

Estratégias de aconselhamento sobre atividade física recebidas por adultos na Atenção Primária à Saúde

Counseling strategies on the physical activity practice received by adults in Primary Health Care

Estrategias de asesoramiento sobre actividad física que reciben los adultos en Atención Primaria de Salud

Letícia Aparecida Calderão Sposito <https://orcid.org/0000-0002-5008-2003>¹; Letícia Pechnicki dos Santos <https://orcid.org/0000-0002-4443-5191>²; Alice Tatiane da Silva <https://orcid.org/0000-0002-9286-4345>²; Paulo Henrique Guerra <https://orcid.org/0000-0003-4239-0716>³; Mathias Roberto Loch <https://orcid.org/0000-0002-2680-4686>⁴; Cassiano Ricardo Rech <https://orcid.org/0000-0002-9647-3448>⁵; Ciro Romelio Rodriguez-Añez <https://orcid.org/0000-0001-8430-7621>⁶; Rogério César Fermino <https://orcid.org/0000-0002-9028-4179>^{2,6}

Resumo O objetivo do estudo foi analisar a associação entre características sociodemográficas, condições de saúde, estágios de mudança de comportamento e as diferentes estratégias de aconselhamento breve sobre a prática de atividade física (AF) recebidas por usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. Realizou-se um estudo transversal com amostra representativa de 779 adultos atendidos nas 15 Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais, Paraná. As variáveis foram mensuradas com instrumentos válidos, e as estratégias de aconselhamento, avaliadas com base no método dos “5 As”. Como principais resultados, as duas estratégias relatadas com maior frequência foram “receber informações sobre os benefícios da AF” (91%) e a “avaliação do nível de AF” (84%). Faixa etária, hipertensão, número de comorbidades e de medicamentos consumidos apresentaram consistente associação com ao menos 50% das estratégias de aconselhamento recebidas ($p < 0,05$). Não foram observadas associações entre as variáveis analisadas e as duas estratégias reportadas com maior frequência. Conclui-se que as estratégias de aconselhamento recebidas variam de acordo com algumas das variáveis analisadas.

Palavras-chave Estratégias de saúde, Atividade motora, Controle comportamental, Ciências biocomportamentais, Sistema Único de Saúde

Abstract This study analyzed the association between sociodemographic characteristics, health conditions, stages of change behavior, and the different counseling strategies on the physical activity (PA) practice received by users of Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System. A cross-sectional study was conducted with a representative sample of 779 adults treated at the 15 Basic Health Units in São José dos Pinhais, Brazil. The variables were measured with valid instruments, and the counseling strategies were evaluated based on the “5 As” method. As main results, the two most frequently reported strategies were “receiving information about PA benefits” (91%) and “assessing the PA level” (84%). Age group, hypertension, number of comorbidities, and the medication consumed were consistently associated with at least 50% of the counseling strategies received ($p < 0.05$). No associations were observed between the variables analyzed and the two most frequently reported strategies. It is concluded that the counseling strategies received vary according to the some analyzed variables.

Key words Health strategies, Motor activity, Behavior control, Biobehavioral sciences, Unified Health System

Resumen Este estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre las características sociodemográficas, las condiciones de salud, las etapas de cambio de comportamiento y las diferentes estrategias de asesoramiento breve sobre la práctica de actividad física (AF) recibidas por usuarios de la Atención Primaria de Salud (APS) del Sistema Único de Salud. Se realizó un estudio transversal con una muestra representativa de 779 adultos atendidos en las 15 Unidades Básicas de Salud de São José dos Pinhais, Paraná, Brasil. Las variables se midieron con instrumentos válidos y las estrategias de consejería se evaluaron con base en el método de las “5 A”. Como resultados principales, las dos estrategias más frecuentemente reportadas fueron “recibir información sobre los beneficios de la AF” (91%) y “evaluar el nivel de AF” (84%). El grupo etario, la hipertensión, el número de comorbidades y los medicamentos consumidos mostraron una asociación consistente con al menos el 50% de las estrategias de consejería recibidas ($p < 0,05$). No se observaron asociaciones entre las variables analizadas y las dos estrategias reportadas con mayor frecuencia. Se concluye que las estrategias de consejería recibidas varían según algunas de las variables analizadas.

Palabras clave Estrategias de salud, Actividad motora, Control del comportamiento, Ciencias bioconductuales, Sistema Unificado de Salud

¹ Instituto de Biociências, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade, Universidade Estadual Paulista. Rio Claro SP Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Paraná. R. Pedro Gusso 2.601, Neoville. 81310-900 Curitiba PR Brasil. rogeriofermino@utfpr.edu.br

³ Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Humano e Tecnologias, Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista. Rio Claro SP Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Londrina PR Brasil.

⁵ Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Grupo de Estudos e Pesquisa em Ambiente Urbano e Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC Brasil.

⁶ Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba PR Brasil.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reafirma os diversos benefícios da atividade física (AF) para a manutenção e a melhoria da saúde, assim como na redução dos fatores de risco para doenças crônicas¹. Estima-se que, anualmente, 15% das mortes prematuras em nível mundial poderiam ser evitadas com a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo². No Brasil, apesar do elevado reconhecimento da população sobre a importância da AF³, cerca de 59% dos adultos residentes nas capitais são insuficientemente ativos no tempo de lazer⁴. Muitos fatores podem afetar a realização da AF, o que demonstra que este comportamento é influenciado por razões que vão além da motivação ou do conhecimento sobre os seus benefícios⁵.

A Política Nacional de Promoção da Saúde destaca a AF como um dos eixos prioritários das ações no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶, tornando necessária a implementação e a ampliação de programas de intervenção comunitária em diferentes grupos populacionais^{6,7}. Atualmente, as intervenções relacionadas à AF são desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) e variam de ações de educação em saúde a programas de exercícios físicos supervisionados⁷. Algumas intervenções utilizam-se das estratégias de aconselhamento⁷, que tem se mostrado efetivo para o aumento da AF⁸⁻¹⁰.

No contexto brasileiro, alguns estudos identificaram a prevalência de aconselhamento breve sobre AF realizado por profissionais que atuam na APS, que variaram entre 50-86%¹¹⁻¹³. Nessas pesquisas, os profissionais que realizaram aconselhamento com maior frequência foram os médicos, seguidos de enfermeiros e agentes comunitários de saúde^{11,12}. No entanto, os estudos com usuários da APS apontam prevalências de aconselhamento recebido inferiores, variando entre 35 e 43%^{11,12,14}. Em outros países, o aconselhamento ofertado por profissionais de saúde varia entre 11% e 95%, enquanto aquele reportado pelos usuários é de 5% a 62%¹², direcionado às pessoas com doenças crônicas^{15,16}.

Nesse sentido, diferentes estratégias de aconselhamento podem ser utilizadas por profissionais da saúde, o que inclui orientações sobre os benefícios da AF para a manutenção ou a melhoria da saúde, avaliação do nível de AF dos usuários e entrega de materiais educativos com orientações sobre as atividades, entre outras¹⁷⁻²². O aconselhamento breve é uma estratégia que pode promover o debate sobre comportamentos saudáveis durante as sessões individuais ou em

grupo^{9,10}. Assim, todos os profissionais de saúde poderiam aconselhar os usuários da APS sobre AF e, embora diferentes estratégias possam ocorrer de modo breve ou genérico, alguns autores sugerem que a utilização de intervenções sistemáticas e específicas tenham maior efetividade para o aumento da AF²³⁻²⁵. O modelo dos cinco “As” (5As) é um método de aconselhamento sistemático, fundamentado em teorias de mudança de comportamento, com base em evidências e aplicado para diferentes comportamentos de saúde, o que inclui a AF^{18,20,23,24,26,27}.

O processo de mudança de comportamento inclui etapas relacionadas ao interesse, à disponibilidade e à possibilidade da pessoa em modificar sua conduta²⁸⁻³⁰. Nesse sentido, as intervenções com aconselhamento deveriam ser específicas ao estágio de mudança de comportamento (EMC) em que as pessoas se encontram^{23,26,28,29}. Por exemplo, estratégias como enfatizar os benefícios da AF, identificar as barreiras e as maneiras para superá-las são mais adequadas às pessoas que se encontram nas etapas iniciais dos EMC (pré-contemplação e contemplação)^{19,20,23,27,28}.

Três pesquisas realizadas no contexto do SUS identificaram as estratégias de aconselhamento utilizadas pelos profissionais na APS; as mais frequentes foram: “fornecer informações sobre os benefícios da AF”, “avaliar o nível AF”, “recomendar o tipo da AF”, “identificar as barreiras para a AF” e “oferecer soluções para reduzir as barreiras”^{17,22,31}. No entanto, não foram localizados estudos que tenham identificado a percepção dos usuários da APS sobre quais estratégias de aconselhamento foram utilizadas pelos profissionais responsáveis pelo atendimento. Essa avaliação poderia facilitar o diálogo sobre o aconselhamento entre os profissionais e os usuários do SUS, além de possibilitar o direcionamento de informações compreensíveis e com maior alcance com base nas características sociodemográficas, nas condições de saúde e nos EMC para a AF dos usuários da APS^{18-20,30}. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar se existem associações entre características sociodemográficas, condições de saúde, EMC e as diferentes estratégias de aconselhamento breve sobre AF recebidas por usuários da APS.

Método

As informações utilizadas neste estudo fazem parte do projeto “Efetividade de programas comunitários para a promoção da atividade física

e redução do comportamento sedentário”^{14,32}. Atendendo à recomendação internacional, o relato do estudo foi desenvolvido a partir dos itens da lista Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology.

Delineamento, local do estudo e aspectos éticos

Entre os meses de abril e outubro de 2019, pré pandemia de COVID-19, foi conduzido um estudo observacional, de delineamento transversal, com abordagem quantitativa de coleta de dados, envolvendo uma amostra representativa de adultos atendidos em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da área urbana de São José dos Pinhais, Paraná, Sul do Brasil.

São José dos Pinhais é uma cidade desenvolvida de médio porte localizada na região metropolitana de Curitiba, capital do Paraná, com área de 946 km² (79% rural), população de 329 mil habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano de 0,758 e Índice de Gini de 0,459, similares às médias nacionais de 0,727 e 0,460, respectivamente³³. No ano de 2019, a cidade tinha 413 estabelecimentos de saúde, dos quais 27 eram UBS (56% localizadas na área urbana, n = 15). Apesar de a maior proporção do território da cidade estar localizado em área rural, 90% da população reside na área urbana. Assim, optou-se por selecionar as 15 UBS localizadas nesta área^{14,32}.

O estudo foi aprovado pelo CEP da PUCPR (parecer nº 2.882.260/2018) e os participantes foram consultados, esclarecidos sobre a voluntariedade e aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento.

Tamanho da amostra e seleção dos participantes

O tamanho da amostra foi estimado com base na média de atendimentos realizados entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019 (n = 34.275), disponíveis na página “Saúde Transparente”³⁴. Para a representação da amostra, considerou-se a prevalência de aconselhamento sobre AF recebido em UBS³⁵ (30% , com base em revisão da literatura disponível na data do planejamento do projeto, assim como no estudo-piloto), nível de confiança de 95%, erro amostral de quatro pontos percentuais e efeito de delineamento de 1,5. O número mínimo de participantes foi estimado em 745 pessoas. Com o acréscimo de 10% para perdas e recusas, estimou-se o mínimo de 820 usuários a serem con-

vidados. No entanto, optou-se por abordar um excedente de 100 pessoas (n = 920) para reduzir os erros de estimativa para análises multivariadas em estudos futuros. O tamanho da amostra foi proporcionalmente calculado em função do número de atendimentos em cada UBS, que variou entre 31 e 92 usuários.

Somente adultos (≥ 18 anos) foram convidados para participar do estudo. Foram excluídos aqueles que não residiam na cidade, que estivessem na UBS pela primeira vez, apresentassem alguma limitação física que dificultasse ou impossibilitasse a prática de AF no tempo de lazer ou com alguma limitação cognitiva ou fonativa que impedisse a compreensão das perguntas do questionário. No total foram excluídas nove pessoas.

Os participantes foram sistematicamente selecionados com base na posição em que se encontravam na sala de espera das UBS. Os entrevistadores posicionaram-se de frente à porta da UBS para identificar os cinco primeiros indivíduos presentes e então contabilizá-los de um a cinco, da esquerda para direita. Dessa maneira, o terceiro usuário foi selecionado, abordado e convidado a participar do estudo. Em caso de recusa ou de o participante não atender aos critérios de inclusão, foi selecionado a primeira pessoa à esquerda.

Coleta de dados

Dez entrevistadores treinados conduziram as entrevistas face a face com os usuários, antes ou após a consulta com os profissionais de saúde, em uma sala individual e reservada para garantir que não houvesse influência externa nas respostas. O tempo médio de aplicação do questionário foi de 18 minutos (± 5 min, 9-55 min).

Variável de desfecho

Estratégias de aconselhamento sobre a prática de AF

O aconselhamento breve sobre a prática de AF foi avaliado com base na resposta dicotômica para a questão: “Durante o último ano (12 meses), alguma vez que você esteve na UBS, você recebeu algum aconselhamento sobre a prática de AF durante as consultas com algum profissional de saúde (dicas ou orientações sobre caminhada, exercícios ou esportes para manter ou melhorar a sua saúde)?” Com opções de resposta “não” ou “sim”. Essa medida foi utilizada em estudos semelhantes e adaptada ao contexto local^{12,35}.

Os usuários que receberam o aconselhamento responderam às questões sobre as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, que foram avaliadas com base no modelo dos 5As (*Assess*: avaliar/perguntar; *Advise*: aconselhar; *Agree*: concordar; *Assist*: auxiliar; *Arrange*: organizar)^{19-21,26,27}. Esse método foi desenvolvido para identificar o aconselhamento sobre tabagismo; e posteriormente adaptado para outros comportamentos em saúde, como a inatividade física^{19,26,27}. As questões foram adaptadas e as estratégias de aconselhamento sobre AF, identificadas com resposta dicotômica para oito questões (não, sim)²² independentes. O número total de estratégias de aconselhamento recebidas foi calculado pela soma das oito opções e classificada em duas categorias (1-3 e ≥ 4 estratégias). Os usuários também reportaram qual profissional realizou e em que momento receberam o aconselhamento, podendo indicar múltiplas opções.

Variáveis independentes (possíveis preditores)

As variáveis independentes foram identificadas e selecionadas com base na revisão da literatura sobre os fatores associados ao aconselhamento breve sobre AF recebido por usuários da APS^{11,12,14}. Essas variáveis estão descritas a seguir.

Características sociodemográficas

O sexo (feminino, masculino) foi identificado com base na observação de características físicas, a idade foi agrupada em três faixas etárias (18-39 anos, 40-59 anos, ≥ 60 anos) e a situação conjugal classificada em “sem companheiro(a)” (solteiro, divorciado, viúvo) e “com companheiro(a)” (casado, união estável). A cor da pele foi autorreportada, avaliada em cinco categorias (branca, amarela, preta, parda, indígena) e agrupada em branca (branca e amarela) e não branca (preta e parda) para as análises. A escolaridade foi avaliada em cinco opções de ensino (1: analfabeto ou ensino fundamental 1 incompleto, 2: fundamental 1 completo ou fundamental 2 incompleto, 3: fundamental 2 completo ou médio incompleto, 4: médio incompleto ou superior incompleto, 5: superior completo) e, posteriormente, codificadas em três categorias de ensino (fundamental incompleto, fundamental completo, médio completo ou superior). A classe econômica foi avaliada com questionário padronizado³⁶, classificada em sete categorias (A1, A2, B1, B2, C, D, E) e agrupadas em classe inferior (C + D + E) e superior (A + B).

Condições de saúde

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado com os dados de massa corporal e estatura autorreportados ($\text{massa corporal/estatura}^2$) e classificado em três categorias (peso normal: $\leq 24,9 \text{ kg/m}^2$; excesso de peso: $25,0\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$; obesidade: $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$)³⁷. A presença de morbidades foi avaliada com resposta dicotômica (não, sim), estabelecida pelo diagnóstico médico de hipertensão, diabetes, dislipidemia e doença coronariana⁴. Os participantes foram classificados em três categorias de acordo com a soma do número de comorbidades apresentadas (0, 1, ≥ 2). Por fim, os entrevistados reportaram o consumo de medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas³⁵ e foram classificados em três categorias de acordo com o número de medicamentos (0, 1-3, ≥ 4).

Para caracterizar a amostra, o acesso a serviços de saúde foi estimado com base no número de visitas a UBS nos últimos 12 meses (1-3, 4-7, ≥ 8).

Estágios de mudança de comportamento (EMC) para a prática de AF

Os EMC para a AF realizada no tempo de lazer foi avaliado com questionário padronizado²⁹ e os participantes classificados em cinco categorias com base no algoritmo sugerido^{28,38}: 1) pré-contemplação (não realiza AF regularmente e não pretende fazê-lo nos próximos seis meses), 2) contemplação (não realiza AF regularmente, mas pretende fazê-lo nos próximos seis meses), 3) preparação (não realiza AF regularmente, mas pretende fazê-lo nos próximos 30 dias), 4) ação (realiza AF regularmente, mas há menos de seis meses) e 5) manutenção (realiza AF regularmente nos últimos seis meses ou mais).

O critério para definir “AF regular” foi o de atingir as recomendações estabelecidas pela OMS^{1,39}, há pelo menos seis meses ($\geq 150 \text{ min/sem}$ de AF de intensidade moderada à vigorosa ou $\geq 75 \text{ min/sem}$ de AF de intensidade vigorosa). Foram consideradas apenas as AF intencionais realizadas no tempo de lazer, como atividades recreativas, esportivas ou exercícios físicos²⁹.

Controle de qualidade dos dados

O controle de qualidade dos dados foi assegurado e está descrito em outros estudos^{14,40}.

Análise dos dados

Os dados foram analisados com a distribuição de frequência absoluta e relativa. Utilizou-se

a função “*select cases*” para analisar somente as informações dos participantes que reportaram receber aconselhamento sobre AF. A frequência de cada estratégia de aconselhamento recebida foi determinada entre as categorias das variáveis independentes, que foram testadas como possíveis preditores: características sociodemográficas, condições de saúde e EMC. As associações foram analisadas com os testes de qui-quadrado (χ^2) para heterogeneidade, tendência linear ou exato de Fisher. Utilizou-se o *software* SPSS 26.0 e o nível de significância foi mantido em 5%.

Resultados

Foram abordados 935 usuários, a taxa de recusa foi de 14% (n=134) e a perda de 2% (n=22), o que resultou em 779 entrevistados. A maior proporção dos participantes era do sexo feminino (69,8%), estavam na faixa etária entre 18-39 anos (45,2%), viviam com companheiro(a) (64,0%), eram de cor de pele branca (73,0%), apresentavam ensino médio completo ou superior (50,5%) e classe econômica inferior (71,2%) (Tabela 1).

Em relação às condições de saúde, 67,3% apresentavam excesso de peso (IMC $\geq$ 25 kg/m²); 35,9% eram hipertensos; 15,7% diabéticos; 15,9% dislipidêmicos; e 6,5% receberam diagnóstico médico de doença arterial coronariana. A maior proporção dos participantes não apresentou comorbidades (54,8%) e consumia um ou mais medicamentos (51,3%). Cerca de seis a cada dez entrevistados encontravam-se nas etapas iniciais dos EMC para a AF (pré-contemplação, contemplação, preparação – 61,0%) (Tabela 1).

Quarenta e três por cento dos entrevistados relataram ter recebido aconselhamento, em que as estratégias reportadas com maior frequência foram que os profissionais de saúde “comentaram sobre os benefícios da AF” (90,7%) e “perguntaram sobre o nível de AF” (84,2%) (Tabela 2). Cerca de metade dos usuários (51%) recebeu entre uma e três estratégias de aconselhamento (dados não apresentados em tabela). O médico foi o profissional mais frequentemente reportado pelo aconselhamento (97,3%) e as consultas, o momento mais comum do aconselhamento (98,8%) (Tabela 2).

A prevalência de aconselhamento foi maior entre os usuários classificados nos EMC de preparação, ação e manutenção para a AF (p = 0,015) (Figura 1). Entre as pessoas que receberam aconselhamento, o número de estratégias

não apresentou associação significativa com os EMC (p = 0,929) (Figura 2).

Em relação à associação entre características sociodemográficas, condições de saúde, EMC e estratégias de aconselhamento recebidas, o sexo feminino apresentou associação positiva significativa com a estratégia dos profissionais de “aconselhar a AF com base nas características individuais” (61,6% *versus* 49,0%; p = 0,033). A “identificação das barreiras para a AF” foi maior entre os usuários classificados nos EMC de pré-contemplação e contemplação (36,7% *versus* 24,1% e 23,0%; p = 0,020). Faixa etária, hipertensão, número de comorbidades e de medicamentos apresentaram consistente associação significativa com ao menos 50% (n = 4) das estratégias de aconselhamento recebidas (p < 0,05) (Tabela 3). Não foram observadas associações significantes entre as variáveis analisadas e as estratégias dos profissionais de “comentar

Tabela 1. Características dos adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n = 779).

Variáveis	n	%
Características sociodemográficas		
Sexo		
Feminino	544	69,8
Masculino	235	30,2
Faixa etária (anos)		
18-39	346	45,2
40-59	283	36,9
$\geq$ 60	137	17,9
Missing	33	
Situação conjugal		
Sem companheiro(a)	280	36,0
Com companheiro(a)	497	64,0
Missing	2	
Cor de pele		
Branca	566	73,0
Parda	157	20,3
Preta	49	6,3
Amarela	3	0,4
Missing	4	
Escolaridade (ensino)		
Fundamental incompleto	247	31,7
Fundamental completo	139	17,8
Médio completo ou superior	393	50,5
Classe econômica		
Inferior (C+D+E)	555	71,2
Superior (A+B)	224	28,8

continua

Tabela 1. Características dos adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n = 779).

Variáveis	n	%
Condições de saúde		
Índice de Massa Corporal		
Peso normal (< 24,9 kg/m ²)	248	32,2
Excesso de peso (25-29,9 kg/m ²)	291	37,4
Obesidade (≥ 30,0 kg/m ²)	230	29,9
Missing	30	
Hipertensão		
Não	499	64,1
Sim	280	35,9
Diabetes		
Não	657	84,3
Sim	122	15,7
Dislipidemia		
Não	655	84,1
Sim	124	15,9
Doença arterial coronariana		
Não	728	93,5
Sim	51	6,5
Número de comorbidades*		
0	427	54,8
1	204	26,2
≥ 2	148	19,0
Número de medicamentos		
0	387	49,7
1-3	277	35,6
≥ 4	115	14,8
Acesso a serviços de saúde		
Número de visitas a UBS nos últimos 12 meses		
1-3	394	50,6
4-7	203	26,1
≥ 8	182	23,4
Estágio de mudança de comportamento para a atividade física no tempo de lazer		
Pré-contemplação	138	17,7
Contemplação	165	21,2
Preparação	172	22,1
Ação	37	4,7
Manutenção	267	34,3

* hipertensão + diabetes + dislipidemia + doença arterial coronariana. UBS: Unidade Básica de Saúde.

Fonte: Autores.

sobre os benefícios da AF” e “perguntar sobre o nível de AF” (p > 0,05). Os demais resultados das análises de associações entre as variáveis e as estratégias de aconselhamento breve são apresentados na Tabela 3.

Discussão

Este estudo explorou os possíveis preditores das estratégias de aconselhamento breve sobre a prática de AF recebidas por usuários de UBS no contexto da APS do SUS. Os principais resultados mostraram que as estratégias reportadas com maior frequência foram que os profissionais “comentaram sobre os benefícios da AF” e “perguntaram sobre o nível de AF”. Sexo (feminino) foi associado com a estratégia dos profissionais de “aconselhar a AF com base nas características individuais”; enquanto a “identificação das barreiras para a AF” foi maior entre os usuários classificados nos EMC de pré-contemplação e contemplação. Faixa etária, hipertensão, número de comorbidades e de medicamentos apresentaram associação consistente com ao menos 50% das estratégias de aconselhamento avaliadas.

A abordagem quantitativa utilizada neste estudo permitiu explorar as associações entre características sociodemográficas, condições de saúde, EMC e a prevalência de cada estratégia recebida, em amostra representativa de adultos e idosos. De acordo com a revisão de literatura, não existiam estudos que houvessem explorado a prevalência de estratégias de aconselhamento recebidas por usuários da APS, sendo esses os pontos fortes e inovadores do estudo. As variáveis foram mensuradas com procedimentos padronizados e instrumentos válidos, o que permitirá a comparabilidade com estudos similares.

A ausência de pesquisas semelhantes, que tenham analisado as estratégias de aconselhamento recebidas por usuários da APS, limita a comparação e a discussão dos resultados do presente estudo. No entanto, foram localizadas três pesquisas que identificaram as estratégias de aconselhamento breve sobre AF utilizadas por profissionais de saúde na APS^{17,22,31}. Dois estudos conduzidos na cidade de Florianópolis-SC apresentaram abordagem quantitativa^{17,22}, enquanto pesquisa feita no interior do estado de São Paulo utilizou-se de abordagem qualitativa³¹. De maneira geral, na percepção dos profissionais, as principais estratégias de aconselhamento utilizadas foram “fornecer informações sobre os benefícios da AF”, “avaliar o nível AF”, “recomendar o tipo da AF”, “identificar as barreiras para a AF” e “oferecer soluções para reduzir as barreiras”. Algumas dessas estratégias são semelhantes aos resultados encontrados com base na percepção dos usuários.

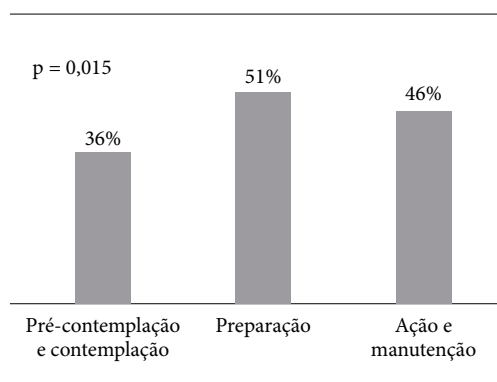
No presente estudo, as duas estratégias reportadas com maior frequência relacionam-se

Tabela 2. Aconselhamento breve sobre atividade física (AF) recebido por adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019.

	n	%
Recebeu aconselhamento sobre a prática de AF (n=779)		
Não	444	57,0
Sim	335	43,0
Estratégia de aconselhamento utilizada pelo profissional de saúde (n = 335)*		
<i>O profissional de saúde que realizou o aconselhamento...</i>		
Comentou sobre os benefícios da prática regular de AF para a saúde?	304	90,7
Perguntou sobre o seu nível de AF?	282	84,2
Comentou sobre as recomendações de AF para a saúde?	206	61,5
Aconselhou a AF com base nas suas características individuais?	194	57,9
Identificou as barreiras individuais para a AF?	93	27,8
Ofereceu alguma solução para lidar com as barreiras?	49	14,6
Utilizou alguma estratégia para identificar se você está realizando AF regularmente a partir do aconselhamento?	9	2,7
Utilizou alguma estratégia para identificar se você iniciou a prática de AF a partir do aconselhamento?	8	2,4
Profissional de quem recebeu o aconselhamento (n = 335)*		
Médico	326	97,3
Enfermeiro	50	14,9
Nutricionista	37	11,0
Agente comunitário de saúde	13	3,9
Fisioterapeuta	9	2,7
Farmacêutico	8	2,4
Psicólogo	8	2,4
Momento em que recebeu o aconselhamento (n = 335)*		
Consulta médica	331	98,8
Mensuração da pressão arterial	11	3,3
Sala de espera da Unidade Básica de Saúde	6	1,8
Grupos da Unidade Básica de Saúde	5	1,5
Visita domiciliar	3	0,9

* Dados apenas dos entrevistados que reportaram receber aconselhamento sobre atividade física, os quais poderiam assinalar mais de uma opção de resposta.

Fonte: Autores.

**Figura 1.** Associação entre a prevalência de aconselhamento recebido e os estágios de mudança de comportamento para a atividade física em adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n = 779).

Fonte: Autores.

com a ação do profissional de saúde de “comentar sobre os benefícios da AF” (90,7%) e “perguntar sobre o nível de AF” (84,2%). Embora a abordagem do presente estudo seja distinta, quando comparada a pesquisa de Florianópolis-SC (percepção dos usuários *versus* percepção dos profissionais), existe alguma semelhança nos relatos entre os que recebem e os que realizam o aconselhamento^{17,22}. De fato, os benefícios da AF são amplamente divulgados para a população pelos meios de comunicação e por profissionais de saúde³, o que pode explicar a elevada prevalência de conhecimento identificada em adultos (81%). Ainda que existam diferenças proporcionais, com associações significantes entre algumas variáveis sociodemográficas e o conhecimento sobre AF, é importante que o aconselhamento breve sobre os benefícios da

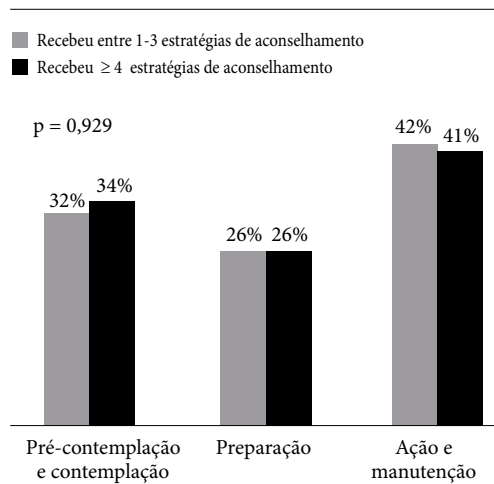


Figura 2. Associação entre a prevalência de estratégias de aconselhamento recebidas e os estágios de mudança de comportamento para a atividade física em adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n = 335).

Fonte: Autores.

AF seja amplamente difundido em UBS e na APS^{3,23}. Segundo os princípios da APS no Brasil, não se deve buscar apenas ações curativas e medicamentosas, mas também ações preventivas de promoção da saúde com universalidade, integralidade, equidade⁴¹.

As duas estratégias de aconselhamento sobre AF recebidas com maior frequência (“comentar sobre os benefícios” e “perguntar sobre o nível de AF”) não foram associadas a nenhuma das variáveis analisadas. Uma das hipóteses levantada, é que essas estratégias de aconselhamento seriam mais frequentes, por exemplo, em pessoas com maior faixa etária, menor escolaridade e renda, maior número de comorbidades e de medicamentos consumidos, assim como naquelas pessoas classificadas nas etapas iniciais dos EMC (pré-contemplação e contemplação)^{14,23}. A literatura é unânime ao sugerir que os benefícios da AF deveriam ser reforçados para as pessoas classificadas nesses EMC^{20,23,27}. De maneira semelhante, o aconselhamento sobre as possíveis “soluções para as barreiras” deveria ser mais frequente entre os usuários classificados no EMC de preparação^{20,23,27}. Para que as pessoas pudessem receber as estratégias de aconselhamento adequadas a suas características e necessidades, deveria ser realizada uma triagem que as classifica-se nos EMC, e que esta informação esti-

vesse disponível para os profissionais da saúde responsáveis por realizar o aconselhamento.

Em parte, os resultados do aconselhamento inespecífico podem ser explicados pelo baixo conhecimento apresentado pelos profissionais na área de “AF e saúde pública”⁴². A formação universitária continuada, ampliada, e a experiência prática na APS poderiam melhorar a qualidade do aconselhamento oferecido à população. Por exemplo, profissionais com especialização em saúde pública apresentam chance 3,7 maior de realizar aconselhamento sobre AF¹³. É importante ressaltar que o aconselhamento pode ser considerado como toda e qualquer informação ofertada ao usuário.

Em relação às variáveis sociodemográficas, a faixa etária ≥ 60 anos foi positivamente associada a 50% das estratégias de aconselhamento recebidas (1: recomendações sobre AF, 2: aconselhamento com base em características pessoais, 3: identificação de barreiras; e 4: solução para a redução das barreiras). Esses resultados são consistentes com as evidências que reportam maior aconselhamento sobre AF recebido por idosos^{12,14}. O maior número de estratégias recebidas por idosos é um aspecto positivo, uma vez que esse subgrupo populacional é mais exposto à inatividade física, especialmente em países de menor renda como o Brasil⁴⁵. De maneira geral, as barreiras para a AF mais reportadas por usuários da APS dizem respeito à percepção de cansaço e à falta de tempo⁴⁰. No entanto, os idosos reportam comumente barreiras como a presença de lesões ou doenças, medo de se lesionar durante a AF e sentir-se muito velho para a prática⁴⁰. Nesse sentido, a maior atenção dos profissionais de saúde, com a utilização de diferentes estratégias de aconselhamento, poderia estimular ou facilitar a prática de AF por idosos³⁰.

Hipertensão, número de comorbidades e de medicamentos consumidos apresentaram associação positiva com ao menos 50% das estratégias de aconselhamento recebidas. Esses resultados são esperados e se configuram como um aspecto positivo, especialmente na APS, em que as principais barreiras para a AF são as condições de saúde⁴⁰. É necessário direcionar maior atenção às pessoas com comorbidades, uma vez que as barreiras associadas a essas condições podem afetar negativamente a AF, sobretudo aquelas realizadas no tempo de lazer^{30,43}.

O modelo transteorético é utilizado para direcionar intervenções comportamentais em saúde, como a AF, indicando quais são as ações mais adequadas para cada pessoa de acordo com o EMC em que se encontra^{19-21,23,28}.

Tabela 3. Associação entre características sociodemográficas, condições de saúde, estágio de mudança de comportamento e a prevalência de estratégias de aconselhamento sobre atividade física (AF) recebidas por adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n = 335).

	Comentou sobre os benefícios da AF		Perguntou sobre o seu nível de AF		Comentou sobre as recomendações de AF		Aconselhou AF com base nas suas características individuais		Identificou as barreiras para a AF		Ofereceu alguma solução para as barreiras		Utilizou alguma estratégia para identificar a prática de AF		Utilizou alguma estratégia para identificar o início da AF	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Características sociodemográficas																
Sexo – sig.	0,423 ^b	0,139 ^b	0,122 ^b	0,033 ^b	0,163 ^b	0,428 ^h	0,519 ^f	0,697 ^f								
Feminino	91,6	86,1	64,1	61,6	30,0	15,6	2,5	2,1								
Masculino	88,8	79,6	55,1	49,0	22,4	12,2	3,1	3,1								
Faixa etária (anos) – sig.	0,984 ⁱ	0,773 ⁱ	0,016 ⁱ	0,049 ⁱ	0,001 ⁱ	0,003 ⁱ	0,061 ^f	0,072 ^f								
18-39	90,4	84,3	51,3	49,6	16,5	7,8	0,0	0,0								
40-59	91,0	83,3	66,7	61,1	31,3	15,3	4,2	2,8								
≥ 60	90,4	86,3	67,1	63,0	37,0	23,3	2,7	4,1								
Situação conjugal – sig.	0,806 ^h	0,530 ^h	0,154 ^h	0,119 ^h	0,031 ^h	0,702 ^h	0,276 ^f	0,100 ^f								
Sem companheiro(a)	90,1	82,2	67,3	64,4	35,6	15,8	4,0	2,0								
Com companheiro(a)	90,9	84,9	59,1	55,2	24,1	14,2	2,2	2,6								
Cor da pele – sig.	0,126 ^h	0,725 ^h	0,195 ^h	0,357 ^h	0,314 ^h	0,038 ^h	0,240 ^f	0,584 ^f								
Branca (branca, amarela)	89,5	84,9	63,9	59,7	29,4	17,2	2,1	2,5								
Não branca (preta, parda)	94,8	83,3	56,3	54,2	24,0	8,3	4,2	2,1								
Escolaridade (ensino) – sig.	0,876 ⁱ	0,721 ⁱ	0,120 ⁱ	0,545 ⁱ	0,216 ⁱ	0,069 ⁱ	0,662 ^f	0,444 ^f								
Fundamental incompleto	90,8	82,4	65,6	58,8	29,8	17,6	3,8	3,1								
Fundamental completo	88,9	87,0	64,8	63,0	35,2	20,4	1,9	3,7								
Médio completo ou superior	91,3	84,7	56,7	55,3	23,3	10,0	2,0	1,3								
Classe econômica – sig.	0,806 ^h	0,590 ^h	0,606 ^h	0,862 ^h	0,729 ^h	0,914 ^h	0,461 ^f	0,100 ^f								
Inferior (C, D, E)	91,0	84,8	60,7	58,2	28,3	14,8	2,5	2,5								
Superior (A, B)	90,1	82,4	63,7	57,1	26,4	14,3	3,3	2,2								

continua

Tabela 3. Associação entre características sociodemográficas, condições de saúde, estágio de mudança de comportamento e a prevalência de estratégias de aconselhamento sobre atividade física (AF) recebidas por adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n = 335).

	Comentou sobre os benefícios da AF	Perguntou sobre o seu nível de AF	Comentou sobre as recomendações de AF	Aconselhou AF com base nas suas características individuais	Identificou as barreiras para a AF	Ofereceu alguma solução para as barreiras	Utilizou alguma estratégia para identificar a prática de AF	Utilizou alguma estratégia para identificar o início da AF
Condições de saúde								
Índice de Massa Corporal – sig.	0,971 ⁱ	0,879 ^t	0,077 ⁱ	0,001^t	0,080 ^t	0,115 ^t	0,252 ^f	0,280 ^f
Peso normal (< 24,9 kg/m ²)	92,6	82,7	53,1	43,2	22,2	12,3	0,0	0,0
Excesso de peso (25-29,9 kg/m ²)	87,7	85,1	61,4	56,1	23,7	10,5	2,6	3,5
Obesidade (≥ 30,0 kg/m ²)	91,9	83,8	65,4	66,9	32,4	19,1	3,7	2,9
Hipertensão – sig.	0,464 ^h	0,538 ^h	0,009^h	0,076 ^h	0,004^h	0,006^h	0,085 ^f	0,002^f
Não	91,8	83,1	55,2	53,6	21,3	9,8	1,1	0,0
Sim	89,5	85,5	69,1	63,2	35,5	20,4	4,6	5,3
Diabetes – sig.	0,493 ^h	0,445 ^h	0,055 ^h	0,224 ^h	0,171 ^h	0,028^h	0,003^f	0,001^f
Não	90,2	83,4	58,9	56,2	26,0	12,5	1,1	0,8
Sim	92,9	87,1	71,4	64,3	34,3	22,9	8,6	8,6
Dislipidemia – sig.	0,978 ^h	0,165 ^h	0,034^h	0,225 ^h	0,130 ^h	0,025^h	0,029^f	0,078 ^f
Não	90,8	82,7	58,5	56,2	25,8	12,3	1,5	1,5
Sim	90,7	89,3	72,0	64,0	34,7	22,7	6,7	5,3
Doença arterial coronariana – sig.	0,377 ^h	0,826 ^h	0,206 ^h	0,040^h	0,003^h	<0,001^h	0,178 ^f	0,024^f
Não	91,2	84,3	60,5	56,2	25,5	12,4	2,3	1,6
Sim	86,2	82,8	72,4	75,9	51,7	37,9	6,9	10,3
Número de comorbidades* – sig.	0,817 ⁱ	0,316 ^t	0,005^t	0,052 ^t	0,001^t	<0,001^t	0,003^f	<0,001^f
0	90,8	82,4	54,2	51,4	19,7	7,7	0,7	0,0
1	91,4	83,8	61,9	61,9	27,6	12,4	1,0	1,0
≥ 2	89,8	87,5	72,7	63,6	40,9	28,4	8,0	8,0
Número de medicamentos – sig.	0,844 ⁱ	0,321 ^t	0,004^t	<0,001^t	<0,001^t	<0,001^t	0,029 ^f	0,008 ^f
0	90,1	82,9	54,1	45,9	19,8	5,4	0,9	0,0
1-3	91,2	83,0	60,4	57,9	25,8	15,7	1,9	1,9
≥ 4	90,8	89,2	76,9	78,5	46,2	27,7	7,7	7,7
Estágio de mudança de comportamento – sig.	0,625 ⁱ	0,760 ^t	0,551 ^t	0,392 ^t	0,020^t	0,429 ^t	0,093 ^f	0,002^f
Pré-contemplação e contemplação	91,7	83,5	58,7	56,9	36,7	17,4	0,9	0,0
Preparação	90,8	83,9	63,2	52,9	24,1	12,6	1,1	0,0
Ação e manutenção	89,9	84,9	62,6	61,9	23,0	13,7	5,0	5,8
Prevalência	90,7%	84,2%	61,5%	57,9%	27,8%	14,6%	2,7%	2,4%

* hipertensão + diabetes + dislipidemias + doença arterial coronariana. ^h Valor de significância para o teste de χ^2 para heterogeneidade. ^t Valor de significância para o teste de χ^2 para tendência linear. ^f Valor de significância para o teste exato de Fisher.

Fonte: Autores.

Embora os EMC sejam, possivelmente, uma das variáveis mais importantes para o direcionamento de diferentes estratégias de aconselhamento, esse preditor foi associado a apenas duas (25%) das estratégias recebidas (“identificação das barreiras” e “identificação do início da prática de AF”). A associação inversa verificada entre as pessoas classificadas nos estágios de pré-contemplação e contemplação e a identificação das barreiras é preocupante, uma vez em que nesse EMC é esperado que os profissionais de saúde utilizassem o aconselhamento de maneira imparcial, com a intenção de abordar os usuários em futuras consultas, além de destacar os benefícios relacionados ao início da prática de AF^{19-21,23}. Apesar de as estratégias utilizadas serem inadequadas ao estágio comportamental, receber qualquer aconselhamento poderia estimular o início de alguma AF^{14,30}. Percebe-se que, possivelmente, os profissionais não conheciam o EMC dos usuários, tampouco a estratégia de aconselhamento mais adequada a ser utilizada com base nessa classificação.

No Brasil, a prevalência do aconselhamento realizado por profissionais que atuam na APS é elevada e varia entre 50-86%¹¹⁻¹³. No entanto, a qualidade da informação utilizada durante o aconselhamento é um dos aspectos mais relevantes, quando comparada ao número de estratégias utilizadas⁴². Isso reforça a necessidade de que os profissionais da APS sejam capacitados, com conteúdos da área de “epidemiologia, AF e saúde pública”, para melhorar competências específicas para que o aconselhamento adequado e de qualidade seja efetivo para a promoção da AF^{18,27,42,44,45}. Também é importante o domínio de instrumentos, metodologias e estratégias de aconselhamento adequadas ao perfil sociodemográfico, às condições de saúde e ao EMC^{19-21,23,25,27}. Os documentos do Ministério da Saúde, *Guia de AF para a população brasileira*³⁹ e *Guia de orientação sobre aconselhamento breve sobre AF na APS no SUS*⁴⁶, apresentam recomendações sobre AF e a implementação do aconselhamento no atendimento individual e em grupo, o que facilitaria essas ações.

Os resultados do presente estudo, com a baixa especificidade das estratégias de aconselhamento recebidas de acordo com características sociodemográficas, condições de saúde e EMC, reforçam a necessidade e a relevância do profissional de educação física como parte da equipe da APS. Os usuários aconselhados pelos demais profissionais de saúde para iniciar ou aumen-

tar a AF poderiam recorrer ao especialista para obter informações sobre as atividades com base no EMC (frequência semanal, intensidade, tempo e tipo das atividades)⁴⁷. O aconselhamento poderia ser direcionado para estimular o deslocamento ativo ou reduzir o comportamento sedentário^{30,48,49}, a depender de aspectos sociodemográficos, condições de saúde e de AF de cada usuário da APS. O profissional de educação física também poderia incentivar a capacitação e a educação continuada durante as reuniões de equipe da UBS⁴⁷.

Ao menos cinco limitações devem ser consideradas, inerentes ao contexto, para a adequada interpretação e extrapolação dos resultados deste estudo. Primeiro, a amostra foi delimitada a usuários adultos e idosos de UBS da área urbana de uma cidade de médio porte do Sul do Brasil. Essas unidades não contavam com profissionais de educação física em suas equipes de saúde, o que pode, em parte, afetar a percepção dos usuários sobre as estratégias de aconselhamento recebidas. Segundo, a percepção sobre o aconselhamento pode ter sido afetada pelo viés de memória dos participantes, sobretudo entre os idosos, além de os usuários poderem não reconhecer as informações como uma orientação profissional, mas apenas como uma dica mais informal sem base técnica. Terceiro, a prevalência de morbidades referidas foi elevada, comparada a inquéritos que utilizaram questões semelhantes (ex.: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL⁴). Essa característica pode ser atribuída ao contexto do estudo, em que uma maior proporção de pessoas com doenças procura os serviços de saúde. Quarto, a abordagem quantitativa, com a utilização de um questionário curto e padronizado para avaliar as estratégias do aconselhamento breve recebido, não possibilitou explorar com profundidade os aspectos interpessoais, que são relevantes para a implementação de programas de AF na comunidade. Assim, não foi possível capturar informações contextuais que atribuíssem sentido, significado ou sentimentos relacionados às estratégias de aconselhamento recebidas, o que só seria possível com os recursos da abordagem qualitativa ou mista de pesquisa. Por fim, devido à ausência de temporalidade ocasionada pelo delineamento transversal, recomenda-se cautela na interpretação dos resultados, sem maior pretensão de estabelecimento de relações causais.

Conclusão

As estratégias de aconselhamento sobre AF recebidas com maior frequência foram “receber informações sobre os benefícios da AF” e “avaliação do nível de AF”. A prevalência de diferentes estratégias de aconselhamento diferiu de acordo com características sociodemográficas (sexo, faixa etária, situação conjugal, cor da pele), condições de saúde (tipo e número de comorbidades e medicamentos) e EMC.

As análises com usuários de UBS podem auxiliar na compreensão sobre como as características individuais estão associadas ao aconselhamento sobre AF recebido pela população. Os resultados deste estudo fornecem *insights* importantes, que podem ser considerados no planejamento, implementação, condução e manutenção de ações integradas com o acon-

selhamento sobre AF na APS. As estratégias de aconselhamento devem ser adequadamente direcionadas de acordo com características sociodemográficas, condições de saúde e o EMC dos usuários.

As ações com aconselhamento devem ser implementadas de acordo com as diretrizes da APS, sendo coerente com as ferramentas e estratégias como o cuidado compartilhado, a abordagem interprofissional e os projetos terapêuticos singulares. Também é importante considerar a visão ampliada de saúde e de AF, que considera, além dos seus benefícios, as possíveis estratégias de identificação e solução para as barreiras que limitam a sua prática pela população. Futuros estudos poderiam avaliar a efetividade do aconselhamento por profissionais capacitados, utilizando-se de protocolo técnico com base em evidências na promoção da AF dos usuários da APS.

Colaboradores

LAC Sposito participou da concepção inicial do estudo, análise dos dados, revisão da literatura e redação do artigo em todas as suas etapas. LP Santos colaborou na concepção inicial do estudo, planejamento e coordenação da coleta, análise dos dados, revisão da literatura e redação do artigo em todas as suas etapas. AT Silva, PH Guerra, MR Loch, CR Rech e CR Rodriguez-Añez colaboraram na interpretação dos resultados e revisão crítica no manuscrito. RC Fermينو foi responsável pela concepção e coordenação do projeto, captação de recursos, análise dos dados, interpretação dos resultados, revisão da literatura, redação e revisão do artigo em todas as etapas.

Agradecimentos

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde (GPAAFS), pelo auxílio na coleta de dados e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e à Secretaria Municipal de Esporte Lazer (SEMEL) de São José dos Pinhais-PR, por possibilitar a realização da pesquisa.

Financiamento

O estudo foi parcialmente financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código Financeiro 001; e pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR, Edital Interno de Pesquisa – APC2018010000717).

Referências

1. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med* 2020; 54(24):1451-1462.
2. Strain T, Brage S, Sharp SJ, Richards J, Tainio M, Ding D, et al. Use of the prevented fraction for the population to determine deaths averted by existing prevalence of physical activity: a descriptive study. *Lancet Glob Health* 2020; 8(7):e920-30.
3. Domingues MR, Araújo CLP, Gigante DP. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):204-15.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *VIGITEL Brasil 2023*. Brasília: MS; 2023.
5. Sallis JF, Bull F, Guthold R, Heath GW, Inoue S, Kelly P, Oyeyemi AL, Perez LG, Richards J, Hallal PC; Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *Lancet* 2016; 388(10051):1325-1336.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2018.
7. Becker L, Gonçalves P, Reis R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2016; 21(2):110-122.
8. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br Med J* 2012; 344:e1389.
9. GC V, Wilson ECF, Suhrcke M, Hardeman W, Sutton S. Are brief interventions to increase physical activity cost-effective? a systematic review. *Br J Sports Med* 2016; 50(7):408-417.
10. Sposito LAC, Nakamura PM, Moteiro HL, Papinni CB, Benedetti TRB, Kokubun E. Evaluation of strategies for the physical activity promotion: coast-utility study. *Rev Int Med Cien Activ Fis Deporte* 2021; 21(84):607-621.
11. Souza-Neto JM, Brito GEG, Loch MR, Silva SS, Costa FF. Aconselhamento para atividade física na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Movimento* 2020; 26:e26075.
12. Moraes SQ, Souza JH, Araújo PAB, Rech CR. Prevalence of physical activity counseling in Primary Health Care: a systematic review. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2019; 24:1-12.
13. Moraes SQ, Santos ACB, Fermino RC, Rech CR. Physical activity counseling in Primary Health Care. *Cien Saude Colet* 2022; 27(9):3603-3614.
14. Santos LP, Silva AT, Rech CR, Fermino RC. Physical activity counseling among adults in Primary Health Care centers in Brazil. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(10):579.
15. Barnes PM, Schoenborn CA. Trends in adults receiving a recommendation for exercise or other physical activity from a physician or other health professional. *NCHS Data Brief* 2012; 86:1-8.
16. Andersen P, Holmberg S, Lendahls L, Nilsen P, Kristenson M. Physical activity on prescription with counsellor support: A 4-year registry-based study in routine health care in Sweden. *Healthcare* 2018; 6(2):34.
17. Moraes SQ, Loch MR, Rech CR. Counseling strategies for physical activity used by the Expanded Nucleus of Family Health in Florianópolis. *J Phys Educ* 2021; 32:e3210.
18. Coombes JS, Williams A, Radford J. Training health professionals to provide physical activity counselling. *Prog Cardiovasc Dis* 2021; 64:72-76.
19. AuYoung M, Linke SE, Pagoto S, Buman MP, Craft LL, Richardson CR, Hutber A, Marcus BH, Estabrooks P, Gorin SS. Integrating physical activity in primary care practice. *Am J Med* 2016; 129(10):1022-1029.
20. Shuval K, Leonard T, Drope J, Katz DL, Patel AV, Maitin-Shepard M, Amir O, Grinstein A. Physical activity counseling in primary care: insights from public health and behavioral economics. *CA Cancer J Clin* 2017; 67(3):233-244.
21. Meriwether RA, Lee JA, Lafleur AS, Wiseman P. Physical activity counseling. *Am Fam Physician* 2008; 77(8):1129-1136.
22. Moraes SQ, Paiva-Neto FT, Loch MR, Fermino RC, Rech CR. Characteristics and counseling strategies for physical activity used by Primary Health Care professionals. *Cien Saude Colet* 2024; 29(1):e00692023.
23. American College of Sports Medicine (ACSM). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia-PA: ACSM; 2022.
24. Wang J, Yin G, Li G, Liang W, Wei Q. Efficacy of physical activity counseling plus sleep restriction therapy on the patients with chronic insomnia. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11:2771-2778.
25. Lobelo F, Rohm Young D, Sallis R, Garber MD, Billinger SA, Duperly J, Hutber A, Pate RR, Thomas RJ, Widlansky ME, McConnell MV, Joy EA; American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Clinical Cardiology; Council on Genomic and Precision Medicine; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; and Stroke Council. Routine Assessment and Promotion of Physical Activity in Healthcare Settings: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2018; 137(18):e495-e522.
26. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five "As" for patient-centered counseling. *Health Promot Int* 2006; 21(3):245-255.
27. Estabrooks PA, Glasgow RE, Dziewaltowski DA. Physical activity promotion through primary care. *JAMA* 2003; 289(22):2913-2916.
28. Marcus BH, Simkin LR. The transtheoretical model: applications to exercise behavior. *Med Sci Sports Exerc* 1994; 26(11):1400-1404.
29. Dumith SC, Gigante DP, Domingues MR. Stages of change for physical activity in adults from Southern Brazil: a population-based survey. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2007; 4:25.

30. Dogra S, Copeland JL, Altenburg TM, Heyland DK, Owen N, Dunstan DW. Start with reducing sedentary behavior: a stepwise approach to physical activity counseling in clinical practice. *Patient Educ Couns* 2022; 105(6):1353-1361.
31. Sposito LAC, Guerra PH, Kokubun E. Estratégias de aconselhamento breve sobre atividade física desenvolvidas por profissionais de saúde. *Rev Bras Promoç Saude* 2023; 36:12.
32. Silva AT, Santos LP, Rodriguez-Añez CR, Fermino RC. Logic Model of “Cidade Ativa, Cidade Saudável Program” in São José dos Pinhais, Brazil. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2021; 26:e0193.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
34. Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais. Saúde transparente [Internet]. [acessado 2024 out 13]. Disponível em: <http://saudetransparente.sjp.pr.gov.br>
35. Häfele V, Siqueira F. Physical activity counseling and change of behavior in Basic Health Units. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2016; 21(6):581-592.
36. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: ABEP; 2019.
37. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995.
38. Nigg CN. There is more to stages of exercise than just exercise. *Exerc Sport Sci Rev* 2005; 33(1):32-35.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Guia de Atividade Física para a População Brasileira*. Brasília: MS; 2021.
40. Souza ALK, Santos LPD, Rech CR, Rodriguez-Añez CR, Alberico C, Borges LJ, Fermino RC. Barriers to physical activity among adults in primary healthcare units in the National Health System: a cross-sectional study in Brazil. *Sao Paulo Med J* 2022; 140(5):658-667.
41. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
42. Burdick L, Mielke GI, Parra DC, Gomes G, Florindo A, Bracco M, Lobelo F, Simoes EJ, Pratt M, Ramos LR, Moura L, Brownson RC, Hallal PC. Physicians, nurses’ and community health workers’ knowledge about physical activity in Brazil: a cross-sectional study. *Prev Med Rep* 2015; 2:467-472.
43. Garcia L, Mendonça G, Benedetti TRB, Borges LJ, Streit IA, Christofolletti M, et al. Barriers and facilitators of domain-specific physical activity: a systematic review of reviews. *BMC Public Health* 2022; 22(1):1964.
44. Malta MB, Carvalhaes MABL, Takito MY, Tonete VLP, Barros AJD, Parada CMGL, Benício MH. Educational intervention regarding diet and physical activity for pregnant women: changes in knowledge and practices among health professionals. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16(1):175.
45. Malta MB, Gomes CB, Barros AJD, Baraldi LG, Takito MY, Benício MHD, Carvalhaes MABL. Effectiveness of an intervention focusing on diet and walking during pregnancy in the primary health care service. *Cad Saude Publica* 2021; 37(5):e00010320.
46. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Guia de Orientação para o Aconselhamento Breve sobre Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS; 2022.
47. Rodrigues JD, Ferreira DKS, Silva PA, Caminha IO, Farias-Junior JC. Integration and performance of Physical Education Professional on primary health care in Brazil: systematic review. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2013; 18(1):5-15.
48. Shuval K, DiPietro L, Sugg Skinner C, Barlow CE, Morrow J, Goldstein R, Kohl HW 3rd. ‘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):1451-1455.
49. Snége A, Silva AAP, Mielke GI, Rech CR, Siqueira FCV, Rodriguez-Añez CR, Fermino RC. Sedentary behavior counseling received from healthcare professionals: an exploratory analysis in adults at primary health care in Brazil. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(16):9963-9977.

Artigo apresentado em 27/04/2023

Aprovado em 02/07/2024

Versão final apresentada em 04/07/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva