendimentos	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q12.1
<b>Q12.2</b> Falta de conhecimento/treinamento sobre aconselhamento	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q12.2
<b>Q12.3</b> Esta função não é coerente com a sua profissão	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q12.3
<b>Q12.4</b> Não considera o aconselhamento importante/relevante	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q12.4
<b>Q12.5</b> Não tem evidências sobre os benefícios da prática regular de atividade física	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q12.5
<b>Q12.6</b> Não tem materiais educativos (ex: folders)	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q12.6
<b>Q12.7</b> Não tem sucesso com a mudança de comportamento dos usuários	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q12.7
<b>Q12.8</b> Outro fator:	<sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q12.8
<b>BLOCO 2: CONHECIMENTO SOBRE AS RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA</b>		
<b>As próximas questões são referentes ao seu conhecimento sobre as recomendações de atividade física moderada e vigorosa para obter benefícios à saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).</b>		
<b>Para responder as questões lembre-se que:</b>		
➤ Atividades físicas de intensidade <b>MODERADA</b> são aquelas que precisam de algum esforço físico, que te fazem respirar um pouco mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater <b>um pouco mais</b> forte.		
➤ Atividades físicas de intensidade <b>VIGOROSA</b> são aquelas que precisam de um grande esforço físico, que te fazem respirar muito mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater <b>mais</b> forte.		
<b>Q13.</b> Como você considera seu conhecimento sobre as recomendações de atividade física?		Q13.
<sup>1</sup> ( ) Muito ruim <sup>2</sup> ( ) Ruim <sup>3</sup> ( ) Moderado <sup>4</sup> ( ) Bom <sup>5</sup> ( ) Muito bom		

<b>Q14.</b> Você conhece quais são as recomendações de atividade física para pessoas <b>adultas aparentemente saudáveis</b> , com relação à atividade física <b>moderada ou vigorosa</b> ? <sup>0</sup> ( ) Não ( <b>Pule para Q19</b> ) <sup>1</sup> ( ) Sim	Q14.
<b>Q15.</b> Qual a frequência semanal mínima que o indivíduo deve realizar de atividade física <b>MODERADA</b> para obter benefícios para a saúde? <sup>0</sup> ( ) 0 <sup>1</sup> ( ) 1 dia <sup>2</sup> ( ) 2 dias <sup>3</sup> ( ) 3 dias <sup>4</sup> ( ) 4 dias <sup>5</sup> ( ) 5 dias <sup>6</sup> ( ) 6 dias <sup>7</sup> ( ) 7 dias	Q15.
<b>Q16.</b> Nesses dias, qual o tempo mínimo recomendado de atividade física <b>MODERADA</b> para obter benefícios para a saúde? minutos/dia	Q16.
<b>Q17.</b> Qual a frequência semanal mínima que o indivíduo deve realizar de atividade física <b>VIGOROSA</b> para obter benefícios para a saúde? <sup>0</sup> ( ) 0 <sup>1</sup> ( ) 1 dia <sup>2</sup> ( ) 2 dias <sup>3</sup> ( ) 3 dias <sup>4</sup> ( ) 4 dias <sup>5</sup> ( ) 5 dias <sup>6</sup> ( ) 6 dias <sup>7</sup> ( ) 7 dias	Q17.
<b>Q18.</b> Nesses dias, qual o tempo mínimo recomendado de atividade física <b>VIGOROSA</b> para obter benefícios para a saúde? minutos/dia	Q18.

### BLOCO 3: NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER

Este bloco se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer; ou seja, no seu **TEMPO LIVRE**. Pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos seguidos. Você **NÃO DEVE INCLUIR** as atividades referentes ao seu trabalho, deslocamento ou a suas tarefas domésticas.

**Q19.** Em uma semana **NORMAL**, quantos dias você faz atividade física **VIGOROSA** no seu **TEMPO LIVRE**, por pelo menos **10 minutos seguidos**? (correr, nadar rápido, pedalar rápido)  
<sup>0</sup>( ) 0 (**Pule para Q21**) <sup>1</sup>( ) 1 dia <sup>2</sup>( ) 2 dias <sup>3</sup>( ) 3 dias <sup>4</sup>( ) 4 dias <sup>5</sup>( ) 5 dias <sup>6</sup>( ) 6 dias <sup>7</sup>( ) 7 dias

**Q20.** Quanto tempo de atividade física **VIGOROSA** você faz **POR DIA**?  
\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ [Minutos]  
**2<sup>a</sup>** **3<sup>a</sup>** **4<sup>a</sup>** **5<sup>a</sup>** **6<sup>a</sup>** **SAB** **DOM** [Dias da semana]

**Q21.** Em uma semana **NORMAL**, quantos dias você faz atividade física **MODERADA** no seu **TEMPO LIVRE**, por pelo menos **10 minutos seguidos**? (pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar tênis)  
<sup>0</sup>( ) 0 (**Pule para Q23**) <sup>1</sup>( ) 1 dia <sup>2</sup>( ) 2 dias <sup>3</sup>( ) 3 dias <sup>4</sup>( ) 4 dias <sup>5</sup>( ) 5 dias <sup>6</sup>( ) 6 dias <sup>7</sup>( ) 7 dias

**Q22.** Quanto tempo de atividade física **MODERADA** você faz **POR DIA**?  
\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ [Minutos]  
**2<sup>a</sup>** **3<sup>a</sup>** **4<sup>a</sup>** **5<sup>a</sup>** **6<sup>a</sup>** **SAB** **DOM** [Dias da semana]

**Q23.** Em uma semana **NORMAL**, quantos dias você faz **CAMINHADA** no seu **TEMPO LIVRE**, por pelo menos **10 minutos seguidos**?  
<sup>0</sup>( ) 0 (**Pule para Q25**) <sup>1</sup>( ) 1 dia <sup>2</sup>( ) 2 dias <sup>3</sup>( ) 3 dias <sup>4</sup>( ) 4 dias <sup>5</sup>( ) 5 dias <sup>6</sup>( ) 6 dias <sup>7</sup>( ) 7 dias

**Q24.** Quanto tempo de **CAMINHADA** você faz **POR DIA**?  
\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ [Minutos]  
**2<sup>a</sup>** **3<sup>a</sup>** **4<sup>a</sup>** **5<sup>a</sup>** **6<sup>a</sup>** **SAB** **DOM** [Dias da semana]

### BLOCO 4: FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

As questões a seguir referem-se à sua formação inicial, às práticas de educação permanente (como cursos de capacitação, formações em serviço, etc.) vivenciadas na Atenção Básica e sua atuação profissional neste Município.

**Q25.** Qual o seu nível de escolaridade?  
<sup>1</sup>( ) Fundamental incompleto <sup>2</sup>( ) Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto  
<sup>3</sup>( ) Fundamental completo/ Médio incompleto <sup>4</sup>( ) Médio completo/Superior incompleto  
<sup>5</sup>( ) Superior completo

**Se você tiver algum curso de graduação concluído, responda a próxima questão. Caso não tenha, pular para Q31.**

**Q26.** Em qual ano você concluiu a sua graduação?

**Q27.** Durante o curso de graduação você **participou de programas ou atividades acadêmicas relacionadas à intervenção profissional na Atenção Básica (AB)**? (*Pode marcar mais de uma opção*).  
<sup>1</sup>( ) Estágio curricular obrigatório na AB <sup>2</sup>( ) PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde)  
<sup>3</sup>( ) Projeto de iniciação científica relacionado à AB <sup>4</sup>( ) Projeto de extensão relacionado à AB  
<sup>5</sup>( ) PRO-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde)  
<sup>6</sup>( ) Não foi oferecido <sup>7</sup>( ) Outros programas. Qual (is)?

**Q28.** Você **CONCLUIU** algum curso de pós-graduação? <sup>0</sup>( ) Não (**Pule para Q31**) <sup>1</sup>( ) Sim

**Q29.** Que tipo de curso de pós-graduação você concluiu? (*Pode marcar mais de uma opção*).  
<sup>1</sup>( ) Aperfeiçoamento <sup>2</sup>( ) Especialização lato-sensu <sup>3</sup>( ) Residência <sup>4</sup>( ) Mestrado <sup>5</sup>( ) Doutorado


**Q30.** O curso de pós-graduação que você concluiu foi em Saúde Pública, ou Saúde da Família e Comunidade ou Saúde Coletiva? <sup>0</sup>( ) Não <sup>1</sup>( ) Sim

**Q31.** Nos últimos 12 meses, você **participou de algum curso de capacitação** oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde

que abordou o <b>tema atividade física e saúde</b> ? <sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	
<b>Q32.</b> Você tem interesse em participar de alguma formação sobre atividade física e saúde? <sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup> ( ) Sim	Q32.
<b>Q33.</b> Nos últimos 12 meses, com que frequência você <b>recebeu ou realizou apoio matricial das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sobre o tema atividade física e saúde</b> , como por exemplo: a realização de ações técnico-assistenciais (discussão de casos clínicos) e/ou técnico-pedagógicas (educação permanente sobre temas relevantes para as equipes)? <sup>1</sup> ( ) Nunca <sup>2</sup> ( ) Raramente <sup>3</sup> ( ) Frequentemente <sup>4</sup> ( ) Sempre	Q33.
<b>Q34.</b> Nos últimos 12 meses, com que frequência você recebeu, <b>especificamente do Profissional de Educação Física (PEF), atividades de apoio matricial sobre o tema atividade física e saúde</b> , como por exemplo: a realização de ações técnico-assistenciais (discussão de casos clínicos) e/ou técnico-pedagógicas (educação permanente sobre temas relevantes para as equipes)? <sup>1</sup> ( ) Nunca <sup>2</sup> ( ) Raramente <sup>3</sup> ( ) Frequentemente <sup>4</sup> ( ) Sempre <sup>5</sup> ( ) PEF afastado/Não possui PEF <sup>6</sup> ( ) Não se aplica	Q34.
<b>Q35.</b> Há quanto tempo você <b>trabalha</b> na Atenção Básica? _____ anos / <b>ou</b> _____ meses	Q35.
<b>Q36.</b> Há quanto tempo você <b>trabalha</b> neste Centro de Saúde ou NASF? _____ anos / <b>ou</b> _____ meses	Q36.
<b>Q37.</b> Qual a sua <b>categoria profissional</b> ? <sup>1</sup> ( ) Agente Comunitário de Saúde <sup>2</sup> ( ) Assistente Social <sup>3</sup> ( ) Cirurgião-dentista <sup>4</sup> ( ) Enfermeiro(a) <sup>5</sup> ( ) Farmacêutico(a) <sup>6</sup> ( ) Fisioterapeuta <sup>7</sup> ( ) Médico(a) <sup>8</sup> ( ) Nutricionista <sup>9</sup> ( ) Psicólogo(a) <sup>10</sup> ( ) Profissional de Educação Física <sup>11</sup> ( ) Técnico(a)/Auxiliar de Saúde Bucal <sup>12</sup> ( ) Técnico(a) em Enfermagem <sup>14</sup> ( ) Outro:	Q37.
<b>Q38.</b> Qual é o <b>tipo de vínculo empregatício que você tem</b> atualmente na Atenção Básica do SUS? <i>(Pode marcar mais de uma opção).</i> <sup>1</sup> ( ) Cargo comissionado <sup>2</sup> ( ) Contrato informal <sup>3</sup> ( ) Contrato temporário <sup>4</sup> ( ) Contrato verbal <sup>5</sup> ( ) Cooperativa <sup>6</sup> ( ) Empregado c/ carteira assinada-CLT <sup>7</sup> ( ) Servidor público efetivo <sup>8</sup> ( ) Residente em Saúde (Programa de Residência Uni ou Multiprofissional) <sup>9</sup> ( ) Outro:	Q38.
<b>Q39.</b> Qual a sua <b>carga horária de trabalho semanal</b> na <u>Atenção Básica</u> no Centro de Saúde? <sup>1</sup> ( ) Menos de 20 horas/sem <sup>2</sup> ( ) 20 horas/sem <sup>3</sup> ( ) 30 horas/sem <sup>4</sup> ( ) 40 horas/sem <sup>5</sup> ( ) Superior a 40 horas/sem	Q39.
<b>Q40.</b> O Centro de Saúde onde você atua localiza-se em qual tipo de área? <i>(Pode marcar mais de uma opção).</i> <sup>1</sup> ( ) Urbana <sup>2</sup> ( ) Rural <sup>3</sup> ( ) Vulnerabilidade Social	Q40.
<b>Q41.</b> Em média, quantas pessoas você atende por semana em <b>atendimentos individuais</b> (ou visita domiciliar)? _____ pessoas	Q41.
<b>Q42.</b> Em média, quantas pessoas você atende por semana em <b>atendimentos coletivos</b> (grupos) ? _____ pessoas	Q42.
<b>BLOCO 5: INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	
<b>Q43.</b> Data de nascimento: _____ / _____ / _____ <sup>999</sup> ( ) Não sabe/não respondeu	Q43.
<b>Q44.</b> Qual é sua idade? _____ anos <sup>999</sup> ( ) Não sabe/não respondeu	Q44.
<b>Q45.</b> Sexo: <sup>1</sup> ( ) Masculino <sup>2</sup> ( ) Feminino	Q45.
<b>Q46.</b> Qual a sua cor de pele? <sup>1</sup> ( ) Branco <sup>2</sup> ( ) Pardo <sup>3</sup> ( ) Preto <sup>4</sup> ( ) Amarelo <sup>5</sup> ( ) Indígena	Q46.
<b>Q47.</b> Qual seu estado civil? <sup>1</sup> ( ) Solteiro(a) <sup>2</sup> ( ) Casado(a)/união estável <sup>3</sup> ( ) Divorciado(a) /viúvo(a)	Q47.
<b>Q48.</b> Qual é o seu peso atual? _____ kg <sup>999</sup> ( ) Não sabe/não respondeu	Q48.
<b>Q49.</b> Qual é a sua estatura? _____ cm <sup>999</sup> ( ) Não sabe/não respondeu	Q49.

*Agradecemos sua participação.*

APÊNDICE C – Cartaz para divulgação da pesquisa



O Grupo de Estudos em Ambiente Urbano de Saúde convida para participar da PESQUISA sobre

## ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

**Objetivo:**

Identificar a prevalência de aconselhamento para atividade física entre as práticas dos profissionais de saúde da Atenção Básica de Florianópolis.

\*Anonimato garantido

Coordenador:  
Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech

Mais informações:  
Sheylane de Queiroz Moraes  
moraessheylane@gmail.com  
(48) 988392798

UFSC

CENTRO DE DESPORTOS  
UFSC

GeAS  
Grupo de Estudos e Pesquisa em Ambiente Urbano & Saúde

APÊNDICE D - *Check list* para auxiliar pesquisadores na coleta de dados

**CHECK LIST PARA COLETA DO PROJETO ACONSELHASUS  
2018**

Para os Centros de Saúde em que o questionário não será aplicado durante a reunião, é

Roteiro	Execução
<input type="checkbox"/> Apresentar a pesquisa e convidar	<input type="checkbox"/> Texto base <input type="checkbox"/> Mostrar o flyer
<input type="checkbox"/> Explicar como será a participação	<input type="checkbox"/> Participação voluntária <input type="checkbox"/> Questionário: <ul style="list-style-type: none"> <li>• perguntas objetivas</li> <li>• não precisa se identificar (anônima)</li> </ul> <input type="checkbox"/> TCLE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 via deve ser assinada e datada e DEVOLVIDA junto ao questionário, a outra via fica com o participante.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Entregar os questionários e auxiliar se solicitado	<input type="checkbox"/> Distribuir kits, e se necessário, canetas
<input type="checkbox"/> Recolher os questionários	<input type="checkbox"/> Conferir assinatura TCLE <input type="checkbox"/> Verificar a possibilidade de deixar questionários a funcionários que não estão na reunião e agende um retorno
<input type="checkbox"/> Agradecer a participação	<input type="checkbox"/> Pedir autorização para afixar o flyer num local comum aos funcionários (ex. cozinha).

importante que agende uma data de retorno para recolhimento.



## APÊNDICE E – Texto base para divulgação da pesquisa



### Texto Base para divulgação por e-mail e apresentação nas coletas

Apresentação pessoal.

Gostaríamos de convidá-los a participar da coleta de dados da pesquisa "**Aconselhamento para atividade física na Atenção Básica - Aconselha SUS**".

"**Aconselha SUS**" é uma pesquisa desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Ambiente e Saúde (GeAs), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), coordenada pelo Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech. R

O **objetivo** é identificar a prevalência de recomendações para atividade física realizada pelos profissionais da Atenção Básica de Florianópolis. Importante frisar que “aconselhamento” para atividade física **NÃO** é uma prescrição de exercício físico, e sim uma conversa, incentivo ou recomendação para prática.

**Quem pode participar?** Profissionais de saúde, tanto da equipe Estratégia de Saúde da Família (ESF) quanto NASF e residentes, dos Centros de Saúde de Florianópolis. Estagiários e funcionários administrativos **NÃO** participarão.

**Como participar da pesquisa?** Basta preencher um questionário que será distribuído juntamente com o Termo de consentimento da pesquisa.

A pesquisa possui aprovação do Comitê de ética/UFSC e autorização da Escola de Saúde Pública.

Suas contribuições serão muito importantes para desenvolver recursos de promoção de estilo de vida ativo no contexto da Atenção Básica. Participe!

Disponibilizar informações para contato.

## ANEXO A – Autorização execução da pesquisa



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 14 de Março de 2018.

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do comitê de ética em pesquisa com seres humanos - CEPESH, e como representante legal da instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa “*ACONSELHA SUS: Aconselhamento para Atividade Física na Atenção Básica à Saúde*”, da pesquisadora responsável SHEYLANE DE QUEIROZ MORAES. Declaro ainda, que cumprirei os termos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e da resolução 510, de 7 de abril de 2016 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com o projeto e rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador e ajustes solicitados pelo serviço. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.

*Evelise Ribeiro Gonçalves*  
Escola de Saúde Pública  
Matricula 26212-9  
SMS - PMF

\_\_\_\_\_  
Evelise Ribeiro Gonçalves  
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs  
Escola de Saúde Pública de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde

**ANEXO B – Parecer Comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Aconselhamento para prática de atividade física na Atenção Básica à Saúde

**Pesquisador:** Cassiano Ricardo Rech

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 87548218.3.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.693.520

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, tendo como pesquisador responsável Cassiano Ricardo Rech (do Centro de Desportos da UFSC) e como pesquisadora principal Sheylane de Queiroz Moraes, residente do referido programa, além de outros citados. A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde de Florianópolis para avaliar o conhecimento, opiniões e práticas relacionadas ao aconselhamento para atividade física entre os profissionais de saúde da AB do Sistema Único de Saúde. O projeto será realizado em três etapas: a) revisão sistemática da literatura; b) inquérito transversal com a população de profissionais de Saúde da Atenção Básica à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina; c) inquérito transversal com uma amostra de usuários dos Centros de Saúde de Florianópolis. Estão previstos 1060 participantes (400 profissionais da AB, que responderão a questionários e 660 usuários, que participarão de uma entrevista).

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Investigar a prevalência de aconselhamento para atividade física realizado pelos profissionais da saúde e recebido pelos usuários nos Centros de Saúde da ABS da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. **Objetivo Secundário:** Associar a prática de aconselhamento com as informações de formação profissional, sociodemográficas e de saúde dos profissionais e dos usuários.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.093.520

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores entendem e esclarecem que há o risco dos participantes sentirem-se constrangidos ao responder perguntas e o risco de quebra de sigilo, ainda que remoto, involuntário e não intencional, e suas consequências.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem considerações adicionais.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pela sub coordenadora Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Declaração da comissão de acompanhamento dos projetos de pesquisa em saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, informando que tomou conhecimento da pesquisa e que cumprirá os termos da res. 466/12. Cronograma informando que a coleta de dados dar-se-á entre junho e agosto de 2018. Orçamento informando despesas de R\$ 480,00 com financiamento próprio. Os anexos 3 e 4 do projeto contém os questionários a serem aplicados aos profissionais e aos usuários. Os TCLEs para os profissionais e os usuários estão bem redigidos, esclarecedores a respeito dos objetivos, procedimentos e riscos, e cumpre as exigências da res. 466/12.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1076848.pdf	17/05/2018 08:59:48		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.pdf	17/05/2018 08:58:00	Cassiano Ricardo Rech	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AconselhSUS_alteracoesCEP.docx	17/05/2018 08:56:16	Cassiano Ricardo Rech	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto2_modificadaCEP.pdf	17/05/2018 08:53:43	Cassiano Ricardo Rech	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_2.pdf	12/04/2018 19:58:58	SHEYLANE DE QUEIROZ MORAES	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.693.520

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_AconselhaSUS_enviado_a_CE PSH_29032018.pdf	06/04/2018 16:14:57	SHEYLANE DE QUEIROZ MORAES	Aceito
---	---	------------------------	-------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 05 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Nelson Canzian da Silva**  
(Coordenador)

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-8094 **E-mail:** cnp.propesq@contato.ufsc.br