

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

**Efeitos de um programa de aconselhamento de atividade física para
trabalhadores da Atenção Básica: um ensaio clínico randomizado**

LEANDRO AUGUSTO BISETTO

São Carlos

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

**Efeitos de um programa de aconselhamento de atividade física para
trabalhadores da Atenção Básica: um ensaio clínico randomizado**

LEANDRO AUGUSTO BISETTO

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade
Federal de São Carlos.

Orientadora: Profa. Dra. Grace Angélica de Oliveira
Gomes

Coorientadora: Profa. Dra. Vivian Aline Mininel

São Carlos

2020

Bisetto, Leandro Augusto

Efeitos de um programa de intervenção de mudança de comportamento no nível de atividade física para trabalhadores da Atenção Básica: ensaio clínico randomizado / Leandro Augusto Bisetto. -- 2020.
65 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Grace Angélica de Oliveira Gomes

Banca examinadora: Luciana Nogueira Fioroni, Giovani Firpo Del Duca
Bibliografia

1. Saúde do Trabalhador. 2. Promoção da Saúde. 3. Exercício. I.
Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Leandro Augusto Bisetto, realizada em 19/03/2020:

Profa. Dra. Grace Angélica de Oliveira Gomes
UFSCar

Prof. Dr. Giovanni Firpo Del Luca
UFSC

Profa. Dra. Luciana Nogueira Fioroni
UFSCar

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Giovanni Firpo Del Luca, Luciana Nogueira Fioroni e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

À todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Grace Angélica de Oliveira Gomes

Por todos os ensinamentos durante o mestrado, pela paciência e principalmente por ter me incentivado a seguir no caminho da pós-graduação. Muito obrigado por tudo!

À Profa. Dra. Vivian Aline Minimel

Pela sua disponibilidade, pelo seu incentivo, pelas contribuições e pelo seu apoio na elaboração desse trabalho.

À Profa. Dra. Luciana Nogueira Fioroni

Pela participação na minha banca, pelas contribuições no trabalho e pela disponibilidade no aceite do convite.

Ao Prof. Dr. Giovani Firpo Del Duca

Pela participação na minha banca, agradeço pelas brilhantes considerações que me guiaram a confecção final deste trabalho e pela disponibilidade no aceite do convite.

Ao grupo de pesquisa

Conviver com vocês ao longo desses dois anos foi sensacional. Muito obrigado por toda a forma de ajuda, pela companhia, pelas inúmeras conversas e risadas. Em especial a Lorena e o Fábio que me ajudaram em todas as etapas desta pesquisa. Solicitei ajuda inúmeras vezes e em todas fui atendido com paciência e tranquilidade por ambos.

Aos amigos e amigas

José e Júlio, que conheci no primeiro ano do Mestrado e compartilhamos diversas risadas, pessoas que eu aprendi a admirar pela determinação com o que faz. Danilo, Ludmilla, Rodrigo, Thainara e Thales de forma direta ou indireta contribuíram na elaboração do presente estudo, pela amizade e carinho que sempre me disponibilizaram.

À minha mãe

Quem me ensinou a ter sabedoria nos momentos mais difíceis e pelos valores que sempre me transmitiu, entre os quais a perseverança de lutar.

À minha namorada, Mariana

Por ter caminhado ao meu lado, pelo companheirismo, pela compreensão, amor e ajuda da presente dissertação, especialmente por apresentar sempre uma saída, sempre um sorriso quando sacrificava os dias, os fins-de-semana e os feriados em prol da realização deste estudo.

Aos voluntários da pesquisa

Muito obrigado por toda atenção, simpatia, pela paciência e pela prontidão para me ajudar com o todo o processo de coleta de dados. Muito obrigado.

É muito melhor arriscar coisas grandiosas, alcançar triunfos e glórias, mesmo expondo-se a derrota, do que formar fila com os pobres de espírito que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem nessa penumbra cinzenta, que não conhece vitória nem derrota.

(Theodore Roosevelt)

RESUMO

BISETTO, L. A. **Efeitos de um programa de aconselhamento de atividade física para trabalhadores da Atenção Básica: um ensaio clínico randomizado.** 2020. 65 p. Qualificação (Mestrado em Gerontologia) – Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020.

Apesar de reconhecidos os benefícios da prática regular de atividade física (AF), poucos estudos têm investigado programas de promoção de AF para profissionais da Atenção Básica de Saúde (AB). O presente estudo buscou analisar os efeitos de uma intervenção de aconselhamento de AF para trabalhadores da AB do município de São Carlos-SP. Trata-se de um estudo clínico randomizado conduzido em 22 unidades de saúde da AB. Os 58 participantes que consentiram em participar da intervenção foram aleatoriamente alocados em: (i) grupo intervenção (GI) (n=29) ou (ii) grupo controle (GC) (n=29). Foi oferecida uma intervenção com quatro encontros presenciais de 40 minutos com aconselhamento para aumento do nível de AF e mensagens motivacionais diárias enviadas por um mês por celular. Um questionário sociodemográfico, o instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) e o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) foram aplicados. Os GI e GC foram avaliados ao final do programa (um mês) e três meses após a intervenção (*follow-up*). As médias estimadas da pontuação do PEVI e de minutos de AF semanal entre os momentos *baseline*, pós e follow up foram comparadas através de Equações Estimativas Generalizadas. A amostra foi 100% mulheres, com idade média de 46,8 ($\pm 11,6$) e 41,1 ($\pm 7,0$) para os GI e GC, respectivamente. Após a intervenção e no período de follow up, o GI aumentou mais AF no tempo de lazer quando comparado ao grupo controle ($p=0,021$). As variáveis estilo de vida geral, AF de descolamento e AF total não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. Concluiu-se que, o programa foi efetivo para o aumento do nível de AF no tempo de lazer.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Promoção da Saúde; Comportamento; Exercício; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

BISETTO, L. A. **Behavior change in physical activities intervention program effects for Primary Care workers: randomized clinical study**. 2020. 65 p. Qualification (Master's in Gerontology) – Gerontology Department, Federal University of São Carlos, 2020.

Introduction: Although the benefits of physical activity (PA) are well-known, little is known about effects of PA interventions for health professionals of Primary Health Care. **Aim:** This study aims to analyze the effects of an intervention for behavior change on physical levels among primary health care workers in São Carlos, São Paulo state, Brazil. **Methods:** Participants (58) were randomized in: i) Intervention Group (IG) (n=29) or ii) Control Group (GC) (n=29). The intervention provided 40-minutes of counseling for behavior change in PA once a week for one month as well as daily motivational messages by phone. PA was measured using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), long version. LifeStyle Profile Scale (PEVI) measured lifestyle levels. The groups answered the questionnaires at the end of the program (one month) and three months later (follow-up). Lifestyle and PA difference-means of the groups were compared by time (pre, post, and follow-up). As the estimated media for PEVI scores and AF minutes weekly between the baseline moments, post-intervention and follow-up were compared using Generalized Estimation Equations. **Results:** A sample was made up of 100% women, with an average age of 46.8 (\pm 11.6) and 41.1 (\pm 7.0) for IG and CG, respectively. After an intervention and without a follow-up period, the IG increased more PA without leisure time when compared to the control group ($p = 0.021$). As variations in the general lifestyle, the detachment PA and total PA did not show statistically significant differences between the groups. **Conclusion:** The program was effective in increasing the level of PA.

Keywords: Occupational Health, Health Promotion, Behaviour, Exercise, Primary Health Care

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 – Avanço constante da atividade física 5

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Diretrizes de AF recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), American Heart Association (AHA) e *American College of Sports Medicine* (ACSM). 6

Tabela 2. Conceitos de aconselhamentos presentes na literatura 13

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estágios de mudanças de comportamento e suas principais características	11
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM	Colégio Americano de Medicina Esportiva
AF	Atividade Física
AHA	Associação Americana do Coração
APS	Atenção Primária à Saúde
ARES	Administrações Regionais de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EF	Exercício Físico
IF	Inatividade Física
ESF	Estratégia Saúde Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
MET	Equivalente Metabólico da Tarefa
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	4
	2.1 Recomendações de Atividade Física	4
	2.2 Avaliação de Atividade Física - IPAQ	9
	2.3 Mudança de Comportamento	10
3	JUSTIFICATIVA	17
4	OBJETIVOS	18
	4.1 Geral	18
	4.2 Específicos	18
5	HIPÓTESE	18
6	ARTIGO	19
7	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	50
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	53
	APÊNDICE C – FICHA DE ROTINA	61
	APÊNDICE D – FOLDER SOBRE OS BENEFÍCIOS DA AF	63
	APÊNDICE E –PLANO DE AÇÃO/BENEFÍCIOS DA AF	64
	APÊNDICE F – FOLDER BARREIRAS	65
	APÊNDICE G – PLANO DE AÇÃO/BARREIRAS DE AF	66
	APÊNDICE H – FOLDER RECAÍDAS	67
	APÊNDICE I – PLANO DE AÇÃO/RECAÍDAS	68
	APÊNDICE J – FOLDER PENSAMENTOS SABOTADORES	69
	APÊNDICE K – PLANO DE AÇÃO/PENSAMENTOS SABOTADORES	70
	ANEXO A – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO.....	71
	ANEXO B – IPAQ	72

1 INTRODUÇÃO

A temática sobre o baixo nível de Atividade Física (AF), a epidemia da obesidade e o acometimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) elevam a atenção das agências mundiais de saúde, visto que ser sedentário e/ou inativo aumenta as condições adversas de saúde na população e reduz a expectativa de vida (LEE et al., 2012; SALLIS et al., 2016; SANTOS et al., 2018, WHO, 2019). A não realização de AF regular é considerada fator de risco primário que contribui para agravos à saúde, como problemas cardiovasculares e metabólicos (HALLAL et al., 2010, POGGIO et al., 2017).

A Inatividade Física (IF) é considerada pandêmica no mundo e preocupa as autoridades e órgãos vinculados à saúde (KOHL et al., 2012), pois gera implicações de ordem social, econômicas e problemas nas condições de saúde da população (GAETANO, 2016), custos crescentes referente a IF são relatados em diversos lugares do planeta (HASKELL et al., 2007; HALLAL et al., 2012).

A identificação das DCNT, na maioria das vezes, representa um desafio para os serviços da saúde, devido ao fato de estarem relacionadas ao processo de envelhecimento, mas também podem estar atreladas a hábitos de vida impróprios, tais como: (i) alimentação inadequada, (ii) tabagismo (ativo ou passivo), (iii) colesterol elevado, (iv) alcoolismo, (v) sedentarismo e (vi) obesidade (MOURA et al., 2011, COSTA, THULER, 2012; LIRA et al., 2018).

Estudos epidemiológicos (OMS, 2006; LIMA-COSTA et al., 2011; HARATI et al., 2010; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2018; DUMITH et al., 2019) relatam que a AF realizada moderadamente e de forma regular é benéfica para a promoção de saúde, contribuindo com a melhora de hábitos sedentários e, assim, sendo associada a redução de DCNT. Deste modo, a AF pode ser considerada como um dos componentes mais importantes para a adoção de um estilo de vida saudável.

Estudos mostram que níveis elevados de AF melhoram a qualidade de vida e o bem-estar da população em geral, tendo como destaque a melhora da capacidade cardiometabólica, da saúde óssea, da função cognitiva e redução da composição corporal (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; POWELL; PALUCH; BLAIR, 2011; LEE et al., 2012; SALLIS et al., 2016).

A prática regular de AF e a alimentação balanceada são consideradas por profissionais da saúde, como os principais hábitos a serem incorporados, resultando em melhor qualidade de vida, na diminuição do sedentarismo, melhor controle de peso e prevenção no tratamento de diversas DCNT (PITANGA et al., 2008; HALLAL et al., 2012; KOHL et al., 2012). Apesar da

preocupação existente com a população, é imprescindível que ações sejam adotadas para propiciar a melhoria dos hábitos e da qualidade de vida dos profissionais de saúde que prestam assistência a população.

Sabe-se que o estilo de vida e os níveis de AF do trabalhador pode ser influenciado pelas adversidades laborais, tais como demandas excessivas e condições adversas de trabalho (JÄÄSKELÄINEN et al., 2015; HIDALGO et al., 2016; SIQUEIRA et al., 2019). Partindo desta premissa, pode-se inferir que os trabalhadores atuantes na AB podem sofrer prejuízos em sua saúde devido aos baixos níveis de AF. Ademais, é desejado que tais profissionais obtenham mais conhecimentos relacionados a comportamentos saudáveis e suas implicações a longo prazo (SIQUEIRA et al., 2019). Além disso, é esperado que eles atuem como modelo, já que podem servir de exemplo e motivação para os usuários do sistema de saúde que buscam orientações e mudanças no estilo de vida (NEUHOUSER, 2018; SIQUEIRA et al., 2019).

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, de maneira especial, a Estratégia Saúde Família (ESF) oferta ações que promovem nas pessoas a construção de comportamentos saudáveis (PAIM et al., 2012; MALTA et al., 2016). Dentro deste campo, as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017) elencam o aconselhamento e suporte à prática regular de AF como estratégias voltadas para a mudança de comportamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Tendo em vista que estes aspectos são ratificados por entidades nacionais e internacionais (JACOBSON et al., 2005, FERREIRA et al., 2019) e a eventual contribuição da adoção destas estratégias para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais que atuam na AB, ações devem ser implementadas neste contexto.

Apesar de os profissionais que atuam na AB desempenharem um papel fundamental no fomento de programas voltados à educação em saúde, desenvolverem um planejamento adequado a um determinado público-alvo visando a promoção de saúde e melhor qualidade de vida individual e coletiva (SEABRA et al., 2008; GAUTÉRIO et al., 2013; NUNES et al., 2014; LEITE et al., 2014), nota-se a carência de políticas públicas e/ou estratégias que contribuem efetivamente para a adoção de comportamentos saudáveis e realização regular de AF por esses profissionais.

Caso a qualidade de vida destes trabalhadores esteja aquém da desejada, pode influenciar o atendimento a ser oferecido, a produtividade e demais aspectos, gerando prejuízos econômicos para o trabalhador, para a organização e satisfação do paciente (CAMPOSMATOS et al., 2014; LIMA; FARAH; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018; CORDIOLI et al., 2019).

A rotina dos profissionais da AB é estafante, chegando muitas vezes a levar os profissionais a uma sobrecarga de trabalho e insatisfação de sua jornada (FORTE et al., 2017; MILANEZ et al., 2018), o que ocasiona a insatisfação no trabalho e maior exposição a fatores de riscos como: (i) estresse, (ii) perda das habilidades funcionais, e (iii) outras manifestações (SZYMANSKA, 2002; BRAGA, CARVALHO, BINDER, 2010; MEDEIROS et al., 2016). Estes profissionais são submetidos a diversos tipos de estresse tanto ligado ao interpessoal no trabalho quanto às demandas oriundas dos pacientes, tal condição pode ser associada ao esgotamento profissional, que ocasiona redução da qualidade do trabalho, aumento do absenteísmo, aumento dos riscos de acidentes ocupacionais e comprometimento da atenção destinada ao cuidado (ROUT, ROUT, 2007; PASCHOALINI et al., 2008; FERREIRA et al., 2009; SOUZA, VIRGENS, 2013).

As condições de trabalho e saúde dos profissionais da AB ainda são pouco discutidas e valorizadas (TAMBASCO et al., 2017). Tomasi et al. (2008) reconhecem que esses profissionais são os protagonistas do desenvolvimento e ações educativas referente ao sistema.

Uma das melhores formas de compreender a saúde dos trabalhadores é entender os seus hábitos de vida, sendo relevante àqueles relacionados a prática regular de AF, alimentação e tabagismo (MAURO et al., 2010; CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). Desta forma, a realização de investigações neste sentido e a implementação de intervenções podem contribuir para o enfrentamento do cenário encontrado e proporcionar a melhoria da qualidade de vida dos profissionais atuantes na AB através da realização de AF.

A prática de AF sendo dentro ou fora do ambiente de trabalho traz diversas melhorias, como aumento do consumo energético, redução do estresse, manutenção da capacidade aeróbia, percepção do estado de saúde e da autoestima, além de efeitos positivos para a saúde mental, sendo preditora de boa capacidade para o trabalho (HASKELL et al., 2007; DOHAHS, 2009; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010; WARBURTON, 2010; SALLIS et al., 2016; INTERNATIONAL SOCIETY FOR PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH, 2017; WHO, 2018)

Bringsén et al. (2012) pesquisaram a relação entre o trabalho com a promoção da saúde, concluíram que os ambientes de trabalho que investem na promoção de saúde têm maior probabilidade de conquistar índices satisfatórios de qualidade de vida entre os trabalhadores. Apesar de a investigação ter sido realizada no contexto hospitalar, a implementação de estratégias similares na AB pode favorecer uma melhor qualidade de vida para os profissionais ali atuantes.

Assim, considerando a relevância da prática de AF pelos profissionais da AB e o potencial que a adoção deste hábito pode trazer para a prática profissional, deve-se desenvolver ações que interfiram positivamente no estilo de vida dos indivíduos sedentários. O aumento do nível de AF gera a redução dos níveis pressóricos e da hemoglobina glicosilada, bem como efeitos positivos na saúde mental, reduzindo o risco de depressão e melhorando a cognição (PETRELLA; LATTANZIO, 2002; PINTO et al., 2005; GRANDES et al., 2009; STRÖHLE, 2009; BEAULAC; CARLSON; BOYD, 2011; MAMMEN; FAULKNER, 2013; STEVENS et al., 2014; GROOT et al., 2016).

A literatura salienta a importância do uso da tecnologia como instrumentos úteis e inovadores para promoção de hábitos e comportamentos saudáveis (SMS, apps, websites, etc). Estudos mostram que a utilização de mensagens de texto (SMS) apresenta ser uma ferramenta alternativa para a monitoração e acompanhamento dos indivíduos devido à potencialidade de promoção ao suporte, da geração de feedback e informações baseadas no objetivo específico do utilizador (SHAPIRO et al., 2008). A utilização de SMS, como estratégia metodológica de automonitoramento, pela facilidade de comunicação, disponibilização de informações sobre práticas de autocuidado, por atingir indivíduos de diversos grupos em diferentes níveis socioeconômicos e promoção de algumas mudanças no nível de comportamentos saudáveis são apresentadas na forma de educação em saúde, fato que consolida a acessibilidade e o baixo custo de recursos (BERTOLDO et al., 2013; SILVA et al, 2015; WHITEHEAD, SEATON, 2016; FORTMANN et al, 2017).

O presente estudo buscou responder os efeitos de um programa de aconselhamento de AF para trabalhadores da AB do município de São Carlos – SP. Para tanto, assume-se a hipótese de que a intervenção proposta aumentará o nível de AF dos trabalhadores da AB, que está abaixo dos níveis recomendados.

2 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

2.1 Recomendações de Atividade Física

Recomendações para uma AF regular, baseadas em evidências, estão amplamente disponíveis na literatura, como as preconizadas pela OMS, pela Associação Americana do Coração (AHA), pelo Colégio Americana de Medicina Esportiva (ACSM) e pelo Departamento Nacional de Saúde do Canadá (KESÄNIEMI et al., 2010). Porém, o grande desafio está em como transpor tal conhecimento para a prática e, de fato, provocar mudanças na população.

Considera-se AF como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema musculoesquelético decorrente de uma contração muscular e de gasto calórico acima dos valores considerados como “estado de repouso” (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985; CASPERSEN; KRISKA; DEARWATER, 1994).

Apesar de apresentar similaridade aos benefícios voltados a saúde, a expressão “exercício físico” (EF) não deve ser usada como sinônimo de AF (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985; KOHL et al., 2012). Tanto o EF quanto a AF implicam em movimentos corporais que levam ao gasto energético, apresentando progresso na relação positiva aos níveis de aptidão física (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985; GUEDES; GUEDES, 1995). No entanto, o EF é um subconjunto da AF, que pressupõe um planejamento de forma estruturada, sendo repetitivo e intencional, com um objetivo a ser alcançado, como por exemplo a manutenção ou melhoria dos níveis de aptidão física (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985; CASPERSEN; KRISKA; DEARWATER, 1994; KIRK et al., 2008; SILVA; COSTA JUNIOR, 2017).

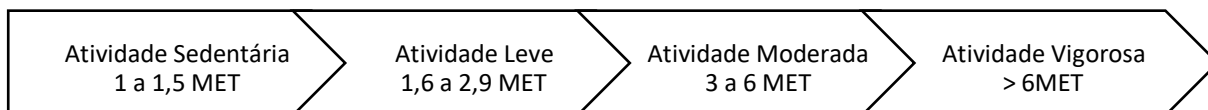
O EF, de um modo geral, apresenta três componentes na sua estrutura (MATVÉEV, 2001):

1. Duração do esforço (minutos);
2. Frequência semanal (dias);
3. Intensidade do esforço (expressa em gasto energético).

A intensidade do esforço é dividida em três categorias, considerando-se o Equivalente Metabólico da Tarefa (MET):

1. Leve (1,6 a 2,9 MET²);
2. Moderada (3 a 6 MET²);
3. Vigorosa (> 6 MET²).

Em síntese, a AF é o avanço constante do aumento do gasto energético, que se inicia do comportamento sedentário e vai em direção à AF vigorosa como apresentado no **Esquema 1**.



Fonte: Blair SN, Monte MJ; Nichaman MZ, 2004.

Esquema 1 – Avanço constante da atividade física.

Para que os benefícios atribuídos à AF sejam positivos, deve-se cumprir um determinado volume de AF por semana. Tais recomendações para o volume mínimo de atividade integram

a determinação das principais diretrizes. Um resumo elaborado com as recomendações para as diferentes diretrizes de AF é fornecida na **Tabela 1**.

Diretrizes de Atividade Física	Adultos	Idosos
	(18 e 64 anos)	(65 ou mais)
OMS	150'x semana AF (moderada)	150'x semana AF (moderada)
	75'x semana AF (vigorosa)	75'x semana AF (vigorosa)
AHA	150' a 300'x 5 dias AF (moderada)	150' a 300'x 5 dias AF (moderada)
	75' a 150'x 5 dias AF (vigorosa)	75' a 150'x 5 dias AF (vigorosa)
ACSM	150'x 5 dias AF (moderada)	150'x 5 dias AF (moderada)
	20'x 5 dias AF (vigorosa)	20'x 5 dias AF (vigorosa)
Departamento de Saúde do Canadá	150'x semana AF (moderada)	150'x semana AF (moderada)
	75'x semana AF (vigorosa)	90'x semana AF (vigorosa)
Advisory Committee on International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)/2005	30' de AF (moderada) x 5 dias ou mais/semana 20' de AF (vigorosa) x3 dias ou mais/semana, ou qualquer combinação de intensidade, desde que atinja o mínimo de 600 MET-minutos /semana	

Tabela 1: Diretrizes de AF recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), American Heart Association (AHA) e *American College of Sports Medicine* (ACSM).

Neste estudo, adota-se a recomendação da OMS, referenciada pelo Ministério da Saúde, a qual sugere a prática mínima de 150 minutos por semana de atividade de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa (OMS, 2018).

Diversas estratégias são adotadas para atingir as recomendações mínimas necessárias e assim, contribui para tal prática e proporciona benefícios à saúde. É válido lembrar que tão importante quanto saber os conceitos técnicos sobre as diretrizes e tipos de AF é identificar quais são os motivos que levam aos indivíduos não aderirem à prática e terem uma vida mais sedentária.

Van Der Plorg et al. (2012) demonstraram que o tempo despendido em comportamento sedentário pode estar associado às disfunções cardiometabólicas, podendo configurar um fator de risco para a mortalidade, independentemente do nível da prática de AF. Nesse sentido, mesmo se o indivíduo demonstrar ser suficientemente ativo fisicamente, tal prática de AF pode não equilibrar os efeitos adversos do tempo abundante de comportamento sedentário.

Como definição, “sedentarismo” é a inexistência ou a carência da prática de AF, ou seja, é a atividade que não aumenta substancialmente as despesas de energia acima do metabolismo basal (MATVÉEV; 2001; NETO, 2003). Neto (2003) ainda ressalta que, o sedentário é o sujeito que gasta poucas calorias durante a semana com atividades ocupacionais ou cotidianas.

De acordo com a OMS, um em cada quatro adultos não são suficientemente ativos e a taxa de adolescentes insuficientemente ativo compreende em mais de 80% em escala mundial (OMS, 2018). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 62,1% dos brasileiros com idade igual ou superior a 15 anos não praticam qualquer esporte ou AF (IBGE, 2015).

Este comportamento sedentário é causador de diversos efeitos deletérios para a saúde. Partindo da permissão de que a redução dos níveis de AF podem disparar diferentes respostas estressoras ao organismo em consequência a prática insuficiente, Howard et al. (2013) demonstraram que as agressões para a saúde são articuladas não apenas ao tempo de exposição ao comportamento sedentário, mas também no padrão das interrupções e nos intervalos de pausas entre uma vida ativa e comportamento sedentário.

A prática da AF é de extrema importância em qualquer idade, bem como é considerada um fator no qual se preserva e/ou melhora a saúde, promovendo a qualidade de vida (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON; 1985). Intervenções podem ser efetivas para o aumento da prática de AF (RIBEIRO; MARTINS; CARVALHO, 2007). Todavia, é importante salientar que, a realização de AF se associa com diversos fatores, como: (i) fatores ambientais

(espaços verdes); (ii) escolaridade; (iii) renda; (iv) hábitos de vida (tabagismo) e (v) obesidade (PITANGA et al., 2018).

Ademais, a AF é dividida em diferentes domínios (ISAYAMA, 2007; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2010): a) atividade desportiva (i.e. performance), tendo como objetivo principal a performance da pessoa; b) atividades voltadas ao lazer (tempo livre), com foco principal no tempo livre das obrigações sociais, como por exemplo passeios, ginástica, pesca jogar futebol; c) atividades laborais (no trabalho formal e no lar), relacionadas ao trabalho formal ou aos afazeres domésticos; d) atividade no transporte ativo (deslocamento a pé ou de bicicleta); e) atividades para a reabilitação(cinesioterapia), voltadas a recuperação física da pessoa.

Dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) divulgada no ano de 2018, relevaram que houve mudança significativa entre os hábitos alimentares e aumento no número de pessoas que praticam AF. De acordo com a pesquisa, houve aumento de 25,7% (de 2009 a 2018), saindo de 30,9% em 2009 para 38,1% em 2018, compreendendo a participação em alguma prática de AF no tempo livre para homens (45,4%) e para as mulheres (31,8%). Com relação a inatividade física, houve uma redução de 13,8% em relação ao mesmo período.

Já a pesquisa realizada pela OMS mostrou que mais de 1,4 bilhão de adultos em todo o mundo não praticaram atividades físicas suficientes em 2016 e no Brasil, a inatividade física corresponde 47% da população, consequentemente colocando as pessoas em maior risco de desenvolvimento de DCNT (OPAS, 2016; GUTHOLD et al., 2018), as pesquisas alertam que o sedentarismo aumenta o risco das DCNT. Além do baixo nível de AF, os brasileiros devem se preocupar também com excesso de peso. Segundo a VIGITEL, mais de 55% da população do país não toma os devidos cuidados com o peso.

O estudo de Guthhold et al. (2018), observa-se que a prevalência da AF é insuficiente, sendo as mulheres menos ativas compreendendo 32% e 23% para os homens em todo o mundo, não atingindo os níveis recomendados de AF – 150 minutos de atividade com intensidade moderada para se manterem saudáveis ou 75 minutos de atividade com intensidade vigorosa por semana. Ainda segundo os autores, ocorreu um aumento de 5% na inatividade física em países desenvolvidos (32% para 37%) e um pequeno aumento em países de baixa renda (16% para 16,2%), ambos no período compreendido entre os anos de 2001 a 2016.

Para Lima & Luiz (2015), as diretrizes fornecem recomendações (frequência, intensidade, tempo e tipo) que possibilitam a classificação do nível de AF individual. Tais recomendações

são datadas desde 1995 e mostram que adultos deveriam alcançar, no mínimo, 30 minutos de AF de intensidade moderada em 5 dias ou mais por semana, compreendendo um valor mínimo de 150 minutos por semana. Então, as pessoas devem cumprir o mínimo 150 minutos por semana, tempo que pode ser distribuídas ao longo da semana e a duração de cada sessão é definida pela escolha da intensidade do esforço, deixando claro que há equidade dos benefícios à saúde diante do volume da AF (OMS, 2018).

Pesquisas desenvolvidas pelo grupo de estudo de Pitanga et al. (2012, 2014) mostram que qualquer AF é melhor que nenhuma, contudo, a caminhada de forma isolada (no caso dos homens principalmente), não ocasiona benefícios tão significantes quanto de intensidade moderada ou vigorosa.

Assim, Pitanga e colaboradores (2018), demonstraram que a prática de AF no tempo livre pode prevenir eventos cardiovasculares em pessoas de ambos os sexos e os homens necessitam de maior quantidade (duração e intensidade essencialmente) de AF do que as mulheres para que os benefícios sejam conquistados. Os pesquisadores sugerem que para ocorrer a proteção das DCNT, a AF deve ser realizada no momento de lazer predominantemente, com intensidade de moderada a vigorosa.

Um importante fator que influencia as condições de saúde é o conjunto de hábitos que o sujeito desenvolve, por isso programas voltados para a promoção da saúde e a adoção de um estilo de vida saudável são importantes, neles ações de inclusões para o desenvolvimento de habilidades e autonomia do sujeito podem colaborar com a promoção de saúde do mesmo. Como isso, iniciativas de promoção de saúde são uma das principais ferramentas que proporcionam meios para ocorram melhorias na qualidade de vida do sujeito (PITANGA, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Diante disso, Nahas (2017) pondera que as pesquisas têm mostrado que a atitude do indivíduo está relacionada com o conhecimento que o mesmo tem sobre um tema determinado e que as pessoas que possuem um maior conhecimento sobre os benefícios de AF, costumeiramente são as mais ativas fisicamente, de acordo com o mesmo autor.

2.2 Avaliação de Atividade Física - IPAQ

Em 1997, a *World Health Organization* (WHO), desenvolveu o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ, versão longa) tendo como finalidade em estimar o nível habitual de AF de diversas populações de diferentes países (SOUZA et al., 2014).

Diversos estudos demonstram a importância e validaram o questionário, que pode ser considerado o mais empregado no mundo, haja vista as estimativas e comparações sobre o nível de AF, além de sua praticidade e baixo custo de aplicação (MATSUDO et al., 2001; HALLAL et al., 2007; BAUMAN, 2009; DUMITH, 2009).

O IPAQ possui 27 questões que abordam cinco dimensões: (i) a frequência, duração e intensidade de AF realizadas na última semana; (ii) atividades que são realizadas no trabalho; (iii) forma de deslocamento; e (iv) atividades ligadas às tarefas domésticas, atividades de recreação e lazer e o tempo gasto sentado (MATSUDO et al., 2001; BENEDETTI et al., 2004; SOUZA et al., 2014). O IPAQ considera a prática dessas atividades por dez minutos consecutivos no mínimo, tendo como objetivo a identificação do tipo de AF que as pessoas fazem no seu dia-a-dia (MATSUDO et al., 2001; PARDINI et al., 2001). As perguntas deste questionário são relacionadas com o tempo gasto que o sujeito fez AF em uma semana “habitual”.

A prática regular de AF parecer ser um dos principais caminhos que auxilia na diminuição dos riscos de DCNT além de contribuir com uma melhor qualidade de vida e um estilo de vida mais saudável e assim aumentando a expectativa de vida (PATE; PRATT; BLAIR, 1995; PUCCI et al., 2012; LEE et al., 2012).

2.3 Mudança de Comportamento

Diferentes teorias sobre mudança de comportamento têm sido adotadas para compreender melhor os fatores que podem auxiliar as pessoas a aderir comportamentos mais saudáveis e mais ativos. A mudança de comportamento, conhecida também por Modelo Transteórico, foi proposto inicialmente para cessar o hábito de fumar (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983), a partir da década de 90 começou a ser utilizada para aspectos comportamentais relacionados à prática de AF (MARCUS et al., 1992; PROCHASKA; MARCUS, 1994). Uma das vantagens deste modelo é a classificação dos sujeitos referente ao engajamento atual e o entendimento das condições de saúde, articuladas ao estilo de vida, por exemplo, a prática regular de AF (MACHADO, VIEIRA, SILVA, 2010; OLIVEIRA et al., 2012).

Esse modelo é aplicado a diversos comportamentos, como alcoolismo, consumo de drogas, atividade física, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção da gravidez, câncer, mudança alimentar, entre outros (PROCHASKA, DI CLEMENTE, NORCROSS, 1992; PROCHASKA, REDDING, EVERS, 1996; HOROWITZ, 2003; SPENCER, PAGELL,

ADAMS, 2005; NIDECKER *et al.*, 2008).

Frequentemente chamado de modelo de estágios de mudança de comportamento no qual cada estágio representa um tempo da mudança de comportamento e, assim, quando o entendimento da fase com a sua devida motivação e percepção frente à novas possibilidades (TORAL, SLATER, 2007). No Quadro 1, são descritas as principais características de cada estágio de mudança de comportamento, segundo Prochaska & Diclemente (1983).

Quadro 1. Estágios de mudanças de comportamento segundo Modelo Transteórico e suas principais características

Estágio	Características
Pré-contemplação	A mudança não foi considerada pelo indivíduo, ou não foram realizadas alterações no comportamento. O indivíduo não tem a intenção de mudar nos próximos seis meses. Encontra-se desmotivado.
Contemplação	O indivíduo começa a considerar a mudança comportamental, está ciente dos problemas e pretende alterar o comportamento no futuro, mas ainda não foi estabelecido um prazo.
Preparação	Pretende alterar seu comportamento em um futuro próximo, como no próximo mês, pequenas mudanças em seu comportamento já são notadas.
Ação	Correspondem aquelas que alteram seu comportamento, suas experiências, seu ambiente, superou as barreiras antes percebidas.
Manutenção	O indivíduo já modificou seu comportamento e o manteve por mais de seis meses. Se esforça para prevenir recaídas e consolidar o comportamento saudável.
Recaída	Aspecto essencial a ser compreendido quando se aborda mudança de comportamento. Quando ocorre uma recaída, nem sempre o recomeço ocorre no estágio inicial, a recaída não pode ser encarada como um fracasso e sim como parte do processo de mudança de comportamento.

Andrés e colaboradores (2008), avaliaram a efetividade do modelo transteórico em pacientes com diabetes. Os parâmetros analisados foram: AF, Índice de Massa Corporal (IMC), glicose, qualidade de vida, entre outros. Como resultado, intervenção de abordagem mostrou melhora em todos os parâmetros avaliados.

Natali et al. (2012) conduziram um estudo envolvendo usuários de UB, o objetivo foi avaliar os estágios de mudança nos comportamentos alimentar e de AF e os impactos sobre o perfil bioquímico e antropométrico de portadores de diabetes tipo 2. Os pesquisadores verificaram, com base no modelo transteórico, a movimentação dos pacientes para os estágios superiores aos do inicial, com melhoras no perfil antropométrico e bioquímico.

Considerando as diversas abordagens de mudança de comportamento, o presente estudo baseou-se no Modelo Integrado de Mudança de Comportamento (HAGGER; CHATZISARANTIS, 2014), esse modelo abrange diversas teorias e fatores sobre os processos psicológicos que afetam o comportamento da atividade física. O modelo engloba diversas teorias de características compreendendo: (i) sociocognitiva onde a AF é intencional e o indivíduo se envolve na decisão ativa dos atributos referente ao comportamento (ii) motivacionais, investir esforços para que o indivíduo se motive a realizar determinada ação proposta (iii) bifásica ou duas fases aborda uma conversação eficaz e eficiente das ações sobre as intenções de comportamento (iv) sistemas duplos, onde o indivíduo pode se envolver com a AF espontaneamente, tal teoria alega que o comportamento é controlado por dois processos: reflexivo que é representada por decisões racionais requer a utilização do conhecimento armazenado sobre um comportamento (por exemplo, crenças) e as informações disponíveis para chegar a uma determinada decisão e o impulsivo representada por influências aprendidas em experiências anteriores, espontâneas e inconscientes, normalmente esse impulso tende a ser de ações realizadas repetidamente no passado, em conformidade com as características da ação habitual.

Duas estratégias foram utilizadas nesta pesquisa para fomentar a mudança de comportamento entre os trabalhadores de saúde: aconselhamentos e entrevista motivacional.

O termo aconselhamento é empregado para uma extensa diversidade de intervenções e variedades de atividades especialmente correlacionadas à promoção do bem estar pessoal, saúde e o desenvolvimento humano (PUPO, 2007). Inicialmente a prática de aconselhamento foi desenvolvida no século XX, nos Estados Unidos na assistência social ofertando auxílio a problemas financeiros, oportunidades de expressão e alívio das tensões

Aconselhar em saúde é o ato de apoiar os indivíduos, considerando o seu contexto biopsicossociocultural e auxiliando em seu cotidiano de forma positiva (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005). Aconselhar está relacionado à resolução de problemas e ao processo de tomar decisões, ocorrendo uma melhoria das relações interpessoais, e principalmente a promoção do autoconhecimento. Em geral, o aconselhamento busca facilitar os processos de

adaptação do sujeito às necessidades e, com isso, promover um bem-estar psicológico e elevar sua autonomia no enfrentamento das diversidades (TRINDADE; TEIXEIRA, 2000).

Ainda neste sentido, o aconselhamento favorece a realização de práticas saudáveis por parte do indivíduo (FLORES et al., 2018). A realização de aconselhamentos sobre os modos saudáveis de vida, especialmente sobre a prática regular de AF, visa alcançar benefícios reais e comprovados por meio da incorporação de novas práticas (SIQUEIRA et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011). No campo da AF, o aconselhamento pauta-se em abordagens que buscam incentivar a promoção de mudanças de comportamento e desenvolver nos sujeitos uma adesão para um estilo de vida mais ativo e saudável, sendo uma orientação geral de incentivo a prática de AF em diferentes domínios (lazer, trabalho, deslocamento e atividades domésticas) (GNANENDRAN et al., 2011; SOUZA NETO, 2018).

Para que ocorram as mudanças relacionadas a saúde da população, as práticas educativas devem ser realizadas a partir de uma conversa com os principais responsáveis de acordo com a influência nas dimensões da AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Tabela 2 traz informações sobre os conceitos de aconselhamento utilizados em diversos estudos:

Quadro 2. Conceitos de aconselhamentos presentes na literatura. Autoria própria

Autor	Ano	Conceitos
Poskiparta, Kasila e Kiuru	2006	Aconselhamento sobre estilo de vida: definição de metas, resolução de problemas, estágio de mudança de comportamento, as principais barreiras relacionadas à mudança e as principais tomadas de decisões relacionadas ao estilo de vida.
Patriota & Miranda	2011	Aconselhamento pode ser pensando como um momento educativo, onde ocorra a construção e a integração do cuidado e o diálogo é fortalecido entre os profissionais e os indivíduos compreendendo uma atenção humanizada e personalizada.
Toledo	2011	Estratégia onde o conhecimento visa mudanças comportamentais em saúde e é desenvolvido pelo indivíduo em conjunto com o profissional da saúde, oportunizando melhores habilidades para adoção de estilo de vida saudável.
Santos et al.	2012	Aconselhamento é uma prática educativa que pode ser oferecida pelos profissionais da saúde, com o propósito de tomar os indivíduos mais ativos com relação ao processo de saúde. Valorizando o potencial do indivíduo e valorizando seu potencial e suas conquistas oriundas a mudança de comportamento e consequentemente a melhoria da qualidade de vida.
Moreno & Reis	2013	Aconselhamento é considerado uma estratégia de educação em saúde, é um momento onde ocorre a troca de experiência entre quem aconselha e quem está sendo aconselhado, ocorrendo uma reflexão sobre as informações fornecidas fazendo com o que o indivíduo diminua o comportamento de risco.

Lopes et al.	2014	Processo de apoio, onde o profissional considera todo o contexto biopsicossociocultural do indivíduo, visando a construção de estratégias em conjunto para o problema de saúde.
Florindo et al.	2015	Breve intervenção usada por profissionais da saúde, compreendendo desde uma conversa básica até uma conversa mais personalizada com destaque as principais mudanças.
Souza Neto	2018	Aconselhamento é caracterizado por uma intervenção participativa e acolhedora visando a mudança de comportamento do indivíduo

De acordo com Siqueira et al. (2009) e Ribeiro et al. (2007), a participação dos profissionais de saúde como estimulador e mediador para as devidas reflexões sobre os comportamentos, envolvem ações de orientações tanto individuais quanto coletivas e até estratégias de intervenções. Os indivíduos que recebem qualquer tipo de aconselhamento para a prática de AF de profissionais da saúde, possuem mais chances de mudar o próprio comportamento (COSTA et al., 2015; COSTA et al., 2015).

Häfele & Siqueira (2018) constataram em sua revisão sistemática da literatura acerca das intervenções realizadas com profissionais da AB e aconselhamento à prática de AF, que intervenções podem ser positivas. Ampt et al. (2009) verificaram que o aconselhamento sobre alimentação e AF por parte dos profissionais de saúde ocorria quando o indivíduo já apresentava excesso de peso ao passar por consulta. Peterson (2007) mostrou que a realização de aconselhamentos para a prática em AF nos serviços básicos de saúde é uma forma de promover o estilo de vida saudável e, conseqüentemente, reduzir as doenças hipocinéticas advindas do sedentarismo. Por sua vez, Silva et al. (2018) verificaram que o aconselhamento visando o estímulo da AF pode ser efetivo e favorecer o aumento de AF.

Aconselhamentos sobre educação à saúde é a melhor estratégia para a ocorrência de mudanças positivas nas pessoas, e para que isso ocorra se faz necessário o empenho de diversos profissionais da saúde e campanhas que estimulem à busca por comportamentos saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; FACCHINI et al., 2006).

Sá e Florindo (2012) avaliaram os efeitos de um programa educativo sobre as práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a promoção de AF. O programa teve adesão dos agentes comunitários de saúde, foi muito bem avaliado pelos participantes e promoveu alterações sobre a representação da AF e sobre a qualidade do aconselhamento para a prática.

Toledo et al. (2013) realizaram um estudo que envolveu 417 sujeitos com idade superior a 19 anos, que estavam esperando para atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Os autores verificaram que, dos 40,8% dos usuários que receberam algum tipo de

aconselhamento alguma vez na vida dentro da UBS sobre alimentação e/ou prática de AF, somente 50,9% aderiram parcialmente ou totalmente as orientações.

Häfele e Siqueira (2017) descreveram em seu estudo a prevalência de aconselhamentos à prática de AF e a mudança de comportamento em 525 sujeitos com 18 anos ou mais, em usuários de 35 UBS. A prevalência de aconselhamentos para a prática de AF no último ano entre os usuários que utilizaram a UBS foi de 35,4%. Dentre os sujeitos que receberam o aconselhamento, 73,4% tiveram no mínimo duas oportunidades de serem aconselhados, sendo o período referente ao último aconselhamento inferior a seis meses (75%) e que 90,8 % dos aconselhamentos ocorreram nas consultas indicando a caminhada (70,3%) para a prática de AF.

Os resultados de boas orientações e os benefícios referente aos hábitos de vida como a realização de uma maior prática de AF, um melhor cuidado com a alimentação e redução de bebidas alcoólicas são descritos na literatura, assim as pessoas que recebem orientações com qualidade gozam de um estilo de vida saudável (KREUTER, CHHEDA, 2000; WALKER et al., 2011; AGBORSANGAYA et al., 2013; TOLEDO, ABREU, LOPES, 2013; FLORES et al., 2018).

A forma que o profissional deve atuar envolve a escuta, compreensão e suporte as pessoas que desejam mudar, contribuindo assim com o planejamento e tomadas de decisões mais favoráveis aos comportamentos saudáveis tais como a prática de AF (GAGLIARDI et al., 2015). A prática em aconselhar sobre AF é extremamente válida para a promoção de estilos de vida ativos e saudáveis, principalmente quando realizada no cenário da AB (HALLAL et al., 2010, VUORI; LAVIE; BLAIR, 2013, ORROW et al., 2013).

Outrossim, é importante observar que os benefícios do aconselhamento e as formas como deve ser realizado são frequentemente elencados na literatura. Entretanto, existe uma carência de estudos que abordem os benefícios do aconselhamento voltado para AF entre os profissionais atuantes na AB, bem como possíveis intervenções para promover a mudança de comportamento no que tange a AF. Os estudos aqui apresentados possuem como foco central a população atendida pelas unidades de saúde e não tratam sobre os eventuais benefícios da AF para os profissionais atuantes na AB, principalmente os benefícios para a sua qualidade de vida e satisfação no trabalho.

Neste sentido, a entrevista motivacional (EM) pode ser de grande auxílio. EM é um estilo de aconselhamento motivador que tem como foco auxiliar o reconhecimento de um problema, permitindo intervir de modo positivo no estilo de vida do indivíduo, desenvolvendo autonomia e promovendo uma mudança comportamental de interesse saudável (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009; ANDRETTA et al., 2014).

A EM emprega um conjunto de métodos para que o indivíduo melhore a sua motivação intrínseca, promovendo melhores resultados sobre a mudança específica (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Verifica-se em revisões sistemáticas que a habilidade de uma boa comunicação do profissional de saúde com o indivíduo amplia a possibilidade da adoção de comportamentos mais saudáveis e de caráter preventivo por parte do usuário (MADSON; LOIGNON; LANE, 2009; SÖDERLUND et al., 2011). Assim, o profissional, por meio de uma escuta reflexiva, busca sempre ser empático e, através de elogios, encoraja o indivíduo durante todo o processo, fazendo com o que o mesmo se sinta compreendido (MILLER; ROLLNICK, 2012; SILVEIRA, 2016).

A escuta é uma ferramenta importante para obtenção de informações, que na maioria das vezes não ocorreria se fosse realizado na forma de perguntas fechadas, por isso perguntas abertas são feitas cautelosamente e direcionadas, assim o indivíduo tem um momento de reflexão encontrando razões para que o processo continue e tal mudança ocorra (ROLLNICK, MILLER, 1995; MILLER, ROLLNICK, 2012; ANDRETTA et al., 2012; SILVEIRA 2016; SANTOS 2019).

3 JUSTIFICATIVA

AF tem sido considerada um importante determinante de promoção da saúde, além de ser apontada como uma importante ação na área de saúde pública (SALLIS; MCKENZIE, 1991), pelo fato dela atuar de forma preventiva e no tratamento de DCNT (HASKELL et al., 2007; ADAMI et al., 2010; CZARKOWSKA-PACZEK et al., 2011).

Sabendo-se disso, o aconselhamento é uma estratégia que visa a mudança de comportamento do indivíduo, construído pelo profissional que lhe atende e assim levando-o a melhorar seus modos saudáveis de vida (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005).

Considerando a lacuna de investigações voltadas para o aconselhamento de profissionais na AB (HÄFELE; SIQUEIRA, 2018), a forte relação existente entre os níveis de AF e condições laborais (JÄÄSKELÄINEN et al., 2015; HIDALGO et al., 2016) e a motivação que os trabalhadores despertam na população atendida pelas unidades de saúde em relação ao estilo de vida (NEUHOUSER, 2018; SIQUEIRA et al., 2019), surge a necessidade de se realizar investigações que contribuam neste sentido.

O estudo tem importante relevância científica, pois auxilia na compreensão dos benefícios do aconselhamento e mudança de comportamento em relação a AF entre os profissionais atuantes na AB, diferente do observado na literatura, cujo foco pauta-se na população atendida

pelas equipes existentes nas unidades de saúde. É importante destacar que almeja-se uma melhor compreensão dos trabalhadores que atuam na AB do município de São Carlos, acerca da incorporação e a prática regular de AF no cotidiano, já que a literatura aponta que os trabalhadores dessa categoria possuem baixos níveis de prática de AF (SIQUEIRA et al., 2009).

O estudo recorreu ao uso da tecnologia da informação como por exemplo, os telefones celulares, já que praticamente todos os aparelhos são capazes de proporcionar o encaminhamento e recebimento das mensagens via SMS e a oferta desse serviço pode ser um aliado devido ao baixo custo, redução de tempo e a facilidade de comunicação para que possa ocorrer um engajamento dos participantes e um possível aumento no nível de AF.

Ademais, é de grande importância e relevância verificar se os aconselhamentos realizados contribuem para a mudança desejada de comportamento. Essa investigação se mostra essencial devido ao fato de esta proporcionar o conhecimento acerca da temática e a possibilidade de sensibilização dos trabalhadores para a adoção de melhores hábitos de vida e promoção da saúde, além da prevenção de doenças. É possível destacar que os achados podem contribuir eventualmente para a elaboração de políticas públicas ou mesmo a implementação de estratégias que visem os profissionais atuantes na AB.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar os efeitos de uma intervenção para mudança de comportamento de atividade física para trabalhadores da Atenção Básica do município de São Carlos – SP.

4.2 Específicos

- ✦ Identificar as características sociodemográficas e nível de atividade física dos trabalhadores da AB;
- ✦ Comparar o nível de atividade física nos momentos pré, pós intervenção e *follow up* (3 meses após o término da intervenção) entre os grupos intervenção e controle.

5 HIPÓTESE

A intervenção proposta aumentará o nível de AF dos trabalhadores da AB, que está abaixo dos valores recomendados.

6 ARTIGO - As sessões de métodos, resultados e discussão será apresentada em forma de artigo original, o qual foi submetido para a revista *Cadernos de Saúde Pública* no dia 01/03/2020.

Título: Efetividade de um programa de mudança de comportamento no nível de atividade física dos profissionais atuantes na Atenção Básica: um ensaio clínico randomizado

Autores:

Leandro Bisetto, Ms.¹

¹ Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil

Andresa Paixão, Gerontóloga¹

¹ Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil

Fábio Leandro, Ms¹

² Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil

Lorena Lorenzi, Ms³

¹ Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil

Caroline Muniz Catarino, Gerontóloga¹

¹ Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil

Isabela Pereira, Gerontóloga¹

Vivian Aline Mininel, Dr. ²

² Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil

Grace Angélica de Oliveira Gomes, Dr.¹

³ Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil

¹ Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil

Letícia Belo, Gerontóloga¹

RESUMO Efeitos de um programa de aconselhamento de atividade física para trabalhadores da Atenção Básica: ensaio clínico randomizado

Introdução: Apesar de reconhecidos os benefícios da prática regular de atividade física (AF), poucos estudos têm investigado programas de promoção de AF para profissionais da Atenção Básica de Saúde (AB). **Objetivo:** analisar os efeitos de uma intervenção de aconselhamento de AF para trabalhadores da AB do município de São Carlos-SP. **Métodos:** Trata-se de um estudo clínico randomizado conduzido em 22 unidades de saúde da AB. Os 58 participantes que consentiram em participar da intervenção foram aleatoriamente alocados em: (i) grupo intervenção (GI) (n=29) ou (ii) grupo controle (GC) (n=29). Foi oferecida uma intervenção com quatro encontros presenciais de 40 minutos com aconselhamento para aumento do nível de AF e mensagens motivacionais diárias enviadas por um mês por celular. Um questionário sociodemográfico, o instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) e o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) foram aplicados. Os GI e GC foram avaliados ao final do programa (um mês) e três meses após a intervenção (*follow-up*). As médias estimadas da pontuação do PEVI e de minutos de AF semanal entre os momentos *baseline*, pós e follow up foram comparadas através de Equações Estimativas Generalizadas. **Resultados:** A amostra foi 100% mulheres, com idade média de 46,8 ($\pm 11,6$) e 41,1 ($\pm 7,0$) para os GI e GC, respectivamente. Após a intervenção e no período de follow up, o GI aumentou mais AF no tempo de lazer quando comparado ao grupo controle ($p=0,021$). As variáveis estilo de vida geral, AF de descolamento e AF total não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. **Conclusão:** O programa foi efetivo para o aumento do nível de AF.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Promoção da Saúde; Comportamento; Exercício; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Although the benefits of physical activity (PA) are well-known, little is known about effects of PA interventions for health professionals of Primary Health Care. **Aim:** This study aims to analyze the effects of an intervention for behavior change on physical levels among primary health care workers in São Carlos, São Paulo state, Brazil. **Methods:** Participants (58) were randomized in: i) Intervention Group (IG) (n=29) or ii) Control Group (GC) (n=29). The intervention provided 40-minutes of counseling for behavior change in PA once a week for one month as well as daily motivational messages by phone. PA was measured using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), long version. LifeStyle Profile Scale (PEVI) measured lifestyle levels. The groups answered the questionnaires at the end of the program (one month) and three months later (follow-up). Lifestyle and PA difference-means of the groups were compared by time (pre, post, and follow-up). As the estimated media for PEVI scores and AF minutes weekly between the baseline moments, post-intervention and follow-up were compared using Generalized Estimation Equations. **Results:** A sample was made up of 100% women, with an average age of 46.8 (± 11.6) and 41.1 (± 7.0) for IG and CG, respectively. After an intervention and without a follow-up period, the IG increased more PA without leisure time when compared to the control group ($p = 0.021$). As variations in the general lifestyle, the detachment PA and total PA did not show statistically significant differences between the groups. **Conclusion:** The program was effective in increasing the level of PA.

Keywords: Occupational Health, Health Promotion, Behaviour, Exercise, Primary Health Care
Introdução

Os benefícios da atividade física (AF) para saúde são bem conhecidos. Eles incluem prevenção e controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e diminuição das taxas de mortalidade ^{1,2}. No entanto, apenas um a cada quatro sujeitos atinge as recomendações mundiais de AF ^{3,4}, o que mostra a necessidade de maior oferta de espaços que promovam estilo de vida mais saudável.

No Brasil, a oferta de ações que promovam comportamentos saudáveis na população pode ocorrer na Atenção Básica (AB), porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁵. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) recomenda ações de promoção da saúde especialmente na AB, indicando o aconselhamento como um dos temas prioritários, estratégia

que pode favorecer aspectos educativos e estimular a prática de AF e um estilo de vida mais saudável ^{6,7}.

Os trabalhadores da AB desempenham importante e fundamental papel na promoção de programas de educação em saúde ⁸. Segundo alguns estudos, grande parte desses trabalhadores apresentam algumas características negativas como presença de altos níveis de estresse, sobrepeso e acometimentos de problemas emocionais ⁹⁻¹¹. Esses fatores têm trazido prejuízos à assistência prestada, queda da produtividade, prejuízos emocionais e econômicos, insatisfação no trabalho e insatisfação do paciente no atendimento. Sendo assim, observa-se a necessidade de oferecimento de ações específicas de promoção da saúde para esses trabalhadores.

Grande et al. ¹² realizaram um ensaio clínico randomizado oferecendo ginástica laboral e ações educativas versus intervenção só com ações educativas para trabalhadores de empresas privadas brasileiras e encontraram resultados positivos para melhoria de qualidade de vida no domínio ambiente de trabalho, não para prática de AF. Hamm et al. ¹³ ofereceram AF supervisionadas para profissionais de um hospital no Canadá e identificaram aumento de 18,8 minutos de AF semanal após a intervenção. Esses autores demonstram a relevância das intervenções em diferentes locais de trabalho para melhoria da qualidade de vida e saúde dos trabalhadores, entretanto, esses estudos foram realizados em outros contextos fora da AB.

É recomendado que o aconselhamento em saúde seja uma ferramenta inerente às práticas dos profissionais e aplicada a todos os usuários, considerando seu potencial para facilitar adoção à comportamentos ativos ⁴⁴⁻⁴⁶. Algumas investigações apontam que profissionais de saúde que conhecem e realizam atividade física sentem-se mais preparados para aconselhar e são mais propensos a realizar aconselhamento durante sua prática clínica ^{14,15}. No Brasil, profissionais da AB que realizam AF conforme as recomendações mundiais apresentaram cinco vezes mais chance de aconselhar ¹⁶.

Intervenções comportamentais personalizadas que usam técnicas de definição de objetivos, aconselhamento individual e entrevistas motivacionais provaram ser mais eficazes quando comparadas com programas gerais de compartilhamento de informações ou exercícios supervisionados ⁴⁷. Ademais, achados demonstram que quanto mais estratégias se utilizam nesses programas, mais provável será sua efetividade, já que é oferecido ao participante diferentes recursos para apoiá-lo e orientá-lo por todo o processo ⁴⁷. Diante do avanço do uso da tecnologia, uma possível estratégia adicional para que ser incluída em programas de

promoção de aconselhamento em saúde é o uso de dispositivos móveis. Estes favorecem a comunicação e podem facilitar o processo motivacional de mudança de comportamento²¹⁻²³⁻⁴⁶.

Estudos brasileiros têm mostrado a efetividade de ações educativas e aconselhamento sobre prática de AF na AB^{17,18} para usuários, mas pouco se sabe se são oferecidos também para trabalhadores e se as características dos modelos existentes no que se refere a tempo de aconselhamento e formato das ações aplicadas com diferentes estratégias têm sido efetivos^{19,20}. Propostas de estudo com esse objetivo são importantes, pois podem aprimorar ações de promoção de saúde voltadas para trabalhadores da AB e afetar positivamente o controle de fatores de risco para usuários do SUS. Nesse sentido, o presente estudo buscou analisar os efeitos de uma intervenção para mudança de comportamento de AF para trabalhadores da AB.

Métodos

Trata-se de um ensaio clínico randomizado conduzido em unidades da Atenção Básica de Saúde (2018 - 2019). A pesquisa foi inserida no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC nº. RBR-7ph66k). Para conduzir o presente estudo, os autores seguiram o *Consort Statement (Consolidated Standards of Reporting Trials)*, seguindo o *check-list* de itens essenciais que devem ser incluídos na descrição de ensaios clínicos randomizados e um diagrama para a documentação da entrada, perda e conclusão do estudo dos pacientes ao longo da pesquisa²⁴. Dessa forma, o presente estudo levou em consideração aspectos metodológicos importantes, como a ocultação de alocação, cálculo do tamanho amostral, mascaramento dos avaliadores, etc. Além disso, avaliadores não foram interventores e vice-versa. O presente estudo seguiu todas as recomendações em relação a aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (Parecer nº. 2.873.474), conforme disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os profissionais que responderam o questionário e concordaram em participar voluntariamente da intervenção assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O recrutamento dos participantes foi realizado por meio de convite a todos trabalhadores cadastrados em uma lista geral de trabalhadores da AB da Prefeitura Municipal de São Carlos (n=805). O convite foi realizado por meio de e-mail para o Secretário de Saúde e gestores de cada unidade de saúde do município, grupos de trabalhadores usuários do aplicativo WhatsApp, explanação do projeto e entrega de panfletos nas UBSs e USFs em reunião de equipe. Adotouse para o cálculo amostral a meta de aumento de pelo menos 10 minutos de AF por semana para

cada trabalhador, um poder de 80% e um erro amostral de 5%, resultando em uma amostra ideal de 88 sujeitos (44 Grupo Intervenção -GI e 44; Grupo Controle - GC). Foi considerado uma perda de 15% durante a intervenção e outra de 30% ao final do *Follow-up* (três meses).

O critério de inclusão dos participantes do estudo foi ser profissional atuante na AB de São Carlos-SP. Tratando-se dos critérios de exclusão, foram excluídos: (i) profissionais com aproveitamento inferior a 80% no que se refere as intervenções; (ii) profissionais que foram desligados da unidade (demissão, exoneração e pedido de demissão); e (iii) os profissionais que se recusaram a ser entrevistados e/ou participar das intervenções. Para que a amostra fosse randomizada, um membro externo à pesquisa realizou um sorteio que alocou os interessados no GI ou GC. Ocorreu um pareamento por local de trabalho, sexo, idade (± 10 anos). Um esquema do delineamento amostral e recrutamento pode ser verificado na Figura 1.

Foram aplicados um questionário sociodemográfico, um instrumento denominado Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) e o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão longa. O questionário incluiu o nome da unidade em que o profissional atua, idade, sexo, anos de estudo, renda familiar, profissão e tempo na função atual do mesmo. O PEVI foi criado e validado no Brasil^{25,26} e abrange cinco componentes: (i) características nutricionais, (ii) nível de estresse; (iii) atividade física habitual; (iv) relacionamentos; e (v) comportamento preventivo. Já em relação ao IPAQ, trata-se de um instrumento amplamente utilizado no mundo, validado e passível de reprodutibilidade no Brasil²⁷. A pontuação varia de zero a 45 podendo ser classificada em: (i) perfil excelente (45 pontos); (ii) perfil bom (de 44 a 34 pontos); (iii) perfil regular (33 a 27 pontos); (iv) abaixo da média (26 a 18 pontos); e (v) ruim (≤ 17 pontos). Devido a característica do aconselhamento a ser oferecido na intervenção, foram avaliados somente os domínios lazer e deslocamento, com os seguintes subitens: (i) caminhada no lazer; (ii) atividade física moderada no lazer; (iii) atividade física vigorosa no lazer; (iv) lazer no tempo total; (v) deslocamento total; (vi) atividade física total no lazer e (vii) tempo sentado. Os dados dos instrumentos Perfil do Estilo de Vida Individual e nível de AF foram analisados em três momentos, sendo M1 o inicial (primeiro contato com o indivíduo), M2 após a intervenção no grupo GI e após 1 mês sem contato no grupo GC e M3 *follow-up* de 3 meses com os dois grupos.

Após o sorteio de todos os interessados para o GC ou GI em cada uma das unidades de saúde, foi realizado um telefonema para agendamento do primeiro encontro, momento em que se realizou a avaliação inicial e orientações dos próximos encontros/avaliações foram

fornecidas. Todos os encontros foram realizados com base na data e horário agendado pelo participante por uma equipe previamente treinada. Em relação ao GI, cada um dos quatro encontros semanais durou cerca de 40 minutos, ocorreram na localidade de trabalho do profissional, com autorização prévia do gestor responsável. Em cada encontro, foram realizadas a entrega de um panfleto referente e uma temática específica e a elaboração de plano de autogestão. As temáticas e formas de abordagem foram baseados no modelo de mudança de comportamento integrado²⁸, sendo as temáticas abordadas: i) 1º encontro: benefícios da atividade física e dicas da mudança de comportamento; ii) 2º encontro: eventuais barreiras e alternativas para driblá-las; iii) 3º encontro: recaída e retomada ao comportamento desejado; iv) pensamentos sabotadores da mudança de comportamento. Os participantes eram orientados a aumentar os níveis de AF em pelo menos 10 minutos a mais do que estavam habituados a realizar. Os resultados do pentágono do instrumento PEVI foram discutidos para possíveis modificações e plano de cuidado futuro. A sessão de aconselhamento era realizada em um modelo de interação entre participante e interventor, de forma que o participante decidia e indicava em que momento de suas rotinas era possível realizar mais AF. Além dos encontros presenciais, os participantes submetidos a intervenção escolheram qual a frequência e o tipo de mensagem gostariam de receber através em forma de *Short Message Service* (SMS), sendo as principais orientações educativas (22,8%), motivacionais (18,2%) e reflexivas (16,0%). Uma semana depois do último encontro foi realizada uma avaliação pós-intervenção. Após três meses a partir desta reavaliação, um novo agendamento foi realizado para realizar a reavaliação dos questionários. Cabe mencionar que, nenhum contato foi realizado durante este período.

Referente ao GC, nenhuma intervenção foi executada após a realização da avaliação inicial. Ao término de quatro semanas, uma reavaliação do GC foi realizada. O *Follow-up* ocorreu ao término do período de três meses mediante agendamento prévio. Realizada a última avaliação, o participante recebeu em um único dia uma intervenção que abrange todos os tópicos trabalhados com o GI em um período de 1h30 min.

Os dados coletados foram digitalizados e sistematizados em planilhas eletrônicas de Excel, versão 2016 e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Realizouse análise descritiva, incluindo média, desvio padrão (DP), mediana, frequência absoluta e frequência relativa, assim como os intervalos de confiança de 95% (IC95%). Foi realizado a técnica de *Intent to Treat Analysis* (ITT) para os dados faltantes dos sujeitos que não realizaram a segunda e terceira avaliação. Os dados de estilo de vida e AF que não possuíam distribuição normal foram analisadas por equações estimativas generalizadas com função de

distribuição Gaussiana Inversa, sendo somado 1 minuto para os dados de AF obtidos através do IPAQ, evitando valores nulos. As comparações múltiplas *post hoc* foram analisadas através do Teste de Bonferroni. Os resultados de AF foram apresentados de forma descritiva pelas médias estimadas, utilizando intervalos de confiança de 95% (IC95%). Foram aceitas as diferenças significativas com valores de $p < 0,05$.

Resultados

Dos 805 trabalhadores, 92 se mostraram interessados durante a primeira divulgação realizada por meio de palestras. Esses foram advindos de 22 unidades de saúde do município de um total de 33 unidades existentes (12 Unidades Básicas de Saúde e 21 Unidades de Saúde da Família). No momento do contato para agendamento da primeira avaliação e explanação da proposta do programa, houve desistência de 38 sujeitos. Dos que participaram da primeira avaliação, 4 desistiram durante a intervenção devido aos seguintes motivos: desinteresse em continuar no estudo (25%), aposentadoria (25%), sobrecarga de trabalho (25%) e problemas pessoais (25%). Ao final, foram analisados 29 sujeitos em cada grupo (Figura 1).

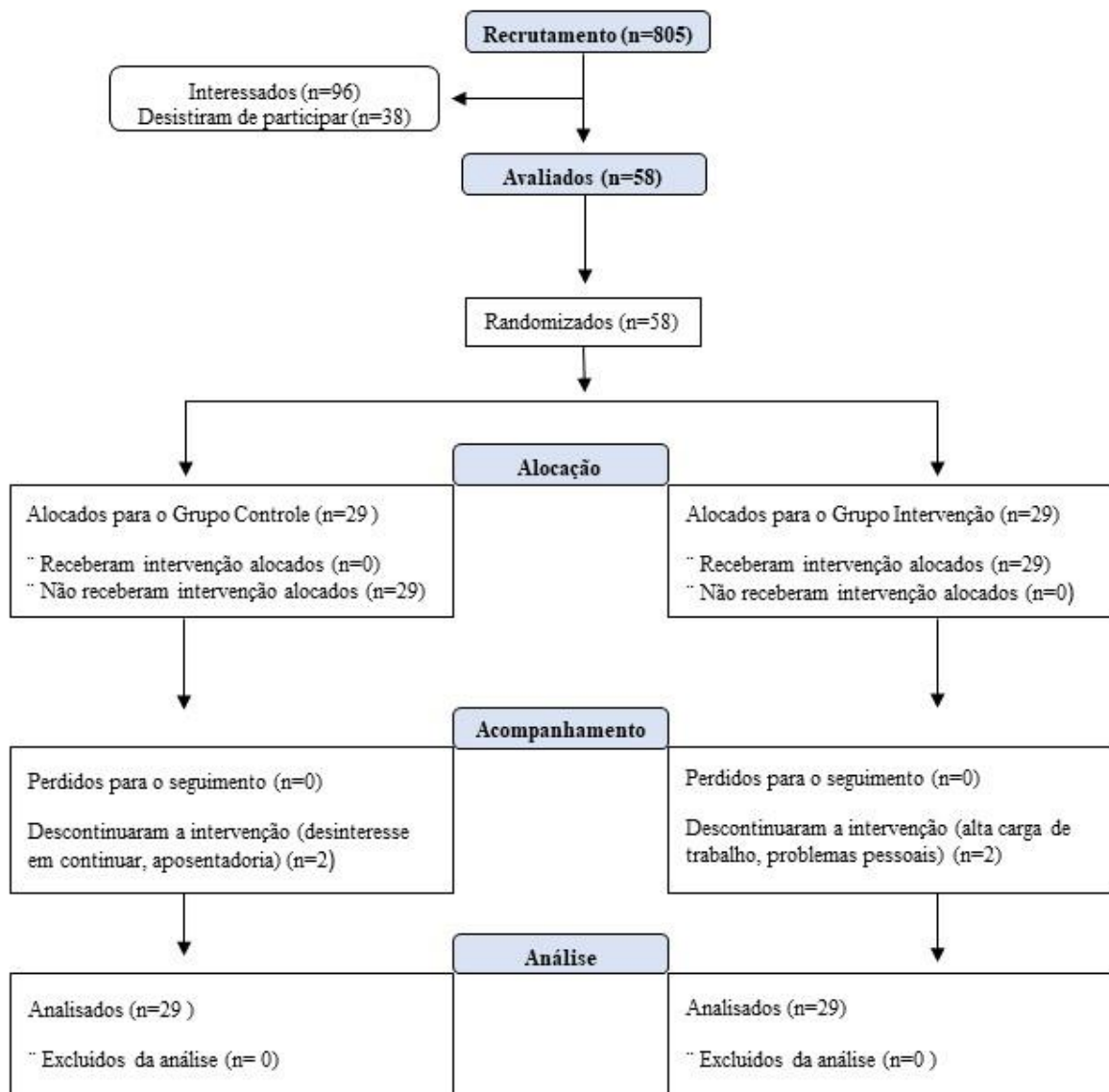


Figura 1. Fluxograma dos participantes, conforme o Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT 2010)

Se tratando do GC, a média de idade das participantes foi de 46,8 ($\pm 11,6$), ao passo no que no GI observou-se um valor igual a 41,1 ($\pm 7,0$) ($p=0,049$). Em relação aos anos de estudo, o GI e GC apresentaram 15,1 ($\pm 3,3$) e 14,7 ($\pm 3,1$) anos, respectivamente. No que se refere a renda familiar, o GC tinha 6,6 $\pm 5,8$ salários mínimos enquanto que o GI teve 4,7 $\pm 2,6$. Em relação a profissão dos entrevistados, prevaleceram no GI: auxiliares de enfermagem (26,0%), agentes comunitários de saúde (22,2%) e enfermeiras (18,5%). Já se tratando da profissão dos participantes do GC, predominaram agentes comunitários de saúde (29,6%), auxiliares de enfermagem (14,8%) e auxiliares de serviços gerais (11,1%). Por fim, o GC apresentou 12 $\pm 6,9$ de tempo em anos na função atual enquanto que o GI apresentou 9,9 $\pm 7,9$.

As Figuras 2 e 3 mostram dados de responsividade individual de ambos os grupos entre os momentos pré e pós intervenção para estilo de vida geral (pontuação) e para nível de AF (minutos semanais), e entre os momentos pré e follow-up, respectivamente. Quando foram verificadas as mudanças ocorridas entre os momentos pré e pós intervenção, observou-se que os grupos intervenção e controle melhoraram o estilo de vida geral de forma similar (52% e 55%). No entanto, a longo prazo, a proporção de sujeitos que melhoraram foi maior entre o grupo intervenção comparado ao grupo controle (69% e 48%).

No que se refere a AF total (lazer + deslocamento) a proporção de sujeitos do grupo intervenção que aumentaram pelo menos 10 minutos de atividade física por semana foi de 52% tanto quando comparados os momentos pré e pós intervenção quanto comparando-se os momentos pré intervenção e follow-up. Já a proporção de sujeitos do grupo controle que aumentou 10 minutos de AF por semana foi de 45% e 34% na comparação entre os momentos pré e pós, e pré e follow up, respectivamente.

Diferente do esperado, comparado ao grupo intervenção, um maior número de sujeitos do grupo controle aumentou o tempo de atividade física de deslocamento (38% e 34%) tanto a curto prazo quanto a longo prazo (34% e 24%). Inversamente, em relação ao tempo de atividade física de lazer, a proporção de sujeitos do grupo intervenção foi maior do que o grupo controle na comparação entre pré e pós intervenção (62% x 48%) e entre pré e follow up (48% e 45%).

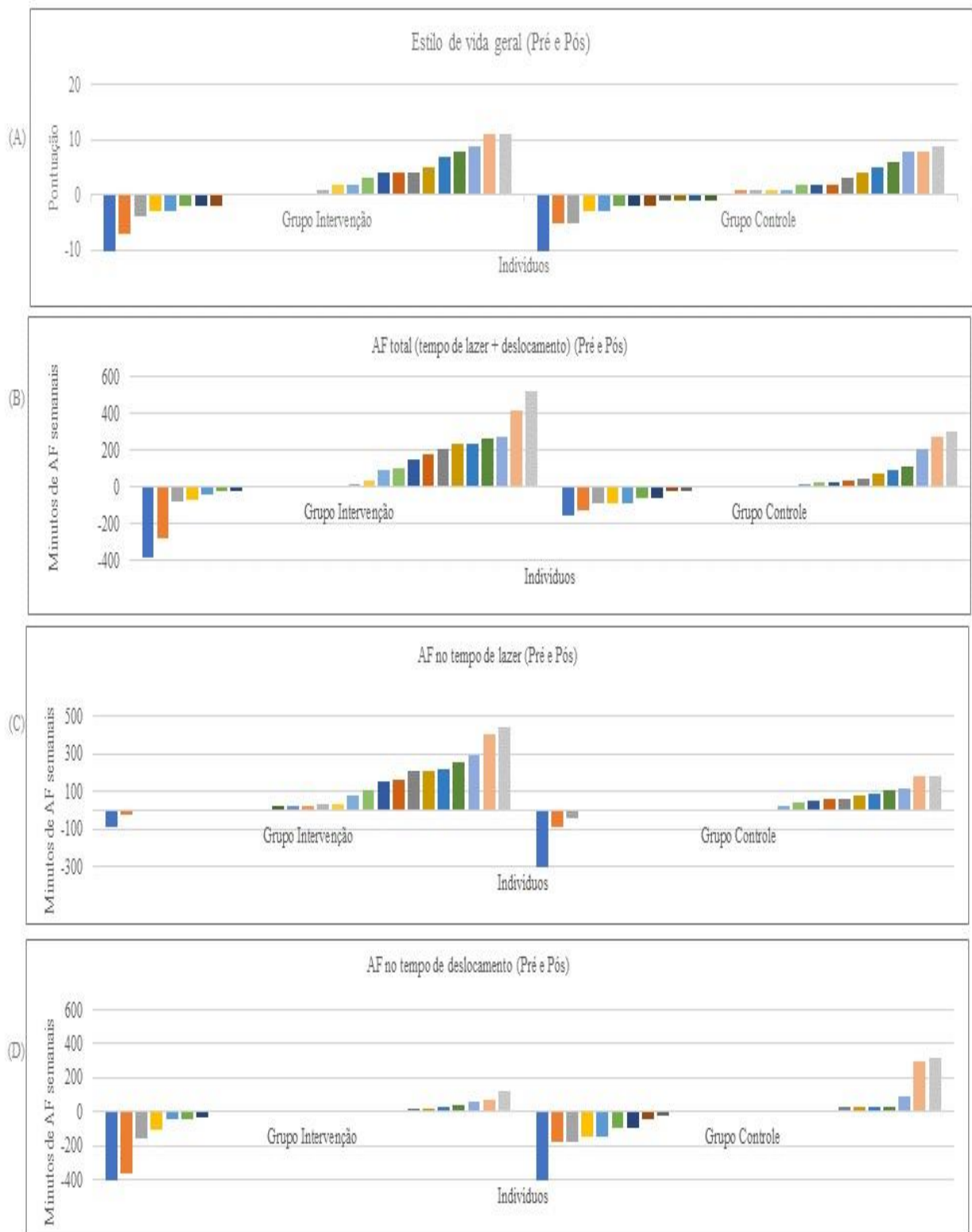


Figura 2 – Gráficos ilustrando a evolução dos resultados do Perfil do Estilo de Vida Individual e do Questionário Internacional de atividade física nos momentos pré e pós

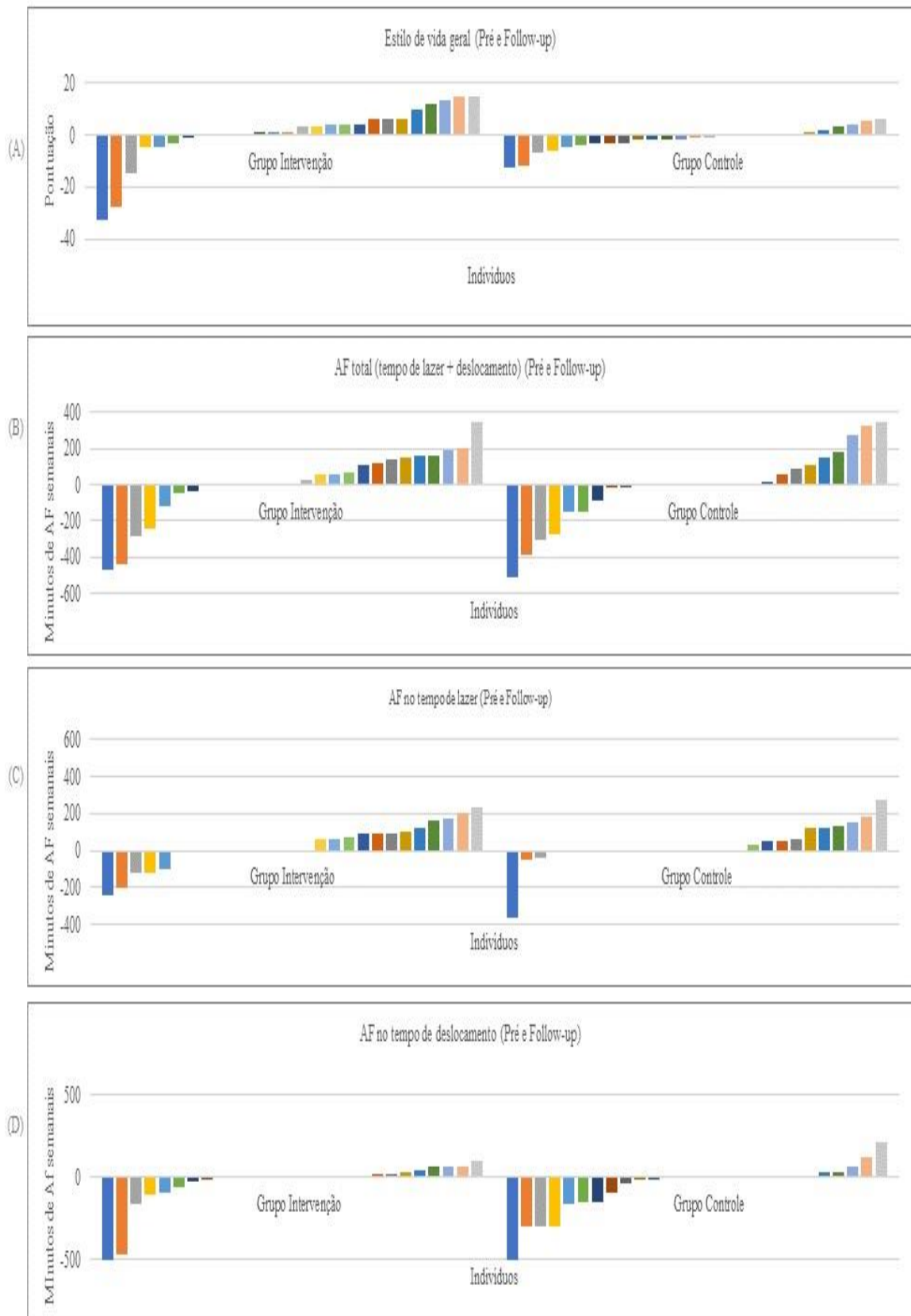


Figura 3 – Gráficos ilustrando a evolução dos resultados do Perfil do Estilo de Vida Individual e do Questionário Internacional de atividade física nos momentos pré e *follow up*

Tabela 1. Médias (IC95%) estimadas^a dos níveis de atividade física dos trabalhadores das unidades de saúde. São Carlos, SP.

GRUPOS	PRÉ	PÓS ^B	FOLLOW UP ^C	P-GRUPO ^{D E}	P-TEMPO ^{D F}	P-INTERAÇÃO ^{D G}
Estilo de vida geral (0-45 pontos)						
Grupo intervenção	23,9 (21,5-26,3)	25,6 (23,0-28,2)	27,9 (25,5-30,2)	0,954	0,031	0,116
Grupo controle	25,1 (22,9-27,4)	26,3 (24,3-28,3)	25,7 (23,3-28,2)			
Atividade física no tempo de lazer (minutos semanais)						
Grupo intervenção	86,2 (32,2-140,2)	227,8 (131,8-323,9)	134,1 (68,0-200,2)	0,129	<0,001	0,021
Grupo controle	46,7 (13,0-80,4)	80,5 (34,9-126,1)	148,9 (63,1-234,7)			
Atividade física no tempo de deslocamento (minutos semanais)						
Grupo intervenção	102,8 (38,7-166,9)	91,1 (42,1-140,1)	93,1 (36,4-149,9)	0,700	0,873	0,758
Grupo controle	107,5 (44,0-171,1)	123,7 (50,8-196,7)	96,5 (35,9-157,1)			
Atividade física total (soma dos minutos de deslocamento)						
GRUPO INTERVENÇÃO	184,1 (103,7-264,5)	291,1 (196,4-385,9)	211,0 (132,3-289,7)	0,785	0,009	0,464
GRUPO CONTROLE	174,2 (87,8-260,6)	230,7 (131,4-330,1)	236,3 (127,7-344,8)			

^a Valores estimados pelas equações de estimativas generalizadas.

^b Término do período de intervenção. ^c Término do período de acompanhamento. ^d Valores de p determinados por equações de estimativa generalizadas.

^e Comparação das médias apresentadas pelos grupos de estudo, independente do tempo. ^f Comparação das médias gerais entre os períodos de avaliação, independente dos grupos de estudo.

^g Valores correspondentes à interação tempo*grupo.

A Tabela 1 apresenta as médias estimadas dos grupos de estudo e as comparações desses valores segundo grupo, tempo e interação tempo e grupo. Tanto o grupo intervenção quanto o grupo controle demonstraram um aumento de minutos de atividade física semanal no tempo de lazer para ambos os grupos ao longo do tempo, no entanto, comparado ao grupo controle, o grupo intervenção apresentou maiores valores nos momentos pós intervenção e follow up

($p=0,021$). As variáveis estilo de vida geral, tempo de atividade física de deslocamento e lazer somados apresentaram diferenças significativas somente no valor p-tempo, mostrando que as médias dos grupos intragrupo foram diferentes ao longo do tempo. Não houve diferença estatisticamente significativa para grupo, tempo e interação grupo-tempo para a variável tempo de atividade física de deslocamento.

As médias de AF no tempo de lazer foram diferentes, sendo que o grupo intervenção apresentou maior média no momento pós intervenção quando comparado ao pré intervenção e follow up. Comparado ao grupo controle, o grupo intervenção apresentou maior média de minutos semanais de atividades de lazer e deslocamento logo ao final intervenção.

Discussão

Este estudo apresentou novos *insights* em promoção da saúde para trabalhadores da AB. Os principais resultados mostraram que profissionais aconselhados aumentaram o seu nível de AF no tempo de lazer, e estes se mantiveram mais alto do que os níveis iniciais após o período de follow-up, diferenciando-os do grupo não participante. Sendo assim, a intervenção para mudança de comportamento foi efetiva para o aumento dos níveis de AF praticada pelos indivíduos.

Foi observado, no presente estudo a participação somente das mulheres, situação semelhante em outros estudos aplicados em locais de trabalho^{13,19}, o que nesse caso, possivelmente está associado ao fato de maior parte dos profissionais de saúde serem predominantemente do sexo feminino (enfermeiras, técnicas e agentes comunitários) e as mulheres culturalmente cuidarem mais da saúde quando comparados aos homens^{19,29-31}.

Intervenções incluindo ações de educação em saúde e aconselhamento tem se mostrado estratégicas para aumentar nível de AF. O presente estudo usou essa ferramenta e encontrou um efeito positivo nos níveis de AF de trabalhadores da Atenção Básica de Saúde, assim como a intervenção oferecida no estudo de Hamm et al. Aplicada para trabalhadores em contexto hospitalar. Ribeiro et al.¹⁸, realizado com 157 adultos usuários do SUS durante 18 meses e constataram que, comparada com uma intervenção supervisionada, a intervenção que envolvia educação em saúde foi a que mais contribuiu no período pós-intervenção. Já Grande et al.³² observaram que a proporção de trabalhadores de empresas privadas que atingiam a recomendação mundial de AF aumentou de 25% para 51%; no entanto, não houve diferença

entre os momentos pré e pós intervenção tanto para o grupo que realizou ginástica laboral combinada com ações educativas quanto para o grupo que realizou apenas ações educativas.

No presente estudo, o tempo de intervenção foi inferior ao utilizado por Hamm et al.¹², e Grande et al.¹³ e Arogy et al.¹², os quais variaram entre três e seis meses. Mesmo diante disso, o período de acompanhamento e a intervenção realizada no presente estudo pareceu suficientes para contribuir no fornecimento de autonomia ao profissional de saúde atuante na AB em relação a prática de AF, sendo efetivo e promovendo a mudança de comportamento em um período de tempo inferior.

Estratégias como o envio de mensagens motivacionais e lembretes pelo celular podem auxiliar no aumento dos níveis de AF e na mudança de comportamento devido ao maior acesso à informação e comunicação²¹⁻²³, o que se alinha com as mudanças tecnológicas, as quais vem ocorrendo nos meios de comunicação e prestação de serviços. Cheval et al.³³ observaram que, apesar das mensagens não possuírem efeitos diretos sobre a AF, elas estão relacionadas ao aumento das intenções da prática da mesma. Desse modo, a diferença significativa nos níveis de AF antes e após as intervenções, pode estar relacionado com os envios das mensagens regulares e a intervenção educativa.

Figueira et al.³⁴ analisaram uma intervenção educativa com profissionais da AB em um período de três meses, com intervalo quinzenal entre os encontros, as quais tiveram como objetivo analisar a percepção de profissionais participantes de intervenção sobre aconselhamento de modos de vida saudáveis. Tal intervenção não ocasionou mudanças significativas acerca da temática em questão, fato que segundo os autores pode ser explicado pela rotina insatisfatória de trabalho desses profissionais e por algumas confusões conceituais entre interesse em mudanças de hábito versus o hábito propriamente dito, o que resulta em comportamentos ora direcionados por conceitos biomédicos, ora pelos seus desejos, cultura e contexto social. Já a intervenção adotada no presente estudo, demonstrou resultados significativos através da intervenção educativa, visto o aumento de tempo semanal destinado a prática de AF.

Esta investigação escolheu analisar um programa de educação em saúde de curta duração utilizando a estratégia de aconselhamento pois, para além de ser de baixo custo, possivelmente é mais viável para gestores de saúde e auxilia na quebra de diversas barreiras, já que o profissional de saúde ganha autonomia no processo de mudança e os materiais fornecidos

servem de apoio. Na literatura, revisões apontam a importância dos materiais impressos e a adoção de estratégias individuais para a promoção da educação em saúde ³⁵⁻³⁷.

Esses programas são delineados como combinações planejadas de aprendizagem que permitem a troca de experiências e apoio facilitador aos participantes, onde metas são estabelecidas, gerenciando recaídas e auto monitoramento do progresso ^{38,39}. A comunicação nas atividades permite que o indivíduo reflita e aja na prevenção e controle de doenças, por ser vista como um mecanismo de troca entre o conhecimento científico e o senso comum ^{40,41}. Dentro das perspectivas a proposta do estudo foi uma opção de escolha para que ocorra a mudança de comportamento desejada a longo prazo, assim como confirma o estudo de Ribeiro et al. ¹⁸.

A presente pesquisa possui os seguintes algumas fortalezas: utilização de método de estudo clínico randomizado, análise *follow-up* ⁴², aplicação de intervenção presencial e uso de tecnologia para aplicar estratégias motivacionais e de monitoramento. A abordagem utilizada nos encontros de aconselhamento baseou-se em uma teoria de mudança de comportamento integrada que faz uma junção de várias teorias clássicas da área ²⁸, as quais apoiam a construção conjunta entre trabalhador e interventor de uma a proposta de inserção de AF em suas rotinas bem como as suas metas.

O estudo apresenta algumas limitações. A randomização tradicional de estudos clínicos randomizados foi seguida buscando-se pares para o grupo controle dentro da mesma unidade de saúde, o que aumentou o risco de contaminação do grupo controle. Apesar da ampla divulgação e incentivo direto aos profissionais durante as reuniões de equipe de todas as unidades de saúde do município, houve interesse de somente 7% dos trabalhadores da rede de saúde. O tamanho da amostra foi, portanto, limitado, o que pode ter afetado os resultados das análises. O objetivo do programa oferecido era aumentar o nível de atividade física dos trabalhadores, mesmo dentre aqueles que já eram fisicamente ativos. Devido ao fato de grande parte dos trabalhadores de ambos os grupos já serem fisicamente ativos inicialmente, era esperado que mudanças na AF tendessem a ser menos significativas. O instrumento IPAQ permite análises de domínios separadamente, o que é adequado para aprimorar intervenções de AF. Entretanto, esse instrumento apresenta maior chance de superestimação em relatos de minutos de AF ^{42,43}. Medidas objetivas como acelerometria são recomendados em futuros estudos. Ainda, o período da intervenção foi curto, indicando a necessidade de pesquisas futuras que analisem intervenções de longa duração.

Conclusão

De acordo com os principais resultados obtidos no presente estudo houve uma melhora significativa do estilo de vida geral e aumento na maioria dos domínios de AF após a intervenção, mostrando que a intervenção foi capaz de elevar o tempo da prática de AF dos participantes; situação evidente na comparação entre os momentos e os grupos participantes da pesquisa. Ademais, essa pesquisa aponta caminhos para a ampliação da prática de aconselhamentos voltados para modos saudáveis para profissionais da AB, contribuindo assim para a reflexão sobre cuidado integral da saúde. A intervenção apresentada é de fácil aplicabilidade, possui baixo custo e menor duração que outras apontadas na literatura, podendo ser incorporada na rotina dos profissionais da AB. Os gestores de saúde municipais necessitam adotar medidas para favorecer o atendimento dos profissionais de saúde da AB, já que intervenções no horário de expediente sem um acordo prévio pode dificultar a participação deste público. Recomenda-se estudos futuros sobre aconselhamento em AF e mudança de comportamento, oportunizando aos profissionais da AB um estilo de vida mais saudável.

Referências

1. Lee IM 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):219-229.
2. Lear SA et al. The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study. *Lancet*. 2017;390(10113):2643-2654.
3. Sallis JF, Bull F, Guthold R, et al. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *Lancet*. 2016;388(10051):1325-1336.
4. 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):e1077-e1086
5. Malta DC, Oliveira TP SM et al. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2016; 25:373–90.
6. Ministério da Saúde B. Política Nacional de Promoção da Saúde - Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Secr Vigilância em Saúde Secr Atenção à Saúde.

- 2018.
7. Malta DC et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(6):1683-1694.
 8. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Cadernos de Atenção Básica n. 41. Secr Vigilância em Saúde Secr Atenção à Saúde. 2018.
 9. Cordioli DFC et al. Estresse ocupacional e engagement em trabalhadores da atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Enferm*. 2019; 72(6): 1580-1587.
 10. Camps-Matos I, Peralta-Santos A, Gomes B, Borges G, Aguiar P. Body Mass Index Assessment of Health Care Professionals in a Primary Care Setting in Portugal: a Cross Sectional Study. *Acta Med Port*. 2014;27(5):609-614.
 11. Lima AS, Farah BF, Bustamante-Teixeira MT. Análise da prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2018; 16(1): 283-304.
 12. Grande AJ, Loch MR, Grarido EA. Comparação de intervenções de promoção à saúde do trabalhador: ensaio clínico controlado randomizado por cluster. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho hum*. 2011; 15(1): 27-37.
 13. Hamm et al. (2019) Hamm, NC. et al. A Quasi-Experimental Study Examining the Impact and Challenges of Implementing a Fitness-Based Health Risk Assessment and a Physical Activity Counseling Intervention in the Workplace Setting. *Health Serv Res Manag Epidemiol* 2019; 6: 1 - 6.
 14. Anthony D, Dyson PA, Thankappan KR, Champgane B, Matthews DR. Community Interventions for Health can support clinicians in advising patients to reduce tobacco use, improve dietary intake and increase physical activity. *J Clin Nus*. 2016; 25(21-12): 3167-3175.
 15. Mendonça RD, Toled MTT LA. Incentivo à prática de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):140–6.
 16. Florindo AA 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(344) 1 - 8.
 17. Baba CT et al. Evaluating the impact of a walking program in a disadvantaged area: using the RE-AIM framework by mixed methods. *BMC Public Health*. 2017; 17: 1 - 11.
 18. Ribeiro EHC et al. Avaliação da efetividade de intervenções de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51-56.

19. Arrogy A, Schotte A, Bogaerts A, Boen F, Seghers J. Short- and long-term effectiveness of a three-month individualized need-supportive physical activity counseling intervention at the workplace. *BMC Public Health*. 2017; 17(52): 1 - 20.
20. Silveira LCJ, Aliti GB, SILMA EM, Pimentel RP, Gus M, Rabelo-Silva ER. Effect of motivational interviewing in hypertensive patients (MidNIgHT): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019; 20(1): 1 - 8.
21. Cole-Lewis H, Kershaw T. Text messaging as a tool for behavior change in disease prevention and management. *Epidemiol Reviews* 2010;32(1):56-69, 2010.
22. Priscilla S, et al. A pragmatic and scalable strategy using mobile technology to promote sustained lifestyle changes to prevent type 2 diabetes in India and the UK: a randomised controlled trial. *Diabetologia* 2015, 110(3):1-11.
23. Fortmann AL, et al. Dulce Digital: an mHealth SMS-based intervention improves glycemic control in Hispanics with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2017, 40(10): 1349-1355.
24. Boutron I, Altman DG, Moher D, Schutz KF, Ravaud P, CONSORT NRT Group. CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. *Ann Intern Med*. 2017; 167(1): 40 - 47, 2017.
25. Both J, Borgatto AF, Nascimento JV, Lemos CAF, Nahas MV. Validação da escala "Perfil do Estilo de Vida Individual". *Rev Bras Educ Fís* 2008; 13(1): 5 - 14.
26. Nahas MV, Barros MG, Françalacci V. O pentágono do bem estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. *Rev. Bras Ativ Fis Saúde* 2000; (5)2: 48 - 59.
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. *Bras Ativ Fis Saúde* 2001; (6)2: 5 - 18.
28. Hagger MS, Chatzisarantis NL. An integrated behavior change model for physical activity. *Exerc Sport Sci Rev*. 2014; 42(2): 62 - 69.
29. Koehnlein EA, Salado GA YA. Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. *Rev bras nutr clín*. 2008;56-65.
30. Moraes CF OM. A entrevista motivacional em grupos de obesas no tratamento da compulsão alimentar periódica. *Aletheia*. 2011;35-6.
31. Leao JM et al. Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. *J bras Psiquiatr*. 2015;64(2):107-14.

32. Grande AJ, Loch MR, Guarido EA, Yoshinoga Costa JB, Silva GC et al. Comportamentos relacionados à saúde entre participantes e não participantes da ginástica laboral. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2011;13(2):131–7.
33. Cheval B, Sarrazin P, Isoard-Gautheur S, Radel R FM. Processos reflexivos e impulsivos explicam (in) a eficácia de mensagens que promovem atividade física: um estudo controlado randomizado. *Heal Psychol.* 2015;34(1):10–19.
34. Figueira TR et al. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. *Trab Educ e saúde.* 2015;13(1):181–200.
35. Maniva SJCF, Carvalho ZMF, Gomes RKG, Carvalho REFL, Ximenes LB, Freitas CHA. Tecnologias educativas para educação em saúde no acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(4):1724-1731.
36. Iquize RCC, Theodoro FCET, Carvalho KA, Oliveira MA, Barros JF, Silva AR. Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. *J. Bras. Nefrol.* 2017;39(2): 196-204.
37. Menezes MM, Lopes CT, Nogueira LS. Impacto de intervenções educativas na redução das complicações diabéticas: revisão sistemática. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69(4):773784.
38. McLean N et al. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomized trials. *Int J Obes.* 2003;27:987–1005.
39. Costa AC et al. Educação a curto prazo e sua influência sobre a saúde de mulheres obesas. *Brazilian J Heal Rev.* 2018;1(2):364–88.
40. Maffaccioli R LM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):439–45.
41. Costa AC et al. Short term education and its influence on the health of obese women. *Brazilian J Heal Rev.* 2018;1(2):364–88.
42. Almeida ML et al. Studies About Physical Activity Interventions Including Follow-Up Analysis: A Systematic Review. *J Phys Act Health.* 2018; 15(6): 462 - 467.
43. Hallal PC et al. Lessons Learned After 10 Years of IPAQ Use in Brazil and Colombia. *J Phys Act Health.* 2010; 7(2): S259–S264.
44. Kessler M et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2019. 27(2) 1-12.

45. Häfele V, Siqueira F. Intervenções com profissionais de saúde da atenção primária sobre aconselhamento à atividade física: revisão sistemática. *Journal of Physical Education*. 2018. 30(1) 3021-3031. 2018

46. Meng L, et al. Strategies for worksite health interventions to employees with elevated risk of chronic diseases. *BMC Public Health*. 2017. 8 (2) 117-129.

Shrestha N, et al. Workplace interventions for reducing sitting at work. *Cochrane Library*. 2018.

3 (6) 1-181. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513236/pdf/CD010912.pdf>

7 REFERÊNCIAS

1. ADAMI, P.E.; NEGRO, A.; LALA, N. et al. The role of physical activity in the prevention and treatment of chronic diseases. **Clin Ter**, v. 161, n. 6, p. 537-41, 2010.
2. AMPT, A.J. et al. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. **BMC Family Practice**, v. 10, n. 1, p. 59, 2009.
3. ANDRES, A., GOMEZ, J., SALDANA, C. Challenges and applications of the transtheoretical model in patients with diabetes mellitus. **Disease Management & Health Outcomes**, v. 16, n. 1, p. 31-46, 2008.
4. ANDRETTA, I.; MEYER, E.; KUHN, R. P.; RIGNI, M. A Entrevista Motivacional no Brasil: uma revisão sistemática. **Mudança Psicologia da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 15 - 21, 2014.
5. ANDRETTA, I., ZAMBOM, L.F., DORNELLES, C. et al. A entrevista motivacional: uma revisão de literatura atual. Oliveira MS, **Andretta I. Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**, v. 1, 2012.
6. BARBOSA, A. P. et al. Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 743-754, 2015.
7. BAUMAN, A.; BULL, F.; CHEY, T. et al. The international prevalence study on physical activity: results from 20 countries. **International journal of behavioural nutrition and physical activity**, v. 6, n. 1, p. 21, 2009.
8. BEAULAC, J.; CARLSON, A.; BOYD, R.J. Counseling on physical activity to promote mental health: Practical guidelines for family physicians. **Canadian Family Physician**, v. 57, n. 4, p. 399-401, 2011.
9. BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G.; Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 12, n. 1, p. 25 - 34, 2004.
10. BLAIR, S.N.; LAMONTE, M.J.; NICHAMAN, M.Z. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? **The American journal of clinical nutrition**, v. 79, n. 5, p. 913S-920S, 2004.
11. BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1585-1596, 2010.
12. BRINGSÉN, A. et al. Exploring workplace related health resources from a salutogenic perspective: Results from a focus group study among healthcare workers in Sweden. **Work**, v. 42, n. 3, p. 403-414, 2012.
13. CAMPOS-MATOS, I. et al. Body Mass Index assessment of health care professionals in a primary care setting in Portugal: a cross sectional study. **Acta Medica Portuguesa**, v. 27, n. 5, p. 609-614, out. 2014.
14. CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676 - 689, 2017.

15. CASPERSEN, C.J.; KRISKA, A.M.; DEARWATER, S.R. Physical activity epidemiology as applied to elderly populations. **Baillière's clinical rheumatology**, v. 8, n. 1, p. 7-27, 1994.
16. CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports**, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.
17. CORDIOLI, D. F. C. et al. Estresse ocupacional e engagement em trabalhadores da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1580–1587, dez. 2019.
18. COSTA, E.F.; GUERRA, P.H.; DOS SANTOS, T.I. et al. Systematic review of physical activity promotion by community health workers. **Preventive medicine**, v. 81, p. 114121, 2015..
19. COSTA, L. C., THULER, L. C. S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 29, n. 1, p. 133-145, 2012.
20. CZARKOWSKA-PACZEK, B.; WESOŁOWSKA, K.; PRZYBYLSKI, J. Physical exercise prevents osteoporosis. **Przegląd lekarski**, v. 68, n. 2, p. 103-106, 2011..
21. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity guidelines for Americans**. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services; 2008. Disponível em: <<http://www.health.gov/paguidelines>>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2020.
22. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The Surgeon General's Vision for a Healthy and Fit Nation**. Rockville. DHHS; 2010.
23. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity and health**. 2018.
24. DOHAHS, DHHS "Relatório do Comitê Consultivo de Diretrizes de Atividade Física, 2008. Para a Secretaria de Saúde e Serviços Humanos. Parte A: Resumo executivo." *Nutr Rev* 67 (2009): 114-120.
25. DUMITH, S.C. Physical activity in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. S415-S426, 2009.
26. DUMITH, S.C. et al. Preditores e condições de saúde associados à prática de atividade física moderada e vigorosa em adultos e idosos no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190023, 2019.
27. FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 669-681, 2006.
28. FERREIRA, R. W. et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, 2019.
29. FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 898-906, 2009.
30. FLORES, T.R. et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 27, p. e201720112, 2018.

31. 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. 344, 2015.
32. FORTE, E. C. N. et al. Enfermeiras na atenção básica: entre a satisfação e a insatisfação no trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 3, p. 709–724, dez. 2017.
33. GAETANO, A. Relationship between physical inactivity and effects on individuals health status. **Journal of Physical Education and Sport**, v. 16, n. 2, p. 1069 - 1074, 2016.
34. GAGLIARDI, Anna R., FAULKNER, G., CILISKA, D. 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.
35. GAUTÉRIO, D. P. et al. Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família [Action by nurses to educate older adults: the family health strategy]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 6, p. 824–828, 2013.
36. GNANENDRAN, A.; PYNE, D.B.; FALLON, K.E. et al. Attitudes of medical students, clinicians and sports scientists towards exercise counselling. **Journal of sports science & medicine**, v. 10, n. 3, p. 426, 2011.
37. GRANDES, G.; SANCHEZ, A.; SANCHEZ-PINILLA, R.O. et al. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. **Archives of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 694-701, 2009.
38. GROOT, C.; HOOGHMESTRA, A. M.; RAIJMAKERS, P. G. H. et al. The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: a meta-analysis of randomized control trials. **Ageing research reviews**, v. 25, p. 13-23, 2016.
39. GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Atividade física, aptidão física e saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 18 - 35, 1995.
40. GUTHOLD, R., STEVENS, G.A., RILEY, L.M. et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1· 9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 10, p. e1077-e1086, 2018.
41. HÄFELE, V., SIQUEIRA, F. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 6, p. 581-592, 2017.
42. HÄFELE, V.; SIQUEIRA, F. V. Intervenções com profissionais de saúde da atenção primária sobre aconselhamento à atividade física: revisão sistemática. **Journal of Physical Education**, v. 30, n. 1, p. e-3021, 12 dez. 2018..
43. HALLAL, P. C. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 453–460, jun. 2007.
44. 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, maio 2010.

45. HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **Lancet (London, England)**, v. 380, n. 9838, p. 247–257, 21 jul. 2012.
46. HASKELL, W. L.; LEE I.M.; PATE R.R. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, v. 116, n. 9, p. 1081, 2007.
47. 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.
48. HOWARD, B.J. et al. Impact on hemo-static parameters of interrupting sitting with intermitent activity. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 45, n. 7, p. 1285-91, 2013..
49. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2015**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28 de julho de 2019.
50. INTERNATIONAL SOCIETY FOR PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH. The Bangkok declaration on physical activity for global health and sustainable development. **International Society for Physical Activity and Health**, v. 51, n. 19, p. 1389-1391, 2017.
51. ISAYAMA, H.F. Reflexões sobre os conteúdos físico-esportivos e as vivências de lazer. **Lazer e cultura**, p. 31-46, 2007.
52. JÄÄSKELÄINEN, A. et al. Psychosocial factors at work and obesity among young finnish adults: a cohort study. **Journal of occupational and environmental medicine**, v. 57, n. 5, p. 485-492, 2015.
53. 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, ago. 2005.
54. KESÄNIEMI, A. et al. Advancing the future of physical activity guidelines in Canada: an independent expert panel interpretation of the evidence. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 7, n. 1, p. 41, 2010.
55. KIRK, D.; COOKE, C.; FLINTOFF, A.; MCKENNA, J. **Key Concepts in sport and Exercise Sciences**. London: Sage Publications, 2008..
56. KOHL, H. W. et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 294–305, 21 jul. 2012.
57. LEE, I.-M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 21 jul. 2012.
58. LIMA, D.F.; LUIZ, O. C. Atividade física na promoção da saúde: uma avaliação das diretrizes. Semina: **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 2, p. 57-66, 2015..
59. LIMA, A. DE S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. **Trabalho, Educação & Saúde**, p. 283–304, 2018.

60. 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..
61. MACHADO, M.D.F.A.S., VIEIRA, N.F.C., SILVA, R.M.D. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2133-2143, 2010.
62. MADSON, M.B., LOIGNON, A. C., LANE, C. Training in motivational interviewing: A systematic review. **Journal of substance abuse treatment**, v. 36, n. 1, p. 101-109, 2009..
63. MAURO, Maria Yvone Chaves et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 244-52, 2010.
64. MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, (Supl. 1), p. 15531561, 2010.
65. MAMMEN, G.; FAULKNER, G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. **American journal of preventive medicine**, v. 45, n. 5, p. 649-657, 2013.
66. MARCUS et al. The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. **Health psychology**, v. 11, n. 6, p. 386, 1992.
67. MATSUDO, S et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, p. 05-18, 2001.
68. MATVÉEV, L.P. **Teoría general del entrenamiento deportivo**. Editorial Paidotribo, 2001.
69. MILANEZ, T. C. M. et al. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 184–190, jun. 2018.
70. MILLER, W.R., ROLLNICK, S. Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamento adictivos. Artmed, 2001..
71. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2005..
72. MEDEIROS, P. A. et al. Condições de saúde entre profissionais da atenção básica em saúde do município de Santa Maria. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 115-122, 2016.
73. MOURA, E. C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 486–496, mar. 2011.
74. MORENO, D.M.F.C., REIS, A.O.A. Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 591-609, 2013.

75. NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**/ Markus Vinicius Nahas. 7.ED. Florianópolis, Ed. Do AUTOR, 2017. 362 p.: il.
76. NATALI C.M. et al. Mudança de comportamento em portadores de diabetes. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim.** 2012; 37 (3): 322-334.
77. NETO, T.L.B. **Sedentarismo**. Emedix: Revista Digital, Rio de Janeiro, 2003.
78. NEUHOUSER, M. L. The importance of healthy dietary patterns in chronic disease prevention. **Nutrition Research**, v. 70, p. 3-6, 2019.
79. NIDECKER, M. et al. Application of the transtheoretical model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. **Addictive behaviors**, v. 33, n. 8, p. 1021-1030, 2008.
80. OLIVEIRA, N.K.R.D., BARROS, M.V.G.D., REIS, R.S. et al. Estágios de mudança de comportamento para a atividade física em adolescentes. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 18, n. 1, p. 42-54, 2012.
81. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Physical Activity - 2018**. Disponível em < <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physicalactivity>>. Acesso em: 28 de julho de 2019.
82. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde**. Brasília (DF): OPAS; 2016.
83. ORROW, G., KINMONTH, A.L., SANDERSON, S. et al. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Bmj**, v. 344, p. e1389, 2012..
84. PARDINI, R. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Ciência e Movimento**, v. 9, n. 2, 2001.
85. PASCHOALINI, B. et al. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 487-492, 2008.
86. PATE, R.R.; PRATT, M.; BLAIR, S.N. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **Jama**, v. 273, n. 5, p. 402-407, 1995.
87. PATRIOTA, L. M; MIRANDA. D. S. M. **Aconselhamento em DST/AIDS a gestantes na atenção básica: um estudo nas UBSFs de Campina Grande/PB**. In DAVI, J; MARTINHO, C. PATRIOTA, L. M., (orgs.). *Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios* [online]. 2 ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011, cap. 8, p. 201-218.
88. PETERSON, J.A. Get moving! Physical activity counseling in primary care. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 19, n. 7, p. 349-357, 2007..
89. 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.
90. 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. 247255, 2005.

91. PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, n. 3, p. 49–54, 25 abr. 2008.
92. PITANGA, C.P.S. et al. Nível de atividade Física para prevenção do excesso de gordura visceral em mulheres pós-menopáusicas: quanto é necessário? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 56, n.6, p. 358-363, 2012.
93. PITANGA, F.J.G. et al. Atividade física na prevenção de hipertensão arterial em adultos do sexo masculino: quanto é necessário? **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.20, n.6, p.456-460, 2014.
94. PITANGA, F.J.G. et al. Atividade Física no Tempo Livre, porém não Atividade Física no Deslocamento está Associada com Risco Cardiovascular em Participantes do ELSABrasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.100, n.1, p.36-43, 2018.
95. PIRES, F. O. et al. Perfil da qualidade de vida de idosos ativos e sedentários. Ponta Grossa – PR– Brasil. **Revista Qualidade de Vida do Idoso**, v. 5, 2013.
96. POGGIO, R. Preventable Ischaemic Heart Disease and Stroke Deaths Attributable to Insufficient Physical Activity: A Comparative Risk Assessment Analysis in the Argentinian Population. [s.d.].
97. 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.
98. PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 51, n. 3, p. 390, 1983.
99. PROCHASKA JO, REDDING CA, EVERS KE. The Transtheoretical Model and stages of change. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. editors. **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice**. 2nd ed. California: Jossey–Bass; 1996.
100. PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C, NORCROSS, J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. **Addictions Nursing Network**, v. 5, n. 1, p. 2-16, 1993.
101. PROCHASKA, J.O., MARCUS, B.H. The transtheoretical model: **Applications to exercise**. 1994.
102. PUCCI, G.C.M.F.; RECH, C.R.; FERMINO, R.C. et al. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 166-179, 2012.
103. RIBEIRO, M.A.; MARTINS, M.D.A.; CARVALHO, C.R.F. The role of physician counseling in improving adherence to physical activity among the general population. **São Paulo Medical Journal**, v. 125, n. 2, p. 115-121, 2007.
104. RODRIGUES, E. M; SOARES, F. P. T P; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev Nutr**. v.18. n.1. p.119-128. 2005.
105. ROLLNICK, S., MILLER, W.R. What is motivational interviewing?. **Behavioural and cognitive Psychotherapy**, v. 23, n. 4, p. 325-334, 1995.
106. ROUT, U. R.; ROUT, J. K. **Stress management for primary health care professionals**. United States: Springer Science & Business Media, 2007.

- 107.SÁ, T.H.; FLORINDO, A.A. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 4, p. 293-299, 2012.
- 108.SALLIS, J.F.; MCKENZIE, T.L. Physical education's role in public health. **Research quarterly for exercise and sport**, v. 62, n. 2, p. 124-137, 1991..
- 109.SALLIS, J. F. et al. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *Lancet* (London, England), v. 387, n. 10034, p. 2207–2217, 28 maio 2016.
- 110.SANTOS, A. L. P.; SIMÕES, A. C. Educação física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. **Saúde e sociedade**, v. 21, p. 181-192, 2012.
- 111.SANTOS, R.P., HORTA, P., SOUZA, C.S. et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 14-21, 2012.
- 112.SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.
- 113.SANTOS SILVA, L. A. et al. A importância da prática de exercícios físicos na terceira idade. **Revista Extensão**, v. 3, n. 1, p. 63-74, 2019.
- 114.SANTOS, T. S. et al. Atividade física e fatores associados em técnico-administrativos de uma universidade pública do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 23, p. 1–9, 27 out. 2018.
- 115.SCHMIDT, M.I. et al. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios** atuais. 2011.
- 116.SEABRA, A. F. et al. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2008000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 4, p. 721–736, abr. 2008.
- 117.SILVA, D. B.; PAPINI, C. B.; NAKAMURA, P. M.; GOMES, G. A. O.; KOKUBUN, E. Efetividade de duas intervenções com diferentes volumes de exercícios físicos na qualidade de vida em mulheres usuárias da Atenção Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. e0059, 2018..
- 118.SILVA, P.V.C.; COSTA JR, Á.L. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64, 2017.
- 119.SILVEIRA, L.C.J. Efeito da entrevista motivacional na pressão arterial e na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico: ensaio clínico randomizado. 2016.
- 120.SIQUEIRA, F.C.V., NAHAS, M.V., FACCHINI, L.A., et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1917-1928, 2009.
- 121.SIQUEIRA, F. V. et al. Excesso de peso e fatores associados entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 2, p. 138145, June 2019.

- 122.SÖDERLUND, L.L. et al. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. **Patient education and counseling**, v. 84, n. 1, p. 16-26, 2011..
- 123.SOUZA NETO, J.M.D. **Prevalência e fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde**. 2018..
- 124.SOUZA, T. S.; VIRGENS, L. S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 128, p. 292 - 301, 2013.
- 125.SOUZA, I.L.D.; FRANCISCO, P.M.S.B.; LIMA, M.G. et al. Nível de inatividade física em diferentes domínios e fatores associados em adultos: Inquérito de Saúde no Município de Campinas (ISACamp, 2008/2009), São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 623-634, 2014.
126. SPENCER, L., PAGELL, F., ADAMS, T. Applying the transtheoretical model to cancer screening behavior. **American Journal of Health Behavior**, v. 29, n. 1, p. 36-56, 2005.
127. STEVENS, Z.; BARLOW, C.; KENDRICK, D. et al. Effectiveness of general practicebased physical activity promotion for older adults: systematic review. **Primary health care research & development**, v. 15, n. 2, p. 190-201, 2014..
128. STRÖHLE, A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. **Journal of neural transmission**, v. 116, n. 6, p. 777, 2009.
129. SZYMANSKA, J. Disorders of the musculoskeletal system among dentists from the aspect of ergonomics and prophylaxis. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, v. 9, n. 2, p. 169-173, 2002.
130. TOLEDO, M.T.T. **Adesão a modos saudáveis de vida por usuários de Serviço de Atenção Primária à Saúde mediante aconselhamento**. 2011.
131. TOLEDO, M.T.T.; ABREU, M.N.; LOPES, A.C.S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 540-548, 2013..
132. TORAL, N., SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, 2007.
133. 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.
134. VAN DER PLOEG, H.P. et al. Siting time and all-cause mortality risk in 22 497 Australian adults. **Arch Intern Med.**, v. 172, n. 6, p. 494-500, 2012.
135. VUORI, I.M., LAVIE, C. J., BLAIR, S.N.Physical activity promotion in the health care system. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier, p. 1446-1461, 2013.
136. WARBURTON, D.E. et al. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 7, n. 1, p. 39, 2010.
137. WHILE, A. E. Promoting healthy behaviours - do we need to practice what we preach?. **London journal of primary care**, v. 7, n. 6, p. 112-114, 2015.

138. HAGGER, M.S.; CHATZISARANTIS, N.L.D. An integrated behavior change model for physical activity. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, v. 42, n. 2, p. 62-69, 2014.
139. SHAPIRO, J.R., BAUER, S., HAMER, R.M. et al. Use of text messaging for monitoring sugar-sweetened beverages, physical activity, and screen time in children: a pilot study. **Journal of nutrition education and behavior**, v. 40, n. 6, p. 385-391, 2008.
140. SILVA, C., FASSNACHT D.B., ALI, K. et al. Promoting health behaviour in Portuguese children via Short Message Service: The efficacy of a text-messaging programme. **Journal of health psychology**, v. 20, n. 6, p. 806-815, 2015.
141. BERTOLDI, A.D., KANAVOS, P., FRANÇA G.V. et al. Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. **Globalization and health**, v. 9, n. 1, p. 62, 2013.
142. FORTMANN, A.L., GALLO, L.C., GARCIA, M.I. et al. Dulce Digital: an mHealth SMS-based intervention improves glycemic control in Hispanics with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 40, n. 10, p. 1349-1355, 2017.
143. FLORES, T.R., GOMES, A.P., SOARES A.L.G. et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e201720112, 2018.
144. TAMBASCO, L.D.P., SILVA H.S.D., PINHEIRO K.M.K. et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 140-151, 2017.
145. TOMASI, E., FACCHINI, L.A., PICCINI, R.X. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s193-s201, 2008.
146. WALKER, R.L., GEE, M.E., BANCEJ, C. et al. Health behaviour advice from health professionals to Canadian adults with hypertension: results from a national survey. **Canadian Journal of Cardiology**, v. 27, n. 4, p. 446-454, 2011.
147. WHITEHEAD, L., SEATON, P. The effectiveness of self-management mobile phone and tablet apps in long-term condition management: a systematic review. **Journal of medical Internet research**, v. 18, n. 5, p. e97, 2016.
148. AGBORSANGAYA, C.B., GEE, M.E., JOHNSON, S.T. et al. Determinants of lifestyle behavior in type 2 diabetes: results of the 2011 cross-sectional survey on living with chronic diseases in Canada. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 451, 2013.
149. TOLEDO, M.T.T.D., ABREU, M.N, LOPES, A.C.S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 540-548, 2013.

150. KREUTER, M.W. CHHEDA, S.G., BULL, F.C. How does physician advice influence patient behavior?: Evidence for a priming effect. **Archives of family medicine**, v. 9, n. 5, p. 426, 2000.
151. PUPO, L.R. **Aconselhamento em DST/aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica**. 2007. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) Universidade de São Paulo, São Paulo.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr(a) está sendo convidado para participar da pesquisa **“Efeitos de uma intervenção de mudança de comportamento para um estilo de vida mais saudável para trabalhadores da Atenção Básica”** sob a coordenação da Prof^a Dr^a Grace Angélica de Oliveira Gomes, docente do Departamento de Gerontologia da UFSCar. O objetivo do estudo é verificar os efeitos de uma intervenção de estilo de vida com trabalhadores da Atenção Básica de São Carlos – SP, a qual oferecerá orientação e aconselhamento em relação à mudança de comportamento para melhorar seus hábitos de vida ao longo do tempo. A participação do(a) Sr(a) nessa pesquisa será importante pois os resultados poderão gerar melhorias em sua saúde, bem como aprimorar programas de intervenção para trabalhadores da Atenção Básica de Saúde no município.

O(a) Sr(a) foi selecionado por ter 18 anos ou mais e ser Servidor Público da rede de Atenção à Saúde do município de São Carlos. Sua participação não é obrigatória. Sua recusa pode ocorrer em qualquer momento da pesquisa e não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(a) pesquisador(a) ou onde é atendido. A coleta de dados ocorrerá ao longo do ano de 2018 e 2019.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação durante todas as fases da pesquisa. Asseguramos que o(a) senhor(a) não será identificado(a) e o material coletado será armazenado em local seguro. As informações que o(a) senhor(a) nos der serão guardadas no Departamento de Gerontologia da UFSCar em local seguro e servirão somente para dados de pesquisa científica. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Em caráter voluntário, o(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a responder questões sobre dados sociodemográficos, condições de saúde, hábitos de vida, bem como realizar algumas medidas antropométricas para cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) e risco cintura quadril (RCQ). Para tal será medido sua altura, seu peso e a circunferência do seu abdômen por meio de uma fita métrica manual. Após o término o(a) Sr(a) receberá uma devolutiva dos resultados.

A intervenção a ser oferecida terá duração de quatro semanas para cada participante com um encontro semanal, entrega de materiais informativos e orientações à distância por meio de mensagens por telefone celular ou via e-mail por estudantes de graduação e mestrandos em Gerontologia da UFSCar. Essa intervenção ocorrerá duas vezes, portanto, todos os interessados terão oportunidade de participar. O atendimento ocorrerá de forma previamente agendada, no seu local de trabalho e por no máximo 30 minutos. Caso o(a) Sr(a) não participe da primeira turma, terá o direito de participar da segunda vez que será oferecido. O nome do Sr(a) será sorteado (de forma aleatória) inicialmente para participar do projeto fazendo parte do *Grupo Intervenção*, o qual participará de duas avaliações sobre estilo de vida e da atividade de orientação e aconselhamento, ou do *Grupo Controle*, o qual participará somente das mesmas duas avaliações sobre estilo de vida. De forma sigilosa e sem gerar qualquer tipo de prejuízo ao trabalhador, dados sobre licenças médicas e quantidade de faltas no trabalho serão coletadas pela equipe de pesquisa da UFSCar na Seção do servidor da Prefeitura Municipal de São Carlos nos anos de 2018 e 2019.

Os riscos neste estudo são mínimos. O preenchimento destes questionários e as medidas antropométricas a serem realizadas apresentam a possibilidade de um risco subjetivo como cansaço, constrangimento, e impaciência, pois algumas perguntas remetem à auto avaliação da sua condição de estilo de vida. Em caso de algum desconforto durante a aplicação dos instrumentos, durante as medidas ou durante o atendimento oferecido, o(a) senhor(a) poderá interromper a avaliação e/ou a intervenção imediatamente ou requerer outro dia para a continuá-la. O(a) Sr(a) poderá se sentir insatisfeito por não ter sido participante da primeira turma, no entanto, garantimos que iremos oferecer a mesma intervenção logo que terminar a primeira fase da pesquisa.

Participar do programa poderá trazer benefícios à sua saúde ocasionados pela mudança de hábitos de vida no que se refere a aspectos físicos, sociais e emocionais. Da mesma forma, a não participação no programa, caso o(a) senhor(a) não tenha um estilo de vida adequado e não realize tais mudanças de vida, pode trazer alguns riscos à sua saúde nos aspectos citados anteriormente.

O(a) senhor(a) não terá nenhum gasto financeiro ou prejuízo no trabalho ao participar da pesquisa.

O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do(a) pesquisador(a) responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento no futuro. O senhor receberá também os resultados das avaliações logo após a aplicação dos testes e ao final da pesquisa.

No momento em que a pesquisa estiver pronta, os resultados serão apresentados em eventos e publicados em revistas científicas. _____

Grace de Oliveira Gomes

Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676

CEP: 13565-905 - São Carlos – SP

Fone (16) 3361-6665 e-mail: graceaogomes@ig.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar e concordo em participar. Fui informado que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676 – CEP: 13565-905 – São Carlos – SP- Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data: São Carlos, ____/____/____

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

PROJETO CUIDANDO HOJE PARA ENVELHECER MELHOR	
DATA:	AVALIAÇÃO: () PRÉ () PÓS () FOLLOW-UP
	AVALIADOR:
HORÁRIO:	NÚMERO DE TENTATIVAS DE ABORDAGEM: () 1 () 2 () 3

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (AVALIAR SOMENTE MOMENTO PRÉ-INTERVENÇÃO)		
NOME:	DN:	IDADE:
GÊNERO: 1 () MASCULINO 2 () FEMININO	TELEFONE CELULAR:	
	TELEFONE COMERCIAL:	
	TELEFONE RESIDENCIAL:	
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	COMPLEMENTO:	
ESTADO CIVIL: 1 () SOLTEIRO 2 () CASADO/ UNIÃO ESTÁVEL 3 () DIVORCIADO 4 () VIÚVO		
ESCOLARIDADE: 1 () ANALFABETO 2 () FUNDAMENTAL INCOMPLETO 3 () FUNDAMENTAL COMPLETO 4 () MÉDIO INCOMPLETO 5 () MÉDIO COMPLETO 6 () SUPERIOR INCOMPLETO 7 () SUPERIOR COMPLETO	ANOS DE ESTUDO (CONSIDERAR DO PRÉ-ESCOLAR AO ENSINO MÉDIO O TOTAL DE 12 ANOS): _____	
LOCAL DE TRABALHO/UNIDADE:		

PROFISSÃO:	CARGO/FUNÇÃO:
JORNADA DE TRABALHO SEMANAL (HORAS SEMANAIS):	TEMPO NA FUNÇÃO (MESES/ANOS):
RENDA INDIVIDUAL (QUANTOS SM):	RENDA FAMILIAR (QUANTOS SM):
NÚMERO DE MORADORES NO DOMICÍLIO:	

*SM: R\$ 954,00.

CONDIÇÕES DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA
PARA VOCÊ, SUA SAÚDE É: 1 () EXCELENTE 2 () BOA 3 () REGULAR 4 () RUIM 5 () MUITO RUIM
NOS DIAS ATUAIS, VOCÊ POSSUI ALGUMA DESSAS DOENÇAS/ACOMETIMENTOS: () NÃO POSSUO NENHUMA DOENÇA () ESTRESSE EM ALTO NÍVEL () CÂNCER () HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA CARDÍACA () DOENÇAS RESPIRATÓRIAS () DEPRESSÃO () TRANSTORNO DE ANSIEDADE GRAVE () OUTRA _____

PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL (PEVI) – NAHAS 2000
ALIMENTAÇÃO
A - SUA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA INCLUI PELO MENOS 5 PORÇÕES DE FRUTAS E HORTALIÇAS? (0) ABSOLUTAMENTE NÃO FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA (1) ÁS VEZES CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO (2) QUASE SEMPRE VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO (3) A AFIRMAÇÃO É SEMPRE VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA
B - VOCÊ EVITA INGERIR ALIMENTOS GORDUROSOS (CARNES GORDAS, FRITURAS) E DOCES (0) ABSOLUTAMENTE NÃO FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA (1) ÁS VEZES CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO (2) QUASE SEMPRE VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO (3) A AFIRMAÇÃO É SEMPRE VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

<p>C - VOCÊ FAZ 4 A 5 REFEIÇÕES VARIADAS AO DIA, INCLUINDO UM BOM CAFÉ DA MANHÃ</p> <p>(0) ABSOLUTAMENTE NÃO FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA</p> <p>(1) ÁS VEZES CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO</p> <p>(2) QUASE SEMPRE VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO</p> <p>(3) A AFIRMAÇÃO É SEMPRE VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA</p>
<p>ATIVIDADE FÍSICA</p>
<p>D - SEU LAZER INCLUI A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS (EXERCÍCIOS, ESPORTE OU DANÇA)</p> <p>(0) ABSOLUTAMENTE NÃO FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA</p> <p>(1) ÁS VEZES CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO</p> <p>(2) QUASE SEMPRE VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO</p> <p>(3) A AFIRMAÇÃO É SEMPRE VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA</p>
<p>E - AO MENOS DUAS VEZES POR SEMANA VOCÊ REALIZA EXERCÍCIOS QUE ENVOLVAM FORÇA E ALONGAMENTO MUSCULAR</p> <p>(0) ABSOLUTAMENTE NÃO FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA</p> <p>(1) ÁS VEZES CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO</p> <p>(2) QUASE SEMPRE VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO</p> <p>(3) A AFIRMAÇÃO É SEMPRE VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA</p>
<p>F - VOCÊ CAMINHA OU PEDALA COMO MEIO DE DESLOCAMENTO E, PREFERENCIALMENTE, USA AS ESCADAS AO INVÉS DO ELEVADOR</p> <p>(0) ABSOLUTAMENTE NÃO FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA</p> <p>(1) ÁS VEZES CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO</p> <p>(2) QUASE SEMPRE VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO</p> <p>(3) A AFIRMAÇÃO É SEMPRE VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA</p>
<p>COMPORTAMENTO PREVENTIVO</p>
<p>G - VOCÊ CONHECE SUA PRESSÃO ARTERIAL, SEUS NÍVEIS DE COLESTEROL E PROCURA CONTROLÁ-LOS</p> <p>(0) ABSOLUTAMENTE NÃO FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA</p> <p>(1) ÁS VEZES CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO</p> <p>(2) QUASE SEMPRE VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO</p> <p>(3) A AFIRMAÇÃO É SEMPRE VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA</p>

VIDA

H - VOCÊ SE ABSTÉM DE FUMAR E INGERIR ÁLCOOL COM MODERAÇÃO (CIRCULE O QUE SE APLICA A VOCÊ)

(0) ABSOLUTAMENTE **NÃO** FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

(1) **ÁS VEZES** CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO

(2) **QUASE SEMPRE** VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO

(3) A AFIRMAÇÃO É **SEMPRE** VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE

VIDA

I - VOCÊ RESPEITA AS NORMAS DE TRÂNSITO (COMO PEDESTRE, CICLISTA OU MOTORISTA); USA SEMPRE O CINTO DE SEGURANÇA, E SE DIRIGE, NUNCA INGERE ÁLCOOL.

(0) ABSOLUTAMENTE **NÃO** FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

(1) **ÁS VEZES** CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO

(2) **QUASE SEMPRE** VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO

(3) A AFIRMAÇÃO É **SEMPRE** VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

RELACIONAMENTO

J - VOCÊ PROCURA CULTIVAR AMIGOS E ESTÁ SATISFEITO COM SEUS RELACIONAMENTOS

(0) ABSOLUTAMENTE **NÃO** FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

(1) **ÁS VEZES** CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO

(2) **QUASE SEMPRE** VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO

(3) A AFIRMAÇÃO É **SEMPRE** VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE

VIDA

K - SEU LAZER INCLUI ENCONTROS COM AMIGOS, ATIVIDADES EM GRUPO, PARTICIPAÇÃO EM ASSOCIAÇÕES OU ENTIDADES SOCIAIS

(0) ABSOLUTAMENTE **NÃO** FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

(1) **ÁS VEZES** CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO

(2) **QUASE SEMPRE** VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO

(3) A AFIRMAÇÃO É **SEMPRE** VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE

VIDA

L - VOCÊ PROCURA SER ATIVO EM SUA COMUNIDADE, SENTINDO-SE ÚTIL NO SEU AMBIENTE SOCIAL

(0) ABSOLUTAMENTE **NÃO** FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

(1) **ÁS VEZES** CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO

(2) **QUASE SEMPRE** VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO

(3) A AFIRMAÇÃO É **SEMPRE** VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

CONTROLE DO ESTRESSE

M - VOCÊ RESERVA TEMPO (AO MENOS 5 MINUTOS) TODOS OS DIAS PARA RELAXAR

(0) ABSOLUTAMENTE **NÃO** FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

(1) **ÁS VEZES** CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO

(2) **QUASE SEMPRE** VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO

(3) A AFIRMAÇÃO É **SEMPRE** VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

N - VOCÊ MANTÉM UMA DISCUSSÃO SEM ALTERAR-SE, MESMO QUANDO CONTRARIADO

(0) ABSOLUTAMENTE **NÃO** FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

(1) **ÁS VEZES** CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO

(2) **QUASE SEMPRE** VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO

(3) A AFIRMAÇÃO É **SEMPRE** VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

O - VOCÊ EQUILIBRA O TEMPO DEDICADO AO TRABALHO COM O TEMPO DEDICADO AO LAZER

(0) ABSOLUTAMENTE **NÃO** FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

(1) **ÁS VEZES** CORRESPONDE AO MEU COMPORTAMENTO

(2) **QUASE SEMPRE** VERDADEIRO DO MEU COMPORTAMENTO

(3) A AFIRMAÇÃO É **SEMPRE** VERDADEIRA NO SEU DIA A DIA; FAZ PARTE DO MEU ESTILO DE VIDA

PERCEPÇÃO SOBRE HÁBITOS DE VIDA

COMO VOCÊ AVALIA SEU ESTILO DE VIDA GERAL?

1 () ADEQUADO 2 () ADEQUADO, COM ALGUNS PONTOS A MELHORAR 3 () INADEQUADO

VOCÊ ACREDITA QUE PRECISA MUDAR OU MELHORAR ALGUM HÁBITO DE VIDA?

1 () SIM 2 () NÃO

SE SIM, QUAL HÁBITO DE VIDA VOCÊ DESEJA ADERIR / MELHORAR? ENUMERE DE 1 A 6 EM ORDEM DE PRIORIDADE, SENDO 1 DE MAIOR PRIORIDADE E 6 DE MENOR PRIORIDADE.

(SE VOCÊ JÁ TIVER RESPONDIDO NA PALESTRA OU ATRAVÉS DO LINK DO QUESTIONÁRIO, APENAS CONFIRMAR)

- () AUMENTAR O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA
 () MELHORAR OS HÁBITOS ALIMENTARES
 () CESSAR OU DIMINUIR O TABAGISMO
 () AUMENTAR O RELACIONAMENTO/INTERAÇÃO SOCIAL
 () DIMINUIR CONSUMO DE ÁLCOOL
 () OUTROS _____

INDIQUE ABAIXO EM QUAL DAS SITUAÇÕES VOCÊ SE ENCAIXA ATUALMENTE NA MUDANÇA QUE INDICOU COMO PRIORITÁRIA:

- (1) JÁ TENHO FEITO POR MAIS DE 6 MESES
 (2) JÁ TENHO FEITO POR MENOS DE 6 MESES
 (3) NÃO TENHO FEITO, MAS PRETENDO COMEÇAR NOS PRÓXIMOS 30 DIAS
 (4) NÃO TENHO FEITO, MAS PRETENDO COMEÇAR NOS PRÓXIMOS 6 MESES
 (5) NÃO TENHO FEITO, E NÃO PRETENDO NOS PRÓXIMOS 6 MESES

INDIQUE PELO MENOS TRÊS FATORES QUE TE IMPEDEM DE MUDAR/MELHORAR O HÁBITO DE VIDA INDICADO COMO PRIORITÁRIO:

ACESSO A REDE

VOCÊ TEM CELULAR SMARTPHONE?

1 () SIM 2 () NÃO

DE FORMA GERAL, VOCÊ TEM ACESSO À INTERNET

DURANTE TODO O DIA?

- 1 () SIM, WI-FI E 3G/4G
 2 () SIM, WI-FI
 3 () SIM, 3G/4G
 4 () NÃO

COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ COSTUMA UTILIZAR O CELULAR DURANTE O DIA?

- 1 () VÁRIAS VEZES AO DIA
 2 () POUCAS VEZES AO DIA

MANTEREMOS CONTATO À DISTÂNCIA EM ALGUNS MOMENTOS DO PROJETO. PARA VOCÊ, QUAL SERIA A MELHOR FORMA DE FACILITAR ESSA COMUNICAÇÃO? ENUMERE DE 1 À 6 EM ORDEM DE PRIORIDADE, SENDO O 1 DE MAIOR PRIORIDADE E O 6 DE MENOR PRIORIDADE.

- () WHATSAPP () MENSAGEM DE TEXTO
 () FACEBOOK () LIGAÇÃO TELEFÔNICA
 () E-MAIL () VÍDEO CHAMADA

NO QUE SE REFERE À NATUREZA DAS MENSAGENS A SEREM ENVIADAS POR INTERNET:
(PERGUNTE AO AVALIADOR SOBRE OS TIPOS DE MENSAGENS ABAIXO / PODE MARCAR QUANTAS
ACHAR NECESSÁRIO.)

- 1 MENSAGENS MOTIVACIONAIS
- 2 ORIENTAÇÕES EDUCATIVAS
- 3 MENSAGENS QUE TRAGAM OS BENEFÍCIOS DE SE ADOTAR O HÁBITO DESEJADO
- 4 MENSAGENS REFLEXIVAS, QUE TRAGAM OS EFEITOS E CONSEQUÊNCIAS QUE A
CONTINUIDADE NO MAU HÁBITO OCASIONARÁ
- 5 LEMBRETES
- 6 ÁUDIOS COM ORIENTAÇÕES
- 7 VÍDEOS MOTIVACIONAIS DE UM MEMBRO DA EQUIPE DO PROJETO

DURANTE AS 4 SEMANAS DO PROJETO, QUANTAS VEZES POR SEMANA DESEJA RECEBER
NOTIFICAÇÕES COM DICAS PARA ATINGIR SUAS METAS? _____ (1 A 7 VEZES POR SEMANA)

VOCÊ DESEJA RECEBER MENSAGENS NO FINAL DE SEMANA?

SIM, SÁBADO E DOMINGO SIM, SÁBADO SIM, DOMINGO NÃO

DESEMPENHO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO

O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM O SEU DESEMPENHO NO TRABALHO?

- 1 MUITO SATISFEITO
- 2 SATISFEITO
- 3 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO
- 4 INSATISFEITO
- 5 MUITO INSATISFEITO

<p>O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM A SUA RELAÇÃO COM OS COLEGAS TRABALHO?</p> <p>1 () MUITO SATISFEITO 2 () SATISFEITO 3 () NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO 4 () INSATISFEITO 5 () MUITO INSATISFEITO</p>
<p>O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM SUAS TAREFAS/ ATIVIDADES DE SUA RESPONSABILIDADE NO TRABALHO?</p> <p>1 () MUITO SATISFEITO 2 () SATISFEITO 3 () NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO 4 () INSATISFEITO 5 () MUITO INSATISFEITO</p>
<p>COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ DESEJA MUDAR DE TRABALHO POR CONTA DE INSATISFAÇÃO NO TRABALHO ATUAL?</p> <p>1 () SEMPRE 2 () MUITAS VEZES 3 () POUCAS VEZES 4 () NÃO PENSO NISSO</p>
<p>COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ DESEJA PARAR DE TRABALHAR POR CONTA DE INSATISFAÇÃO NO TRABALHO ATUAL?</p> <p>1 () SEMPRE 2 () MUITAS VEZES 3 () POUCAS VEZES 4 () NÃO PENSO NISSO</p>
<p>COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SE SENTE SOBRECARRREGADO NO TRABALHO?</p> <p>1 () SEMPRE 2 () MUITAS VEZES 3 () POUCAS VEZES 4 () NUNCA</p>
<p>COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SE SENTE ESTRESSADO / EXCESSIVAMENTE CANSADO NO TRABALHO?</p> <p>1 () SEMPRE 2 () MUITAS VEZES 3 () POUCAS VEZES 4 () NUNCA</p>
<p>COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SE SENTE TRISTE/DESANIMADO POR CONTA DO SEU TRABALHO?</p> <p>1 () SEMPRE 2 () MUITAS VEZES 3 () POUCAS VEZES 4 () NUNCA</p>
<p>VOCÊ ACREDITA QUE SEUS HÁBITOS DE VIDA ATUAIS INTERFEREM NO SEU DESEMPENHO NO TRABALHO?</p> <p>1 () SIM 2 () NÃO 3 () EM PARTES</p> <p>JUSTIFIQUE _____</p>
<p>SE SIM, DE QUE FORMA?</p> <p>1 () SEMPRE 2 () DIVERSAS VEZES 3 () POUCAS VEZES</p>

VOCÊ ACREDITA QUE SEUS HÁBITOS DE VIDA INTERFEREM NO SEU RELACIONAMENTO COM COLEGAS DE TRABALHO?

1 () SIM 2 () NÃO 3 () EM PARTES

JUSTIFIQUE _____

SE SIM, COM QUE FREQUÊNCIA?

1 () SEMPRE 2 () DIVERSAS VEZES 3 () POUCAS VEZES

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS (TER EM MÃOS A FITA MÉTRICA E A BALANÇA, MEDIR NA BALANÇA DA UNIDADE)

PESO:	ALTURA:	IMC:
CINTURA:	QUADRIL:	RCQ:

**APÊNDICE C – FICHA DE ROTINA
DIA DE SEMANA**

NOME: _____ LOCAL: _____

DATA: _____ ENTREVISTADOR: _____

HORÁRIO	ATIVIDADE
05:00 - 06:00	
06:00 - 07:00	
07:00 - 08:00	
08:00 - 09:00	
09:00 - 10:00	
10:00 – 11:00	
11:00 – 12:00	
12:00 – 13:00	
13:00 – 14:00	
14:00 – 15:00	
15:00 – 16:00	
16:00 – 17:00	
17:00 – 18:00	
18:00 – 19:00	
19:00 – 20:00	
20:00 – 21:00	
21:00 – 22:00	
22:00 – 23:00	
23:00 – 00:00	

Exemplos de Atividades:

- ACORDAR;
- REFEIÇÕES;
- CUIDADOS PESSOAIS;
- LAZER (TV, ATIVIDADE FÍSICA, CUIDAR DOS ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO...);
- TRABALHO; -DORMIR.

FINAL DE SEMANA

NOME: _____ LOCAL: _____

DATA: _____ ENTREVISTADOR: _____

HORÁRIO	ATIVIDADE
05:00 - 06:00	
06:00 - 07:00	
07:00 - 08:00	
08:00 - 09:00	
09:00 - 10:00	
10:00 - 11:00	
11:00 - 12:00	
12:00 - 13:00	
13:00 - 14:00	
14:00 - 15:00	
15:00 - 16:00	
16:00 - 17:00	
17:00 - 18:00	
18:00 - 19:00	
19:00 - 20:00	
20:00 - 21:00	
21:00 - 22:00	
22:00 - 23:00	
23:00 - 00:00	

Exemplos de Atividades:

- ACORDAR;
- REFEIÇÕES;
- CUIDADOS PESSOAIS;
- LAZER (TV, ATIVIDADE FÍSICA, CUIDAR DOS ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO...);
- TRABALHO; -DORMIR.

APÊNDICE D – FOLDER SOBRE OS BENEFÍCIOS DA AF



Que meta
quero atingir?

A verdadeira
mudança
começa de
dentro.



(16) 994121752
cuidandohoje@gmail.com



Cuidando
hoje para
envelhecer
melhor

O QUE É ATIVIDADE FÍSICA?

Qualquer movimento corporal que resulta em gasto energético, como deslocamentos, exercícios físicos, esportes, dança

QUANTO FAZER?

Faça pelo menos 150 minutos semanais de atividade física leve ou moderada

BENEFÍCIOS

Melhor qualidade de vida

Maior interação social

Controle de doenças

Melhora no sono e no humor



DICAS

Escolha uma atividade física que seja viável ou prazerosa



Procure por grupos de atividades físicas ou uma companhia para a prática.

APÊNDICE E –PLANO DE AÇÃO/BENEFÍCIOS DA AF

NOME: _____

ENTREVISTADOR: _____ DATA: _____

TEMA: ATIVIDADE FÍSICA

BENEFÍCIOS

- Auxilia na prevenção de doenças como: diabetes, hipertensão e osteoporose;
- Melhora a autoestima;
- É um período de atividade que possibilita um tempo de afastamento e distração;
- Reduz a fadiga e sensação de cansaço;
- Aumenta a capacidade de resposta do organismo para combater o estresse

PLANO DE AÇÃO AÇÃO

1:

AÇÃO 2:

AÇÃO 3:

AÇÃO 4:

META:

APÊNDICE F – FOLDER BARREIRAS

Como driblar as barreiras

- Priorizar a mudança desejada
- Não se comparar com outras pessoas
- Refletir sobre os benefícios
- Aconselhamento profissional
- Ter apoio familiar



A verdadeira mudança começa de dentro.



(16) 994121752
cuidandohoje@gmail.com



**Cuidando
 hoje para
 envelhecer
 melhor**

O que são barreiras?

São motivos, razões ou desculpas declaradas pelo indivíduo que representam um fator negativo que pode interferir diretamente na mudança pretendida.



Tipos de barreiras

Barreiras Ambientais:
 clima, espaço, local de trabalho, ambiente.



Barreiras Sociais:
 trabalho, compromissos, tarefas, incentivo, recursos financeiros, orientação, companhia.



Barreiras

Comportamentais:
 autoestima, humor, medo, preocupação, interesse.



Barreiras Físicas:
 habilidades, limitações, cansaço, condições de saúde.



APÊNDICE G – PLANO DE AÇÃO/BARREIRAS DE AF

NOME: _____

ENTREVISTADOR: _____ DATA: _____

TEMA: BARREIRAS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

BARREIRAS

- “Não tenho tempo”. Planeje-se e organize sua rotina para que a prática de atividade física esteja presente no seu dia a dia;
- “Está frio”. Se você prefere atividades físicas ao ar livre, procure uma atividade que possa ser realizada em casa ou em outro lugar fechado;
- “Não gosta de academia”. Procure uma atividade física que seja prazerosa para você. Não se force a fazer algo que não goste;
- “Não tenho motivação”. Tente achar uma companhia que goste das mesmas atividades, assim um motiva o outro a continuar a prática;
- “Não tenho dinheiro”. Existem algumas atividades que poder ser realizadas ao ar livre e são gratuitas, como a caminhada e a corrida.

PLANO DE AÇÃO

AÇÃO 1:

AÇÃO 2:

AÇÃO 3:

META:

APÊNDICE H – FOLDER RECAÍDAS

<p>ENFRENTAR</p> <p>EVITAR</p> <p>ENCARAR</p>	<p>A verdadeira mudança começa de dentro.</p>   <p>(16) 994121752 cuidandohoje@gmail.com</p>	 <p>Cuidando hoje para envelhecer melhor</p>
---	---	---

<p>O QUE É RECAÍDA?</p> <p>A recaída é um retorno aos níveis comportamentais anteriores à mudança de hábito.</p> <p>O QUE DEVO FAZER?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar as situações de risco ✓ Prevenir as consequências ✓ Cuidar da autoestima 	<p>NÃO SE CULPE!</p> <p>A recaída é uma fase natural no processo de mudança de comportamento</p> 	<p>TIVE RECAÍDA, E AGORA?</p>  <p>Recomece com confiança!</p> <p>Recaída não deve induzir a desistência!</p> <p>Recaída não é sinônimo de fracasso!</p>
--	---	---

APÊNDICE I – PLANO DE AÇÃO/RECAÍDAS

NOME: _____

ENTREVISTADOR: _____ DATA: _____

TEMA: RECAÍDAS

- A recaída é um processo natural, quando se pretende mudar o comportamento, isso porque a mudança comportamental é dinâmica e complexa, pois, envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais;
- A recaída é precedida de um evento de alto risco (qualquer situação que coloque em risco a mudança) que pode ser prevenida quando há um planejamento;
- O excesso de expectativas e metas não realistas colaboram para a recaída;
- Uma rotina agitada e preocupações do dia a dia podem ser tornar um estopim para a recaída;
- Antes da recaída física (concretização do ato) há a recaída emocional, por esse motivo, é necessário manter o espírito de autoconfiança.

PLANO DE AÇÃO

AÇÃO 1:

AÇÃO 2:

AÇÃO 3:

META:

APÊNDICE J – FOLDER PENSAMENTOS SABOTADORES



Qual é meu pensamento sabotador?

A verdadeira mudança começa de dentro.



(16) 994121752
cuidandohoje@gmail.com



**Cuidando
 hoje para
 envelhecer
 melhor**

Por que temos pensamentos sabotadores?



Porque nosso corpo e nosso cérebro não gostam de sofrer, de ter prejuízos ou passar por privações.

DICAS

1º - Identifique e anote quais são seus pensamentos sabotadores.



2º - Descubra um pensamento positivo e motivador que combata cada um desses pensamentos e se reorganize rapidamente para retomar o plano para mudança.

Não se deixe sabotar!

“Estou sem tempo.”

“Não consigo. É muito difícil”

“Na segunda-feira eu começo”

“Só hoje.”



APÊNDICE K – PLANO DE AÇÃO/PENSAMENTOS SABOTADORES

NOME: _____

ENTREVISTADOR: _____ DATA: _____

TEMA: PENSAMENTOS SABOTADORES

- Os pensamentos sabotadores são pensamentos responsáveis por diminuir a autoestima e desgastar a confiança da pessoa que está em processo de mudança;
- O pensamento sabotador é desencadeado a partir de um estímulo interno (sentimentos) ou externo (pressão no trabalho);
- Pensamentos sabotadores interferem na capacidade da pessoa de iniciar e/ou manter o hábito de vida desejado;
- Desenvolva o hábito de formular respostas adaptativas para cada pensamento sabotador; - Fique na expectativa de seus pensamentos sabotadores, dessa forma, há chances de enfrentá-los com sucesso.

PLANO DE AÇÃO

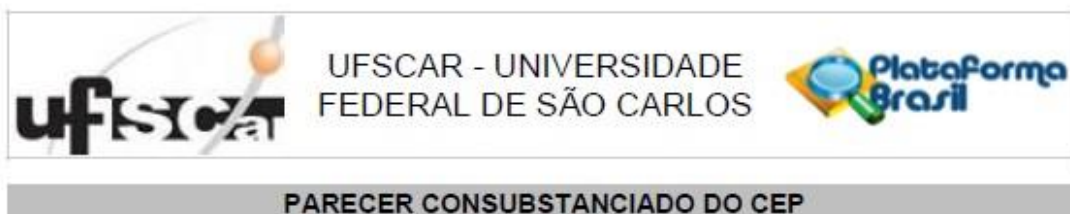
AÇÃO 1:

AÇÃO 2:

AÇÃO 3:

META:

ANEXO A – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos de uma intervenção de mudança de comportamento para um estilo de vida mais saudável para trabalhadores da Atenção Básica

Pesquisador: Grace Angélica de Oliveira Gomes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 92248218.6.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.873.474

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_1146967.pdf	06/08/2018 09:47:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_03082018.docx	06/08/2018 09:41:23	Grace Angélica de Oliveira Gomes	Aceito
Outros	Autorizacao_prefeitura_06082018.pdf	06/08/2018 09:40:44	Grace Angélica de Oliveira Gomes	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	08/06/2018 12:16:55	Grace Angélica de Oliveira Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Comite_Etica.docx	29/05/2018 07:45:42	Grace Angélica de Oliveira Gomes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 04 de Setembro de 2018

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683	E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO B – IPAQ

INSTRUMENTO – ATIVIDADE FÍSICA

HÁBITOS DE VIDA ATUAIS
ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER
<ul style="list-style-type: none"> • ATIVIDADES FÍSICAS VIGOROSAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS FORTE QUE O NORMAL • ATIVIDADES FÍSICAS MODERADAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE ALGUM ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS FORTE QUE O NORMAL <p>ESTA SEÇÃO SE REFERE ÀS ATIVIDADES FÍSICAS QUE VOCÊ FEZ NA ÚLTIMA SEMANA UNICAMENTE POR RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO OU LAZER. NOVAMENTE PENSE SOMENTE NAS ATIVIDADES FÍSICAS QUE FAZ POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS.</p> <p>1) EM QUANTOS DIAS DA ÚLTIMA SEMANA VOCÊ CAMINHOU POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS NO SEU TEMPO LIVRE POR LAZER? _____ DIAS POR SEMANA () NENHUM - VÁ PARA <i>QUESTÃO 2</i>.</p> <p>NOS DIAS EM QUE VOCÊ CAMINHA NO SEU TEMPO LIVRE, QUANTO TEMPO NO TOTAL VOCÊ GASTA POR DIA? _____ HORAS _____ MINUTOS</p> <p>2) EM QUANTOS DIAS DA ÚLTIMA SEMANA VOCÊ FEZ ATIVIDADES MODERADAS NO SEU TEMPO LIVRE POR PELO MENOS 10 MINUTOS, COMO PEDALAR OU NADAR A VELOCIDADE REGULAR, JOGAR BOLA, VÔLEI, BASQUETE, TÊNIS: _____ DIAS POR SEMANA () NENHUM - VÁ PARA <i>QUESTÃO 3</i>.</p> <p>NOS DIAS EM QUE VOCÊ FAZ ESTAS ATIVIDADES MODERADAS NO SEU TEMPO LIVRE QUANTO TEMPO NO TOTAL VOCÊ GASTA POR DIA? _____ HORAS _____ MINUTOS</p> <p>3) EM QUANTOS DIAS DA ÚLTIMA SEMANA VOCÊ FEZ ATIVIDADES VIGOROSAS NO SEU TEMPO LIVRE POR PELO MENOS 10 MINUTOS, COMO CORRER, FAZER AERÓBICOS, NADAR RÁPIDO, PEDALAR RÁPIDO OU FAZER JOGGING: _____ DIAS POR SEMANA () NENHUM - VÁ PARA A <i>PRÓXIMA SEÇÃO</i>.</p> <p>NOS DIAS EM QUE VOCÊ FAZ ESTAS ATIVIDADES VIGOROSAS NO SEU TEMPO LIVRE QUANTO TEMPO NO TOTAL VOCÊ GASTA POR DIA? _____ HORAS _____ MINUTOS</p>
ATIVIDADE FÍSICA COMO FORMA DE TRANSPORTE/DESLOCAMENTO

ESTAS QUESTÕES SE REFEREM À FORMA TÍPICA COMO VOCÊ SE DESLOCA DE UM LUGAR PARA OUTRO, INCLUINDO SEU TRABALHO, ESCOLA, CINEMA, LOJAS E OUTROS.

- 1) O QUANTO VOCÊ ANDOU NA ÚLTIMA SEMANA DE CARRO, ÔNIBUS, METRÔ OU TREM?
_____DIAS POR SEMANA () NENHUM - VÁ PARA QUESTÃO 2.

QUANTO TEMPO NO TOTAL VOCÊ USUALMENTE GASTA POR DIA ANDANDO DE CARRO, ÔNIBUS, METRÔ OU TREM? _____HORAS _____MINUTOS.

- 2) AGORA PENSE SOMENTE EM RELAÇÃO A CAMINHAR OU PEDALAR PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO NA ÚLTIMA SEMANA. EM QUANTOS DIAS DA ÚLTIMA SEMANA VOCÊ ANDOU DE BICICLETA POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS PARA IR DE UM LUGAR PARA OUTRO? (NÃO INCLUA O PEDALAR POR LAZER OU EXERCÍCIO) _____DIAS POR SEMANA () NENHUM - VÁ PARA A QUESTÃO 3.

NOS DIAS QUE VOCÊ PEDALA QUANTO TEMPO NO TOTAL VOCÊ PEDALA POR DIA PARA IR DE UM LUGAR PARA OUTRO? _____ HORAS _____ MINUTOS.

- 3) EM QUANTOS DIAS DA ÚLTIMA SEMANA VOCÊ CAMINHOU POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS PARA IR DE UM LUGAR PARA OUTRO? (NÃO INCLUA AS CAMINHADAS POR LAZER OU EXERCÍCIO) _____ DIAS POR SEMANA () NENHUM - VÁ PARA A PRÓXIMA SEÇÃO.

QUANDO VOCÊ CAMINHA PARA IR DE UM LUGAR PARA OUTRO QUANTO TEMPO POR DIA VOCÊ GASTA? (NÃO INCLUA AS CAMINHADAS POR LAZER OU EXERCÍCIO) _____ HORAS _____ MINUTOS.

TEMPO SENTADO

ESTAS ÚLTIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE O TEMPO QUE VOCÊ PERMANECE SENTADO TODO DIA, NO TRABALHO, NA ESCOLA OU FACULDADE, EM CASA E DURANTE SEU TEMPO LIVRE. ISTO INCLUI O TEMPO SENTADO ESTUDANDO, SENTADO ENQUANTO DESCANSA, FAZENDO LIÇÃO DE CASA VISITANDO UM AMIGO, LENDO, SENTADO OU DEITADO ASSISTINDO TV. NÃO INCLUA O TEMPO GASTO SENTANDO DURANTE O TRANSPORTE EM ÔNIBUS, TREM, METRÔ OU CARRO.

- 1) QUANTO TEMPO NO TOTAL VOCÊ GASTA SENTADO DURANTE UM DIA DE SEMANA?
_____HORAS _____MINUTOS
- 2) QUANTO TEMPO NO TOTAL VOCÊ GASTA SENTADO DURANTE EM UM DIA DE FINAL DE SEMANA? _____HORAS _____MINUTOS

- VOCÊ PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA?
() NÃO () SIM
SE SIM, QUAL (S)? _____