

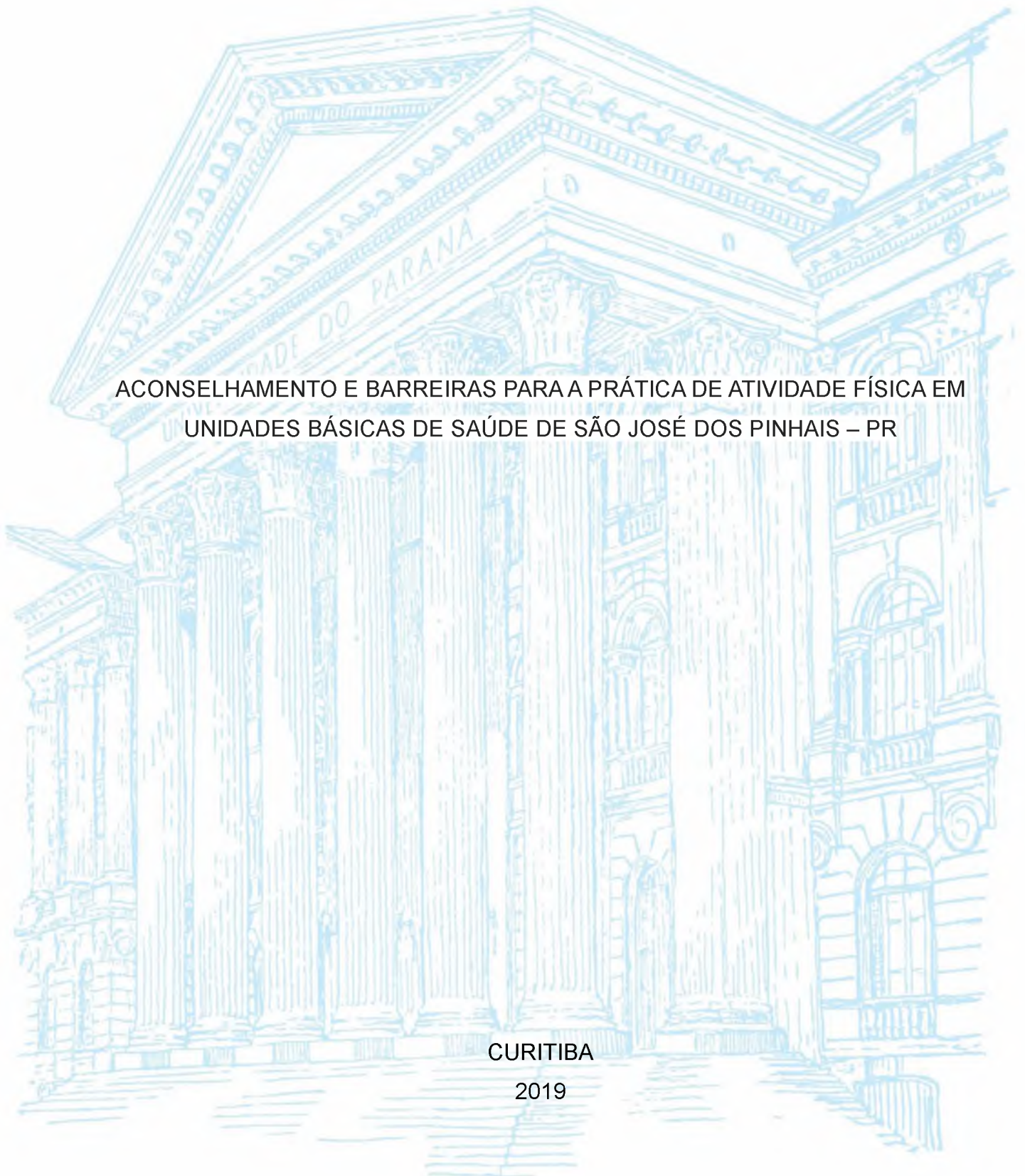
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA LUÍSA KUEHN DE SOUZA

ACONSELHAMENTO E BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PR

CURITIBA

2019



ACONSELHAMENTO E BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PR

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
conclusão do curso de Bacharelado em
Educação Física, Setor de Ciências
Biológicas, Universidade Federal do
Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucélia Justino
Borges

CURITIBA

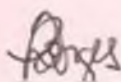
2019

TERMO DE APROVAÇÃO

ANA LUÍSA KUEHN DE SOUZA

ACONSELHAMENTO E BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - PR

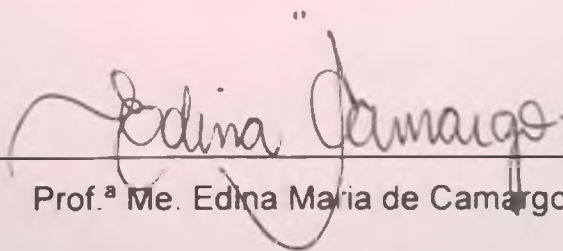
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para conclusão do curso de Bacharelado em Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, para a seguinte banca examinadora:



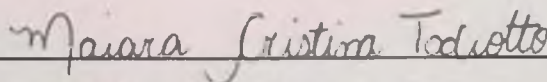
Prof.^a Dr.^a Lucélia Justino Borges

DEF/UFPR

Orientadora



Prof.^a Me. Edna Maria de Camargo



Prof.^a Me. Maiara Cristina Tadiotto

Curitiba, 03 de dezembro de 2019.

A todos que ainda não tem livre acesso as práticas corporais e atividade física...

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à minha mãe, por ter me dado a vida, e pelo apoio em todos os momentos e mudanças da minha trajetória... Ao meu pai (*in memoriam*), pois com todo seu companheirismo e carinho, plantou a sementinha em mim que resulta hoje, na formação deste curso.

A professora Lucélia Justino Borges, por além da orientação e auxílio essencial no desenvolvimento deste trabalho, ter me mostrado um sentido e caminho dentro da Educação Física.

A Mabelle por sempre estar presente e disposta a ajudar para que este trabalho fosse concluído.

A Andressa Marcelle por ser uma amiga que foi comigo descobrindo novos rumos nestes quatro anos de graduação.

A todos que participaram do estudo.

Ao Grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde (GPAAFS/UTFPR) pela oportunidade de parceria e viabilização deste trabalho.

E aos amigos de outros tempos e lugares que fazem parte do que me tornei hoje.

“Há momento na vida em que a questão de saber se é possível pensar de forma diferente da que se pensa e perceber de forma diferente da que se vê é indispensável para continuar a ver ou a refletir.” Michael Foucault

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade no mundo. A inatividade física é um dos fatores de risco modificáveis associados às DCNT. Assim, observando o cenário destacado, é fundamental a implementação de estratégias para a promoção da atividade física (AF) na saúde pública. O objetivo deste trabalho foi analisar o aconselhamento e as barreiras para a prática de AF percebidas pelos usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São José dos Pinhais – PR, bem como avaliar a relação entre as barreiras e o aconselhamento para AF. A pesquisa envolveu 339 usuários e foi realizada por instrumento desenvolvido a partir de testes validados e aplicado na forma de entrevista com usuários que estiveram nas UBS nos últimos 12 meses. Foram coletadas informações: sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil); em relação ao aconselhamento para a prática de Atividade Física (AF) foi perguntado se “Durante o último ano alguma vez em que você esteve na UBS, recebeu aconselhamento para praticar AF?”; Se sim, foi questionado sobre local, profissional que aconselhou, e qual o conteúdo com aconselhamento recebido; sobre as barreiras percebidas foi investigada com que frequência a “Falta de dinheiro”, “Sente-se muito cansado”, “Falta de companhia”, “Falta de tempo”, “Tem alguma lesão/doença”, “Medo de lesionar-se”, “Não gosta de exercício”, “Sentir-se velho” são considerados obstáculos para prática de AF. Foi utilizada estatística descritiva (frequência absoluta, percentual, média e desvio padrão) e o teste qui-quadrado, adotando nível de significância de 5%. Participaram do estudo 339 adultos (232 mulheres), com média de idade de 45,36 anos ($\pm 15,61$). Do total, 66,40% estão casados(as)/união estável e 41,30% tem ensino médio completo. O aconselhamento para AF foi relatado por 42,2% dos usuários e destes, 45,50% afirmaram receber aconselhamento para AF apenas uma vez, 97,90% afirmaram ter recebido aconselhamento durante a consulta e o médico foi o profissional mais citado (97,90%). O conteúdo do aconselhamento envolveu os benefícios da AF (90,90%), o nível e AF dos usuários (80,40%), e as recomendações da prática regular de AF para a saúde (53,10%). A falta de tempo (37,80%), falta de companhia (28,90 %) e sentir-se cansado (28,90%) foram as barreiras para AF mais citadas pelos usuários. Na relação entre aconselhamento e barreiras para AF foi observada associação significativa somente para “não gostar de exercício” ($p=0,02$). Conclui-se que foi identificada baixa prevalência de aconselhamento, este está centrado em um único profissional e o conteúdo atende a aspectos gerais da AF. As barreiras para AF mais citadas envolvem âmbitos pessoais, físicos e sociais. Dessa forma, torna-se importante desenvolver estratégias para ampliação do aconselhamento, visando auxiliar a mudança da percepção da população sobre as barreiras para AF contribuindo para a redução da inatividade e suas consequências na saúde da população.

Palavras-chave: Atividade Motora 1. Aconselhamento 2. Atenção Básica 3. Sistema Único de Saúde 4. Promoção da Saúde 5.

ABSTRACT

Chronic Non transmissible diseases (CNTDs) are the main causes of mortality in the world. The physical inactivity is one of the riskiest factors changeable associated with the (CNTDs). Analyzing the scenario described, is essential to implement strategies to improve physical activities (PA) in the public health. The goal of this assignment was to analyze the advises and the problems for the practice of the PA noticed by the users of Basic Health Units (BHU) of São José dos Pinhais - PR, as well as evaluate the relationship between the problems and the improvements to the PA. The research involved 339 users and was performed by validated tests and applied as an interview with users who had been in the UBS in the last 12 months. It was collected informations of: sociodemographic (gender, age, education, marital status); regarding the improvements for the practical of physical activity, it was asked if "during the last year have you ever received counseling to practice physical activities?" If so, it was asked about the location, counselor, and what was the content that it was given; about the problems noticed, it was investigated how often the "lack of money", "feels too tired", " lack of company ", "lack of time", "has any injuries/diseases ", "fear of getting hurt", "don't like exercises", "feel old", are considered obstacles to the practice of physical activities. It was used descriptive statistics (absolute frequency, percentage, median and main deviation) and the chi-square test has been used, adoption a significant level of 5%. The study included 339 adults (232 women), with medium age of 45, 36 yeas old (15,61). From the all amount, 66,40% are married/stable and 41,30% have imported high school. The improvement for the physical activities was reported by 42,2% of users and of theses, 45,50% said they received counseling for physical activities only once, 97,90% said they had received counseling during the consultation and the doctors were the most mentioned professional (97,90%). The content of counseling involves the benefits of physical activities (90.90%), the levels and PA of users (80.40%) and the recommendations of regular PA practice for health (53.10%). Lack of time (37.80%), lack of company (28.90%) and feeling tired (28.90%) were the problems to the PA most mentioned by users. What concerns the relationship between counseling and problems to PA, a significant association was observed only for "disliking exercise " ($p=0,02$). It was concluded that low prevalence of counseling was identified, it was focused on a single professional and the content serve to general aspects of the PA. The most mentioned problems that involve PA, involve personal, physical and social areas. It is important to develop strategies to maximize the counseling, to help changing the perception of the population about the problems to PA, contributing to the reduction of inactivity and its consequences on population health.

Keywords: Motor Activity 1. Counseling 2. Primary Health Care 3. Unified Health System 4. Health Promotion 5.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Brasil, Paraná e São José dos Pinhais.....	35
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modalidades de NASF, conforme portaria nº3.124/2012.....	25
Quadro 2 – Questões do bloco 3 do questionário referentes ao aconselhamento para atividade física.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais – PR.....	43
Tabela 2 – Condições de saúde dos usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais - PR.....	44
Tabela 3 – Nível de atividade física no deslocamento, lazer e total dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais-PR.....	44
Tabela 4 – Aconselhamento para atividade física em usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais – PR.....	45
Tabela 5 – Conteúdo do aconselhamento para atividade física recebido pelos usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais – PR.....	47
Tabela 6 – Barreiras para a prática de atividade física em usuários de unidades básicas de saúde de São José dos Pinhais – PR.....	48
Tabela 7 - Aconselhamento e barreiras para a prática de atividade física em usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais – PR.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

Atenção Básica (AB)

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Atividade Física (AF)

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Distrito Federal (DF)

Equipe de Atenção Básica (EAB)

Estratégia Saúde da Família (ESF)

Iniciação Científica (IC)

International Physical Activity Questionnaire (IPAC)

Ministério da Saúde (MS)

Núcleo Ampliado e Apoio a Saúde da Família (NASF)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Profissional de Educação Física (PEF)

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS)

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

Promoção da Saúde (PS)

Programa Saúde da Família (PSF)

Reforma Sanitária Brasileira (RSB)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR)

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
1.2 OBJETIVOS.....	20
1.2.1 Objetivo geral.....	20
1.2.2 Objetivo específicos.....	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 FORMAÇÃO DO SUS E A ATENÇÃO BÁSICA.....	21
2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES NASF-AB E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.....	24
2.3 ACONSELHAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA.....	28
2.4 BARRERIAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA.....	30
3 MATERIAIS E MÉTODOS	33
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	34
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO.....	34
3.3 POPULAÇÃO ALVO.....	35
3.4 TAMANHO DA AMOSTRA.....	36
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EXCLUSÃO.....	36
3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	37
3.6.1 Equipe de entrevistadores.....	37
3.6.2 Procedimentos e duração da coleta de dados.....	37
3.6.3 Instrumento de coleta de dados.....	37
3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	38
3.7.1 Aconselhamento para Atividade Física.....	38
3.7.2 Percepção de barreiras para Atividade Física.....	40
3.7.3 Nível de Atividade Física.....	40
3.7.4 Variáveis de saúde.....	41
3.7.5 Variáveis sociodemográficas.....	42
3.8 ANÁLISE DE DADOS.....	42
4 RESULTADOS	42
5 DISCUSSÃO	50

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
7 REFERÊNCIAS	57
ANEXO 1	68
ANEXO 2	69
ANEXO 3	71
ANEXO 4	72

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), caracterizadas pelas doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, constituem uma alta carga de mortalidade no mundo (MALTA *et al.*, 2019). Das mortes decorridas estima-se que, mundialmente, 80% sejam causadas pelas DCNT, atingindo especialmente países de baixa e média renda (MIRANDA *et al.*, 2009; GENEAU *et al.*, 2010; WHO, 2014; BECKER, 2016;). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2014, no Brasil as DNCT correspondem a 70% das causas de mortes e geram incapacidades, menor qualidade de vida e limitações, resultando em perdas prematuras de vidas (PNS, 2014).

Assim, o Brasil segue uma tendência mundial, na qual a partir das últimas décadas do século passado vem mudando o perfil de doenças que atingem a população (BRASIL, 2005). Ainda se enfrenta a permanência das doenças infecciosas ou parasitárias, em regiões mais vulneráveis do país devido à falta de condições adequadas de moradia, saneamento básico e educação (ARAÚJO, 2012), mas as DNCT são a principal causa de mortalidade na atualidade (DUNCAN *et al.*, 2012). Igualmente, devido ao processo de envelhecimento, que demanda novos e complexos desafios para os sistemas de saúde (MALTA *et al.*, 2006).

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), fatores de risco pontuais e modificáveis estão associados com as DCNT. Entre eles, alimentação inadequada, consumo em excesso de bebidas alcoólicas, tabagismo e a inatividade física (WHO, 2014). Desse modo, a inatividade física, é considerada a quarta causa de morte mundialmente (KOHL *et al.*, 2012) e 27,5% de pessoas no mundo se encontram inativas (GUTHOLD *et al.*, 2018). A inatividade física está relacionada à adiposidade elevada, alta taxa de glicose no sangue e hipertensão arterial (HALLAL *et al.*, 2012).

No Brasil, de acordo com dados da VIGITEL (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico) de 2018, que entrevistou 52.395 indivíduos por telefone em 26 capitais do Brasil mais o Distrito Federal (DF), 13,7% foram classificados como inativos fisicamente. O VIGITEL aponta como fisicamente inativos os sujeitos que relataram não ter

praticado qualquer atividade física no tempo livre nos últimos 3 meses, nem no trabalho, deslocamento e limpeza pesada. Mulheres (14,2%) se mostraram mais inativas que os homens (13,0%).

Foi constatado, que 44% dos entrevistados não alcançaram os níveis recomendados de AF semanais de 150 minutos de atividade de intensidade moderada, ou 75 minutos de atividade de intensidade vigorosa, somados deslocamento, lazer, ambiente de trabalho e doméstico, se caracterizando como insuficientemente ativos. Novamente, as mulheres (51,7%), se mostraram mais insuficientemente ativas do que os homens (35,1%).

O consumo de frutas e verduras de forma regular foi de 33,9%. Além disso, a frequência de adultos obesos se constituiu de 19,8% e com excesso de peso 55,7% (BRASIL, 2019). Condições que, respectivamente, contribuem para o surgimento e altos índices de mortalidade provocadas pelas DCNT. Para reversão deste quadro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que haja a expansão da Promoção da Saúde (PS) ampliando a Atenção Básica (AB) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (WHO, 2014).

O SUS é uma política de Estado construída por meio de mobilização social, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que organizada na luta por democracia modificou o sistema de saúde em domínios jurídicos, políticos e institucionais (PAIM, ALMEIDA-FILHO, 2014). De tal modo, o SUS é uma “conquista histórica do povo brasileiro, podendo ser considerada a maior política pública nascida da sociedade e que se incorporou ao Estado” (PAIM, ALEMIDA-FILHO, 2014, p. 360), na qual, consta o compromisso com a defesa da universalidade da saúde (PAIM, 2018).

A saúde, portanto, torna-se um direito irrevogável de todo cidadão brasileiro, e passa a ter como base de análise um olhar ampliado, tratado a partir de um processo saúde-adoecimento que considera a coletividade e os condicionantes econômicos, políticos, culturais e sociais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010). A partir da manifestação deste cenário, objetiva-se o desenvolvimento de políticas voltadas para a Promoção da Saúde (PS), que busca intervenções para transformação dos condicionantes e determinantes sociais da saúde, modificando questões sanitárias, de cidadania, educação para saúde, estilo de vida e comportamento (BUSS, 2010).

Em 2006, surge a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), resultante de conferências internacionais e de ações do Ministério da Saúde (MS), em um momento que a PS se tornou prioridade em diversos países. Na conjuntura nacional, a PNPS pode ser considerada como um importante marco estratégico da AF na área da saúde pública brasileira. Ações específicas e temas prioritários foram criados na PNPS, e um deles destaca as práticas corporais/atividade física (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; FERREIRA *et al.*, 2019).

Para maior resolução dessas ações, em 2010, foi enfatizado pela PNPS o aconselhamento como uma estratégia a ser empregada pelas equipes de saúde atuantes na Atenção Básica (AB), para o alcance de um estilo de vida saudável pela população (PNPS, 2010) e, conseqüentemente, diminuir os índices de inatividade física e DCNT no país. A AB oferece um ambiente apropriado para o aconselhamento para a AF, pois é preferencialmente, a porta de entrada para o SUS e o acesso a um profissional de saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017; WATTANAPISIT, 2018).

Desta forma, o aconselhamento tem sido definido como uma forma de atuação profissional que envolve a escuta, compreensão das pessoas e suporte para que elas planejem e tomem decisões mais favoráveis aos comportamentos saudáveis, incluindo a prática de AF (MORAES *et al.*, 2019). Também é reconhecido como uma estratégia de ação de saúde e educação, para desenvolver autonomia e enfrentamento de problemas, para adoção de mudanças de hábitos que sejam condizentes com a PS (SANTOS *et al.*, 2015).

Assim, para que intervenções que envolvam a AF sejam efetivas, torna-se importante o conhecimento de fatores que possam ser percebidos como barreiras para a prática de AF pela população. Estas barreiras podem variar conforme a idade, sexo, aspectos culturais e diferentes contextos da vida das pessoas (RECH *et al.*, 2018). Revisões de literatura apontam uma relação inversa entre barreiras percebidas e nível de AF (SALLIS *et al.*, 2000; SALLIS *et al.*, 2006;). No âmbito do lazer, a falta de tempo, motivação, cansaço e clima foram apontadas como as barreiras mais presentes pela população (REICHERT, 2004; SILVA *et al.*, 2011;).

Desta maneira, diferentes determinantes podem contribuir para adoção ou não de um estilo de vida fisicamente ativo (BAUMAN *et al.*, 2012) Neste contexto, as

abordagens atuais não têm conseguido aumentar e manter os níveis de AF da população, apesar do argumento epidemiológico voltado para os perigos da inatividade (CARVALHO, 2019; FERREIRA *et al.*, 2019) além de estratégias que incluem referências de culpabilização do indivíduo deixando a responsabilidade do cuidado apenas no sujeito (GONZALEZ, 2015). Ocorre também a falta de interesse nos programas já existentes na qual favorecem padrões hegemônicos de atividades (FERREIRA *et al.*, 2019).

Portanto, a temática do presente trabalho está inserida no contexto da promoção da AF na AB de Saúde. Procurou-se entender como ocorre o aconselhamento para AF e quais são as barreiras encontradas para a sua prática, percebidas por usuários de Unidades Básicas de Saúde em São José dos Pinhais – PR. A partir dos resultados obtidos neste trabalho, busca-se compreender como ocorre o aconselhamento recebido pelos usuários visando melhorar as condições de vida da população, assim como o acesso às práticas corporais, dando visibilidade às ações efetivas de promoção da AF na AB, as quais mostram-se positivas para reduzir as barreiras encontradas para a prática da AF.

1.1 JUSTIFICATIVA

A inatividade física é considerada atualmente como uma pandemia que envolve a saúde pública global (KOHL *et al.*, 2012). Em um contexto mundial, 31% da população adulta não atinge as recomendações de AF da OMS (HALLAL *et al.*, 2012). No Brasil, 47% da população é inativa (GUTHOLD *et al.*, 2018). A forte associação entre as DCNT e a AF é reconhecida pela OMS, e fez com que os Estados participantes da organização, assumissem o compromisso de redução de 10% da prevalência de AF insuficiente até 2025 em suas populações, sendo esta uma das nove metas globais para diminuição das DCNT (GUTHOLD *et al.*, 2018).

Nesta conjuntura, tornam-se importantes estudos que envolvam as DNCT em países de baixa e média renda. Deve-se considerar que 80% da população mundial vive nestes países e 80% da carga global destas doenças também atinge tais países, mas, apenas uma pequena parte de pesquisas sobre AF foi desenvolvida em Estados com este perfil socioeconômico (HALLAL *et al.*, 2012).

A inatividade física atinge um em cada três indivíduos (HALLAL *et al.*, 2012), levando a elevados gastos em saúde pública, que chegam a 53 bilhões de dólares para os sistemas de saúde (FERREIRA *et al.*, 2019). Em São José dos Pinhais, segundo dados do Caderno Estatístico do Município do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) (2019) no ano de 2018, ocorreram 385 mortes por doença no aparelho circulatório, 312 mortes devido a neoplasia (tumores), e 101 mortes por doenças endócrinas e metabólicas. Os óbitos por essas doenças podem ser modificados e controlados com o aumento dos níveis de AF na população (PEDROSO *et al.*, 2005; GIORELLI *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2017; BOTTCHEK, KOKUBUN, 2017;).

A partir deste contexto, este trabalho buscará contribuir para a diminuição desses índices, colaborando com estratégias de saúde existentes, como o Aconselhamento para Atividade Física (PNPS, 2010) que sensibilizem a população e as Equipes de Saúde atuantes na Atenção Básica (AB), perante a prática de AF, percebendo quais barreiras impedem a inclusão da AF na rotina e estilo de vida, melhorando, assim, a qualidade de vida da população e tornando a AB em São José dos Pinhais – PR mais resolutiva.

Desta forma, apesar de órgãos nacionais e internacionais recomendarem a utilização de aconselhamento para AF na AB (MORAES *et al.*, 2019), segundo Halefe e Siqueira (2016), estudos sobre a temática do aconselhamento demonstram que a prevalência em UBS ainda é baixa. Além disso, são encontrados poucos estudos com aconselhamento e abordagem multiprofissional (MORAES *et al.*, 2019).

O presente trabalho busca suprir esta lacuna na literatura, assim como, enfatizar a importância da inclusão do Profissional de Educação Física (PEF) nas equipes multiprofissionais de saúde, que ainda não está presente em São José dos Pinhais, para potencializar as ações de PS no município, como nas estratégias de aconselhamento para AF, educação em saúde, clínica compartilhada, apoio matricial, dentre outros.

A escolha desta temática está relacionada ao envolvimento da autora durante a graduação, com a atuação do PEF na AB. Além de cursar disciplina optativa do curso que envolve esta temática, por meio de estágio supervisionado em uma UBS, foi possível acompanhar a atuação de uma PEF atuante no NASF (Núcleo Ampliado de Apoio a Saúde da Família) em Curitiba-PR. O envolvimento

com a pesquisa sobre a promoção da AF na AB foi oportunizada pela participação de forma voluntária no Programa de Iniciação Científica da UFPR (Universidade Federal do Paraná). No último ano da graduação a participação no PET-Saúde/Interprofissionalidade da UFPR, que visa a aproximação do ensino com o serviço no SUS e a comunidade, foi construindo o interesse pelo campo da Saúde Pública, da Atividade Física e a atuação do PEF nesse âmbito.

Portanto, acreditamos no PEF como um agente de mudança, que fará parte da luta por uma sociedade mais coesa, na busca pela diminuição das iniquidades em saúde, reduzindo desigualdades sociais, étnico-raciais e de gênero, bem como na consolidação da AF não como um dever, mas, como uma escolha do indivíduo e que a torne de livre acesso a todos. Consideramos também, que a AF pode transformar positivamente a vida das pessoas, e o PEF poderá repassar informação acessível para a população, aconselhando e atuando conforme o conceito ampliado de saúde e considerando os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), para que o cotidiano de um indivíduo, de um bairro ou cidade, possa ser modificado promovendo a saúde e diminuindo as barreiras encontradas para a prática da AF.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar o aconselhamento e as barreiras para a prática de atividade física percebidas pelos usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais – PR, bem como avaliar a relação entre as barreiras e o aconselhamento para AF.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever a caracterização sociodemográfica e condições de saúde dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais – PR;
- Avaliar o nível de atividade física (lazer e deslocamento) dos usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais – PR;

- Descrever as ações de aconselhamento para a prática de atividade física percebidas por usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais – PR;
- Verificar as barreiras para a prática de atividade física percebidas pelos usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais – PR;
- Avaliar a relação entre as barreiras e o aconselhamento para AF percebido por usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais – PR.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A FORMAÇÃO DO SUS E A ATENÇÃO BÁSICA

No decorrer do séc. XIX, e especificamente no sec. XX, o mundo passou por diversas mudanças em esferas políticas, econômicas, culturais e sociais resultando em grandes alterações na vida em sociedade (BRASIL, 2010). A saúde não ficou excluída dessas transformações. Quando a sociedade se modifica, de modo igual a saúde é alterada, assim como os problemas sanitários (BRASIL, 2010).

Nas últimas décadas, o processo saúde-adoecimento apresentou a saúde como decorrência dos modos de vida dos indivíduos, organização e trabalho, em conjunto com contexto histórico na qual ele se encontra. O cuidado passou a enfatizar a redução de condições de vulnerabilidade, evitando assim incapacidade, sofrimento crônico e morte prematura. No Brasil, garantir a saúde e o processo de redemocratização do país, sinalizou um novo olhar para essa esfera, para a construção de um sistema de saúde para todos (BRASIL, 2010).

Em 1970, surgiu o movimento da Reforma Sanitária, sendo uma das principais ações sociais para desenvolver o SUS e o direito universal pela saúde. Esse movimento agregou interesses de diversos grupos étnicos em torno da saúde e democracia (CAMPOS, 2018). Era defendida uma abordagem além da biológica para os problemas relacionados à saúde, levando em consideração aspectos histórico-estruturais, e determinantes socioeconômicos e políticos que geram distribuição desigual das doenças. Neste contexto, o Estado teria papel principal em produzir o cuidado e ofertar serviços de saúde, de forma democratizada (VIACAVA *et al.*, 2018; MALTA *et al.*, 2018).

Importantes iniciativas que contribuíram para a institucionalização de um sistema público de saúde no Brasil, foram a Declaração de Alma Ata (1978), Carta de Ottawa (1986) e a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). A Declaração de Alma Ata, buscava a diminuição da desigualdade de saúde entre os povos, tendo como meta a saúde para todos no ano 2000. Naquele momento, foi também enfatizado como a PS é fator chave para desenvolvimento econômico e social, e que levaria a melhoria da qualidade de vida da população (MENDES, 2004).

No Brasil, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi caracterizada como um encontro para a luta por políticas sociais que defendessem a vida da população e a descentralização da saúde (Conferência Nacional da Saúde, 1986). O relatório final da Conferência serviu de base para a proposta do SUS, que contava com as premissas de atuação conforme o conceito ampliado de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4)

O texto base do SUS propunha a participação social para o desenvolvimento do sistema e também aborda como o setor sanitário não poderia lidar sozinho com certos determinantes e condicionantes da saúde para prover opções saudáveis para toda população (BRASIL, 2010).

Assim, o SUS foi concebido como uma política de estado para a consolidação do direito à vida, e tem conexão com as premissas da PS, sendo uma forma de produzir e erradicar as necessidades sociais em saúde. E em 1988, foi aprovada no Brasil uma constituição democrática, na qual a saúde se tornou um direito. A lei 8.080/1990 instituiu o SUS com os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade e descentralização política. O recém criado SUS, veio para garantir cuidados universais e gratuitos (BRASIL, 2010; SOUZA *et al.*, 2018; VIACAVA *et al.*, 2018).

Ao longo dos 30 anos do SUS, a população obteve mais acesso a medicamentos, vacinação, AB, PS e prevenção. Ações conjuntas também foram efetuadas para o saneamento básico e proteção social, resultando na redução de doenças infecciosas, contaminações respiratórias, tuberculose, mortalidade infantil e

materna (SOUZA *et al.*, 2018). Esta situação representou uma diminuição de desigualdades em saúde, levando a maior longevidade da população. Entretanto, o impacto causado pela globalização, no meio como as pessoas trabalham, se alimentam e vivem, contribuiu para o aumento dos índices de obesidade e sedentarismo, e conseqüentemente, para o aumento das prevalências de DCNT (DUARTE, BARRETO, 2012; MALTA *et al.*, 2018;).

Assim, o Brasil como outros países, tem passado por modificações devido a uma transição epidemiológica, demográfica e nutricional que altera os padrões de mortalidade da população (DUARTE, BARRETO, 2012). Em 1930, o índice de doenças relacionadas a infeções e parasitas, correspondiam a 45% das mortes no país. Já em 2009, 48% do índice de mortalidade estava associado a neoplasia e acometimentos no sistema circulatório (BRASIL, 2011). Além disso, é observada mudança no perfil nutricional (IMC e glicemia no jejum elevados) e outros comportamentos (utilização de drogas, álcool e prática insuficiente de AF) para consolidação desse padrão (MALTA *et al.*, 2018).

Com a transição epidemiológica tornou-se necessário um novo modelo de cuidado para a população, não tendo mais como foco o sistema “hospitalocêntrico”, caracterizado pelo individualismo e utilização irresponsável de recursos, levando a uma reorientação assistencial, para uma atuação mais dinâmica em Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 1997; REV SAÚDE PUBLICA INFORME TECNICO INSTITUCIONAL, 2000).

Assim, para garantir as demandas impostas, o SUS é composto por uma rede de AB, média e alta complexidade (BRASIL, 2018). Dispõe também de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 1990) coerentes com os princípios do SUS, como a universalidade, que caracteriza a saúde como um direito de todos, na qual o Estado deve garantir, a equidade, que deve proporcionar tratamento desigual aos desiguais, e a integralidade, como forma do sistema estar presente em todos os níveis de atenção necessários aos indivíduos (BRASIL, 1990).

Desta forma, a AB, é um conjunto de ações em saúde individuais, coletivas e que envolvem a promoção, prevenção, proteção, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância em saúde, realizada por uma equipe multiprofissional em saúde direcionada a população de um território específico (BRASIL, 2017). É a

principal porta de entrada para o SUS e atende todas as pessoas de acordo com suas necessidades, determinantes e condicionantes em saúde (BRASIL, 2017).

2.2 A ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES NASF-AB E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Em 1994 surge o Programa Saúde da Família (PSF) como forma de reorientação do modelo assistencial vigente na AB, para uma efetiva implementação dos princípios do SUS, levando a uma nova dinâmica de atuação nas UBS (BRASIL, 1997; SILVA *et al.*, 2011). A partir da sua criação, o PSF foi desenvolvido para ser o principal método de acesso e mudança do cuidado em saúde. Dez anos após a sua criação, o PSF se tornou um eixo norteador da base do SUS, transformado em Estratégia de Saúde Família (ESF), pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

A ESF busca desenvolver ações para a família e comunidade, por meio de equipes de saúde com importante atuação na AB (GOMES, DUARTE, 2008). Desta forma, deu-se o início ao processo da implantação de atividades não médicas e multiprofissionais no âmbito da AB em saúde, que ocorreu em 2005, com a inserção de profissionais de diferentes áreas nas ESF. A finalidade foi uma construção coletiva com base em práticas de saúde frente aos problemas identificados em cada território. Foram propostas quatro modalidades de ação: alimentação/nutrição; atividade física; saúde mental e reabilitação. Posteriormente, esta proposta foi modificada, flexibilizando a composição das equipes de saúde (BRASIL, 2005; SOUZA, 2013).

Neste sentido, para a ampliação da capacidade de resposta aos problemas que afetam a população, para ampliar a abrangência da ESF, para uma maior resolutividade da AB (BRASIL, 2014; BRASIL, 2012), com a reorientação do cuidado a Saúde no Brasil (BRASIL, 2012) e a reestruturação do processo de trabalho em saúde (NASCIMENTO, CORDEIRO, 2019), o Ministério da Saúde cria o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2014).

O NASF se constitui por equipes compostas por profissionais de distintas áreas de atuação para que em conjunto, provendo apoio técnico e pedagógico,

promova com as Equipes de Saúde da Família práticas compartilhadas no território na qual as equipes são encarregadas (BRASIL, 2012). Em 2017, com a aprovação e publicação da portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017, deu-se origem à nova versão da Política Nacional de Atenção Básica, e o NASF passa a denominar-se Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (NASCIMENTO, CORDEIRO, 2019).

Na conjuntura apresentada, a criação do NASF, e posteriormente o NASF-AB, se tornou importante conforme os eixos da Política Nacional de Promoção a Saúde, aplicando a visão ampliada da saúde (RODRIGUES *et al.*, 2015). Portanto, as ações do NASF são multiprofissionais e pautadas na PS (SOUZA *et al.*, 2013). O NASF constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da AB, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes (BRASIL, 2014).

A partir da portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011 e da nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, existem três modalidades de NASF, reconhecidos pelo MS (BRASIL, 2014).

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. **Equipe Consultório na Rua. *** Equipe Saúde da Família. **** Equipe de Atenção Básica (BRASIL, 2014).

Quadro 1. Modalidades de NASF, conforme portaria nº3.124/2012 do Ministério da Saúde.

Desta maneira, existem diferentes possibilidades de composição do NASF conforme prioridade de cada território, com a possibilidade de inclusão das seguintes profissões: Assistente Social; Profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014).

Assim, as ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais das equipes NASF envolvem: discussão de casos, atendimento compartilhado ou individual, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde voltadas ao indivíduo e coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes (SANTOS *et al.*, 2017). Deve-se considerar que, na implementação do NASF, o PEF se destacou como quinta categoria profissional mais recrutada para compor as equipes em formação (SANTOS *et al.*, 2012).

Desse modo, a atuação do PEF na equipe NASF, demanda mais que a uma função de coordenar, planejar e realizar treinamentos. Neste contexto, para o PEF é importante a compreensão de conceitos e determinantes que envolvem a AF, reconhecendo concepções hegemônicas de corpo, gênero e etnia, assim como de acesso de esportes e outras práticas, conceitos, estes, que se conectam com as relações sociais (SCABAR *et al.*, 2012). Demanda do mesmo modo o desafio de realizar ações de PS não somente em nível individual, mas também coletivo e atuar com diferentes profissionais da área da saúde (SAPORETTI *et al.*, 2016).

Assim, o trabalho dos profissionais que estão neste campo, tem se caracterizado por atividades com diversos grupos, como diabéticos, hipertensos, gestantes, tabagistas, adolescentes e idosos. Por meio de diferentes estratégias, incluindo as práticas corporais, mas também atendimento individual, organização de eventos, intervenções em escolas formando parceiras intersetoriais, palestras, ações de conscientização para comportamentos saudáveis, além de aconselhamento para AF e educação em saúde (SAPORETTI *et al.*, 2016).

Sobre a educação em saúde e o serviço do PEF em pesquisa nacional descritiva realizada por Santos e col. (2015) com o objetivo de apresentar práticas de educação em saúde efetuadas por PEF no NASF no Brasil, 296 profissionais foram entrevistados. As práticas mais frequentes foram a ginástica (40,1%) e a caminhada (29,4%), envolvendo em sua maioria idosos (68,8%), hipertensos e diabéticos (30,9%). O tópico mais relevante em palestras realizadas pelos PEF foi a importância da AF (51,1%) e atuavam, majoritariamente, em praça públicas e centro comunitários (SANTOS *et al.*, 2015). Ainda na Equipe NASF, o apoio matricial também é uma das ações desenvolvidas pela equipe, no qual o PEF pode atuar auxiliando os demais profissionais a abordar contextos de AF no SUS. (FERREIRA *et al.*, 2019). Segundo Santos *et al.*, 2017 dentro do Apoio Matricial, o PEF opera em quatro atribuições principais: na educação em saúde, educação permanente, controle social e clínica ampliada.

Em relação a ações de PS, Seus e col. (2019), descreveram intervenções dirigidas às pessoas com DCNT, o apoio do PEF e a realização de ações de promoção de práticas corporais e atividade física (PCAF) pelas equipes NASF. Foi observado que das equipes NASF estudadas, 95,3% relataram desenvolver formas de cuidado para os usuários com DCNT, em conjunto com equipes de AB. Foi descrito igualmente, que 84,6% realizavam ações voltadas para PCAF em indivíduos com DCNT. O estudo evidenciou que as equipes NASF estão mais envolvidas com as PCAF que as equipes de AB. E 87% das equipes de AB receberam apoio do PEF do NASF (SEUS *et al.*, 2019).

No Brasil, as equipes NASF estão localizadas, em sua maioria, no Nordeste, em municípios de médio porte com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre médio e alto (SEUS *et al.*, 2019). O aumento da inatividade física da população destes municípios, assim como de outros, eleva os custos com os serviços de saúde, por meio de medicamentos, consultas e hospitalizações (CODOGNO *et al.*, 2019; PETERS *et al.*, 2019). Deve-se considerar que 15% das internações no SUS tem relação com a inatividade física (BIELEMANN *et al.*, 2013) e o PEF tem papel importante como integrante das equipes NASF, fortalecendo a PS e gerando alternativas com tratamento não farmacológico (SANTOS *et al.*, 2016).

Deste modo, o PEF, possui conhecimento específico para promover aconselhamento para AF oportunizando apoio matricial para toda a equipe de saúde,

bem como para modificação da rotina dos indivíduos para uma maior inclusão da AF, conforme a sua realidade específica (FERREIRA *et al.*, 2019). É importante destacar que São José dos Pinhais ainda não conta com o PEF na equipe NASF, diferente de outras cidades, como Curitiba – PR (SPINOZA *et al.*, 2017), Florianópolis - SC (BENEDETTI *et al.*, 2014) e São Paulo - SP (FERREIRA *et al.*, 2016) perdendo potencialidade para o aconselhamento para AF e demais ações de promoção da mesma no município.

2.3 ACONSELHAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

O aconselhamento é uma das maneiras de se promover a AF no SUS. Pode ser visto como uma conversa, ou intervenção, pelos profissionais da saúde com os usuários e busca a adoção de comportamentos positivos para a saúde (SANTOS *et al.*, 2015). Também procura efetuar ações para que os indivíduos se tornem autônomos, com atos educativos e de saúde condizentes com a PS (SANTOS *et al.*, 2015). A prática regular de AF, por promover saúde e melhores condições de vida para as pessoas, deverá ser um tópico abordado no contato dos usuários com os profissionais da saúde (HALEFE, SIQUEIRA, 2016).

Em 2010, foi enfatizado pela PNPS, o aconselhamento como uma estratégia para adoção de um estilo de vida saudável pela população (BRASIL, 2010). É destaque também as orientações para um processo educativo por todos os profissionais, para que os usuários gerenciem sua própria saúde, devido à complexidade de adoção de estilos de vida saudáveis (FLORES, 2014). Nas ações específicas da PNPS, as práticas corporais e atividade física contam com ações de aconselhamento na qual devem:

“Organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis; e desenvolver campanhas de divulgação, estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis” (BRASIL, p. 34, 2010).

Mas, segundo Halefe e Siqueira (2016), estudos sobre a área indicaram que a prevalência de aconselhamento em Unidades de Saúde ainda é considerada baixa. Seria também necessário analisar se este usuário que recebeu aconselhamento

consegue de fato, mudar seu comportamento de maneira positiva e aumentar seu nível de AF. No Brasil, poucos estudos investigaram esta relação, assim como trabalhos sobre a orientação da AF como estratégia de educação (Siqueira, *et al.*, 2009).

Diante disso, a AB torna responsável por incorporar práticas inovadoras para que benefícios à população sejam efetivados. Estas mudanças devem proporcionar um ambiente transformador para as práticas em saúde das coletividades (BRASIL, 2005). Embora a perspectiva curativista ainda seja o maior foco dos atendimentos dos profissionais nas UBS, a participação destes em ações educativas para a adequação de comportamentos saudáveis e a prática de AF na rotina dos usuários é fundamental (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

Segundo a OMS (2018), o aconselhamento pode aumentar os níveis individuais de AF. Recomenda-se sua utilização na AB, para promoção de um estilo de vida saudável, especialmente em populações expostas aos riscos das DCNT e da inatividade física (WHO, 2018). Usuários que são aconselhados possuem maior possibilidade de modificar seu comportamento (HAFELE, SIQUEIRA, 2016), porém, a literatura aponta que o aconselhamento para AF ainda é baixo na AB (SIQUEIRA *et al.*, 2009; SANTOS, 2012; HAFELE, SIQUEIRA, 2016).

Diversos profissionais da saúde podem promover a AF por meio do aconselhamento: médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, entre outros (WHO, 2018). Mas, ainda existe um predomínio do médico no aconselhamento para AF (SANTOS *et al.*, 2012; HALLAL *et al.*, 2010) tornando-se assim, necessárias ações de educação em saúde nesse contexto (FLORINDO *et al.*, 2014).

O aconselhamento realizado por estes diferentes profissionais, tem se mostrado importante para aumentar níveis de AF de usuários em UBS (FLORINDO *et al.*, 2015). Em estudo realizado em Pelotas – RS, com 525 adultos usuários de UBS, apesar da baixa prevalência de aconselhamento (35,4%), entre os indivíduos que receberam o aconselhamento para AF, 42,8% afirmaram que aumentaram seu nível de AF, e 68% realizaram parte do aconselhamento por um determinado tempo (HAFELE, SIQUEIRA, 2016).

O estudo realizado por Seer (2017), que analisou o aconselhamento para AF e a percepção da equipe de saúde sobre a atuação do PEF no SUS em Curitiba, mostrou que uma minoria dos profissionais (11%) não aconselhava para AF. Entretanto, estes profissionais foram perguntados sobre as recomendações de AF da OMS, para prática de AF em intensidade moderada e vigorosa, apenas 27% marcaram a alternativa correta e 10% admitiram não saber as recomendações, que se classificam em: 60 min/dia para crianças e adolescentes e 150 min/semana para adultos e idosos. Os profissionais alegam não encontrar dificuldades para o aconselhamento para AF, mas, seu conhecimento se mostrou limitado sobre o tema (SEER, 2017).

Desta maneira, se torna necessário a oferta do aconselhamento para AF nos atendimentos por parte dos profissionais de saúde que atuam nas UBS, para que sejam protagonistas no processo de educação e estímulo para diminuição da inatividade física (SIQUEIRA *et al.*, 2009), pois, a AF ainda é pouco utilizada no cuidado à saúde (BORJESSON, DAHLOF, 2005). Assim, para que ações de aconselhamento para AF sejam efetivas, se torna relevante observar quais as barreiras encontradas para a prática de AF pelos usuários da UBS.

2.4 BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

A inclusão da AF na rotina dos indivíduos também está ligada a percepção de barreiras encontradas para a sua prática. Em relação ao lazer, a falta de tempo, motivação e cansaço foram apontadas como barreiras mais presentes pela população (SILVA *et al.*, 2011). O nível socioeconômico e a idade afetam o nível de AF no lazer. Quanto mais elevada a idade, mais se torna presente o baixo nível de AF. E as mulheres têm uma tendência maior de apresentar este comportamento no lazer (SILVA *et al.*, 2011).

Desta forma, as barreiras para AF podem variar de acordo com distintas faixas etárias, como apresentado em estudos realizados com adolescentes (SANTOS *et al.*, 2010; FERRARI JUNIOR *et al.*, 2016) adultos (SEBASTIÃO, 2009; REIS *et al.*, 2009) e idosos (CROMBIE *et al.*, 2004; NASCIMENTO *et al.*, 2008;). Para adolescentes, a falta de companhia e a preguiça foram mais frequentes, em

relação aos adultos, a falta de motivação e de tempo, já para idosos, o diagnóstico de alguma doença ou limitação física.

Estas diferenças ocorrem, devido a diferentes determinantes que podem contribuir para a adoção ou não de um estilo de vida fisicamente ativo. Portanto, as barreiras também estão inseridas num contexto influenciado por aspectos culturais, políticos e ambientais (SILVA *et al.*, 2011). Modelos socioecológicos, na saúde pública, apontam as interações entre as pessoas com seu ambiente físico e sociocultural. Desta forma, devem ser considerados múltiplos fatores que podem influenciar na prática de AF dos indivíduos: intrapessoais (motivacionais e biológicos), interpessoais (estrutura familiar, companhia) e ambientais (natural e construído). Assim como leis, regras e regulações (SALLIS *et al.*, 2005).

A revisão sistemática realizada por Rech e col. (2018), que teve por objetivo sintetizar e analisar evidências científicas sobre barreiras percebidas para AF na população brasileira, agrupou o número de relatos de cada barreira para AF segundo o modelo socioecológico, conforme grupos etários. Para todos os grupos, barreiras intrapessoais (falta de motivação) são observadas.

Para adolescentes, além dos fatores intrapessoais citados, foi apontado igualmente a falta de tempo (intrapessoal) e outras barreiras frequentes como o clima inadequado e a falta de instalações e espaços adequados para a prática de AF (ambiental), falta de companhia e suporte familiar (interpessoal). Para adultos, fatores mais presentes além da falta de motivação foi a falta de tempo (intrapessoal) e para idosos, a falta de motivação e ter alguma limitação física (intrapessoal) (RECH *et al.*, 2018).

Entretanto, alguns dos fatores expostos merecem ser melhor contextualizados, como a preguiça, que foi apontada por adolescentes como barreira frequente para a prática de AF. Loch e Guerra (2018) atentam para um olhar moralista e simplista que ignora as condições de vida das pessoas e dos determinantes do processo saúde-doença, tornando, equivocada a explicação da preguiça para a inatividade física. Os autores reforçam um olhar multifatorial da temática, pois, em instancias mais graves, com um discurso que levaria a legitimação da preguiça torna-se irrelevante investir em ambientes saudáveis e diminuição da violência (LOCH, GUERRA, 2018).

Da mesma forma, como a falta de tempo e a falta de motivação, causas percebidas como barreiras constantes para AF. A rotina diária composta por trabalho excessivo, estudo e compromissos, torna o tempo para AF restrito e gera cansaço acumulado. Estes fatores em conjunto, resultam em falta de motivação, e o indivíduo acaba por priorizar outras atividades em seu tempo livre (FERREIRA *et al.*, 2019). Ainda assim, é importante entender que a falta de tempo não é apenas uma forma de desculpa dos indivíduos para não praticar AF, a maioria destes, tem dificuldade para adequar suas atividades conforme o tempo livre disponível em seu cotidiano. Logo, ações promotoras de AF devem oportunizar a inclusão da AF em seus 4 contextos (atividades domésticas, lazer, deslocamento e trabalho) auxiliando a adesão da mesma (RECH *et al.*, 2018).

Em relação às barreiras associadas a programas públicos de AF, dados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013 indicam que os principais motivos para não participação nas atividades foram a falta de tempo (41,4%), seguida pela falta de interesse nas atividades ofertadas (29,7%) e a distância percorrida até o local da prática (12,7%).

Carvalho e Nogueira (2016) destacam como a saúde na perspectiva da AF ainda é voltada ao modelo biologicista, sem aprofundamento e análise das características sociais e culturais de cada indivíduo. Desta maneira, não são respeitados pressupostos importantes da PS como a autonomia e participação social. Como a AF é um comportamento multifatorial e complexo, não existe surpresa na baixa adesão aos programas, pois permanecem diferentes concepções individuais, coletivas e culturais sobre AF. Portanto, para diminuição de barreiras como a falta de interesse, é importante analisar os modos de vida da população da localidade na qual serão efetuadas ações, premissa muitas vezes negligenciada (DAMICO, KNUTH, 2014).

A maioria dos programas públicos de AF oferecem caminhada orientada e ginástica para a população. Essas atividades têm um baixo custo, baixo risco e promovem a saúde metabólica. Do ponto de vista biológico, é importante oferecer as práticas. Porém, apenas fornecer estas atividades é preocupante e tem mostrado baixa adesão e continuidade nos programas (LEMOS *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2019). As recomendações para AF de 150 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, além de também priorizar força e resistência muscular,

flexibilidade e equilíbrio, (WHO, 2010) devem ser atividades que atraiam o indivíduo. As práticas estão sendo limitadas, e existe uma gama de atividades como jogos, ginásticas, lutas, danças e esportes da cultura corporal local, que são ignoradas devido a padrões hegemônicos (CARVALHO, 2016; FERREIRA *et al.*, 2019).

Os homens, geralmente são mais ativos que as mulheres (HALLAL *et al.*, 2012). Mas em programas públicos de AF, o cenário é inverso. Com participação mais elevada de mulheres com mais de 50 anos (HALLAL *et al.*, 2010), os programas públicos muitas vezes são vinculados com o sistema de saúde, onde a mulher procura e utiliza mais que o homem (FERREIRA *et al.*, 2019). Estes programas se tornam importantes, pois diminuem inequidades em saúde e a sua presença nas comunidades incentiva a participação da população (FERNANDES, *et al.*, 2017).

No geral, os homens buscam menos os cuidados preventivos em saúde, o que levou o Ministério da Saúde a criar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008). Em estudo realizado em Londrina – PR, Loch, Rodrigues e Teixeira (2013) analisaram o perfil dos usuários dos programas de AF oferecidos pelas UBS locais e verificou que 89,8% dos praticantes de AF nos programas eram do sexo feminino. As práticas corporais são disponibilizadas nas UBS em horário comercial dificultando a adesão desse público que ainda trabalha mais fora de casa que as mulheres (LOCH, RODRIGUES, TEIXEIRA, 2013). Ao mesmo tempo, os homens procuram se envolver mais em práticas competitivas e coletivas, e as mulheres naquelas de caráter mais individual (SALLES-COSTA, 2003).

A partir da conjuntura descrita, o interesse pessoal ou individual para prática de AF não depende exclusivamente da escolha, como também dependerá dos contextos de vida, como escolaridade, gênero, renda, entre outros (CARVALHO, 2019). Desta maneira, o conhecimento de barreiras que impedem a prática de AF são relevantes para mudanças deste cenário.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho está vinculado ao projeto “Cidade Ativa Cidade Saudável – CACS”, coordenado pelos professores Rogério César Fermino e Ciro Romelio Rodriguez-Anez, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná - UTFPR. O CACS

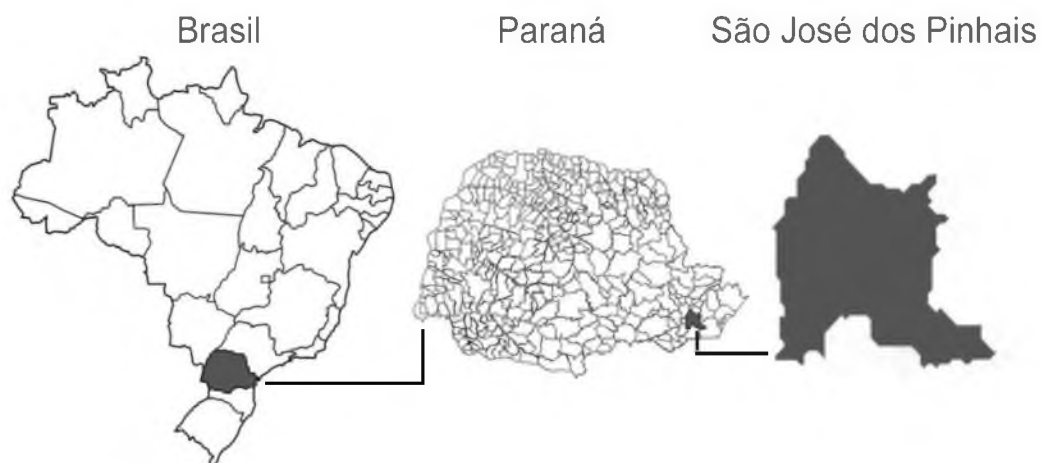
envolve cinco setores/subgrupos de São José dos Pinhais (I-espços públicos; II-freqentadores e moradores do entorno dos espços públicos; III-Unidades Básicas de Saúde; IV-Escolas Municipais; V- Grupos de Idosos); sendo que a proposta deste estudo delimitou-se ao setor/subgrupo III. O projeto teve como finalidade avaliar ações promotoras da AF na comunidade de São José dos Pinhais - PR. Este projeto de pesquisa seguiu os preceitos éticos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da PUC-PR, com parecer registrado sob o nº2.882260 (ANEXO 1). Aos que aceitaram participar da pesquisa, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 2).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi caracterizado como quantitativo, observacional, com delineamento transversal de base populacional (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

Este trabalho foi desenvolvido em São José dos Pinhais – PR, município localizado a 19 km de Curitiba, capital do Paraná (IPARDES, 2018) (FIGURA 1). A cidade possui população estimada para 2019 de 323.340 habitantes e apresenta densidade demográfica de 279,16 hab/km² (IBGE, 2019). Cerca de 90% da população reside na área urbana (IBGEBE, 2010). O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) indicador criado pela ONU (Organização das Nações Unidas) que avalia avanços em três aspectos: esperança de vida ao nascer, educação e renda mensal *per capita* (HUMAN DEVELOPMENT INDICES AND INDICATONS, 2018) de São José dos Pinhais, se localiza na faixa do Desenvolvimento Humano Alto (0,758), ocupando a 400^a posição em relação aos 5.565 municípios brasileiros e a 21^a em relação aos 399 municípios paranaenses (PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019).



Fonte: a autora (2019)

Figura 1. Mapa do Brasil, Paraná e São José dos Pinhais.

O modelo de Atenção Básica em São José dos Pinhais é articulado conforme a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017) (SAÚDE, 2016) e é prestada por meio de 27 UBS. Das 27, 15 estão localizadas em regiões Urbanas e 12 em regiões Rurais. A cidade conta com 55 Equipes de Saúde, com médico, enfermeiro e auxiliar enfermagem. Destas, 37 são equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que também possuem Agente Comunitário de Saúde (ACS). Das equipes restantes, 16 são Equipes de Atenção Básica (EAB) com médicos generalistas que atuam nos moldes do Ministério da Saúde, no que refere a Estratégia de Saúde da Família e uma UBS é composta por uma Equipe de ACS. A cobertura da Atenção Básica no município é de 61,49% (SAÚDE, 2016).

3.3 POPULAÇÃO ALVO

O público alvo do trabalho envolveu usuários adultos (≥ 18 anos) de seis UBS da área urbana de São José dos Pinhais – PR.

3.4 TAMANHO DA AMOSTRA

A proporção de usuários foi estabelecida de acordo com o relatório consolidado de pessoas cadastradas no e-SUS, *software* desenvolvido como sistema de apoio e estratégia para reestruturar as informações da saúde na AB em nível nacional (DATASUS, 2018).

Para o tamanho da amostra, foi considerada prevalência de atividade física no lazer de 30% (≥ 150 min/sem), de acordo com os resultados do estudo piloto; nível de confiança de 95%; erro amostral de 3 pontos percentuais; e efeito de delineamento de 1,5; com acréscimo de 10% para perdas e recusas (LUIZ; MAGNANI, 2000). Com base nesses dados, o tamanho da amostra foi de 1.440 usuários. A amostra foi selecionada por conglomerado (BARBETTA, 2002). Mas no presente estudo foram apresentados dados parciais do projeto com dados coletados em 6 UBS da região urbana de São José dos Pinhais.

Os usuários foram selecionados sistematicamente, com base na posição em que estavam na sala de espera nas UBS. Eles eram contabilizados de um a cinco, da esquerda para a direita, tendo como referência a entrada da UBS. O usuário de número três era convidado a participar do estudo. No entanto, em algumas UBS não foi possível utilizar este procedimento, devido ao baixo número de usuários presentes no horário da coleta e as diferentes disposições das cadeias na sala de espera. Nestes casos, permaneceu a abordagem dos usuários da esquerda tendo como referência a entrada da UBS.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo usuários adultos (≥ 18 anos), residentes em São José dos Pinhais e que estavam nas UBS no dia de coleta de dados e frequentaram a UBS nos últimos 12 meses. Como critérios de exclusão foram considerados: indivíduos que estivessem utilizando a UBS pela primeira vez (HAFELE, SIQUEIRA, 2016); que moravam na área urbana de São José dos Pinhais; usuários que apresentassem alguma limitação física que impedia e/ou dificultasse a prática de atividades físicas, ou alguma limitação cognitiva e/ou fonativa que impedia a adequada compreensão do questionário (SFDS, 2016)

3.6 COLETA DE DADOS

3.6.1 EQUIPE DE ENTREVISTADORES

A equipe de entrevistadores foi composta por alunos da pós-graduação em Educação Física da UTFPR (Universidade Tecnológica Federal do Paraná) e por acadêmicas do curso de Educação Física da UFPR (Universidade Federal do Paraná). Todos participaram de treinamento teórico e prático, para capacitação e entendimento do questionário. Foi fornecido manual de instruções e carta apresentação / abordagem (ANEXO 3).

3.6.2 PROCEDIMENTOS E DURAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A aplicação do questionário durou em média, de 20 a 25 minutos, com mais 5 a 10 minutos para codificação do mesmo. A coleta de dados ocorreu prioritariamente no período da manhã devido ao maior número de usuários nas UBS neste período, e foi realizada entre os meses de abril a setembro de 2019.

3.6.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi composto por questionários previamente validados e/ou com base em pesquisas semelhantes e adaptados ao contexto local (HIRVENSALO *et al.*, 2003; ROMBALDI *et al.*, 2010; DURO *et al.*, 2015; SALLIS *et al.*, 2015). No questionário como um todo, foram avaliadas variáveis sobre aconselhamento para atividade física e comportamento sedentário, atividade física no lazer e tempo em comportamento sedentário, variáveis de saúde, psicossociais, sociodemográficas e ambientais. O questionário apresenta 18 blocos, 132 questões (ANEXO 4) e foi previamente testado em coleta piloto. Para o presente trabalho, foram utilizadas as variáveis aconselhamento para AF, percepção de barreiras para AF, nível de AF no lazer e no deslocamento, variáveis de saúde e sociodemográficas.

3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.7.1 Aconselhamento para Atividade Física

O aconselhamento para AF foi mensurado por questionário adaptado, para avaliar o conteúdo do aconselhamento recebido pelos usuários das UBS. Os usuários que sinalizaram ter recebido aconselhamento, foram questionados sobre a frequência, local, profissional que aconselhou e conteúdo do aconselhamento. (HIRVENSALO *et al.*, 2005; FISHER *et al.*, 2015). O Quadro 2, apresenta as questões referentes ao Bloco 3 do questionário, relacionadas ao aconselhamento para AF.

Aconselhamento para a prática de Atividade Física	Opções de resposta	
“Nos últimos doze meses que você esteve na UBS, você recebeu aconselhamento para a prática de atividade física?”	Não	Sim
“Quantas vezes você recebeu aconselhamento nos últimos 12 meses?”	Vezes ____	Vezes ____
“Qual foi o local do aconselhamento?”		
1. Consulta	Não	Sim
2. Grupo em que participava na UBS	Não	Sim
3. Sala de espera	Não	Sim
4. Onde verificou a pressão arterial	Não	Sim
5. Visita domiciliar	Não	Sim

<p>“Qual foi o profissional que lhe aconselhou?”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Farmacêutico 4. Fisioterapeuta 5. Agente Comunitário de Saúde 	<p>Não</p> <p>Não</p> <p>Não</p> <p>Não</p> <p>Não</p>	<p>Sim</p> <p>Sim</p> <p>Sim</p> <p>Sim</p> <p>Sim</p>
<p>“Comentou sobre os benefícios da prática regular de atividade física?”</p>	<p>Não</p>	<p>Sim</p>
<p>“Comentou sobre as recomendações de atividade física para a saúde?”</p>	<p>Não</p>	<p>Sim</p>
<p>“Aconselhou com base nas suas características, recomendando frequência e intensidade específicas de atividade física?”</p>	<p>Não</p>	<p>Sim</p>
<p>“Identificou os motivos que dificultam o impedem que você realize atividade física?”</p>	<p>Não</p>	<p>Sim</p>
<p>“Ofereceu alguma solução para auxiliar as dificuldades?”</p>	<p>Não</p>	<p>Sim</p>
<p>“Utilizou alguma estratégia para saber se você está realizando atividade física regularmente?”</p>	<p>Não</p>	<p>Sim</p>

Quadro 2. Questões do Bloco 3 do questionário referentes ao aconselhamento para Atividade Física.

3.7.2 Percepção de Barreiras para Atividade Física

Para avaliação da percepção de barreiras para AF foi desenvolvido um instrumento que buscou mensurar tal variável e igualmente identificar as barreiras mais relatadas pelos usuários (MARTINS; PETROSKI, 2000). Bloco 13 - Barreiras prática de Atividade Física (questão 81) “Com que frequência os fatores abaixo listados dificultam sua prática de AF?” com as opções de resposta “1 - Sempre”, “2 - Quase sempre”, “3 - Às vezes”, “4 - Raramente e “5 - Nunca” (questão 81.1) “Falta de dinheiro”, (questão 81.2) “Sente-se muito cansado”, (questão 81.3) “Falta de companhia”, (questão 81.4) “Falta de tempo”, (questão 81.5) “Tem alguma lesão/doença”, (questão 81.6) “Medo de lesionar-se”, (questão 81.7) “Não gosta de exercício” e (questão 81.8) “Sente-se velho” (REICHERT *et al.*, 2007) Para análise dos dados, as opções de resposta foram agrupadas em três categorias: sempre/quase sempre; às vezes e raramente/nunca.

3.7.3 Nível de Atividade Física no Lazer e no Deslocamento

O nível de AF no lazer e deslocamento, em uma semana habitual dos usuários, foi avaliada pelo *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), na sua versão longa. A AF no deslocamento foi avaliada pela frequência semanal e o tempo médio em cada dia que os participantes relataram caminhar ou utilizar a bicicleta para se deslocarem por pelo menos 10 minutos seguidos (WHO, 2010) a partir das questões: Bloco 1 – Nível de Atividade Física no Deslocamento (questão 1) “Em uma semana normal, quantos dias você caminha por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar para o outro? (mercado, farmácia, trabalho)” com as opções de resposta numeradas de “0” a “7”; (questão 2) “Em média, quanto tempo por dia você gasta?” Com opções para marcação do tempo médio em: “2^a”, “3^a”, “4^a”, “5^a”, “6^a”, “Sab” e “Dom”; (questão 3) “Em uma semana normal, quantos dias você anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de algum lugar para o outro?” Com as opções de resposta numeradas de “0” a “7”; (questão 4) “Em média, quanto tempo no total você pedala por dia para ir de um lugar ao outro?” Com opções para marcação do tempo médio em: “2^a”, “3^a”, “4^a”, “5^a”, “6^a”, “Sab” e “Dom”.

Para a estimativa do tempo de AF no lazer, os usuários participantes relataram a frequência semanal e o tempo médio por dia em que realizaram ao menos 10 minutos de caminhada e AF de intensidade moderada (3-5 equivalentes metabólicos) e/ou vigorosa (≥ 6 equivalentes metabólicos) (DHHS, 2018) a partir das questões: Bloco 2 – Nível de atividade física no lazer (questão 5) “Em uma semana normal, quantos dias você faz atividade física vigorosa no seu tempo livre, por pelo menos 10 minutos seguidos? (Correr, nadar rápido, pedalar rápido)” com as opções de resposta numeradas de “0” a “7”; (questão 6) “Em média, quanto tempo de atividade física vigorosa você faz por dia?” com opções para marcação do tempo médio em: “2^a”, “3^a”, “4^a”, “5^a”, “6^a”, “Sab” e “Dom”; (questão 8) “Em uma semana normal, quantos dias você faz atividade física moderada no seu tempo livre, por pelo menos 10 minutos seguidos? (Pedalar ou nadar em velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete)” com as opções de resposta numeradas de “0” a “7”; (questão 9) “Em média, quanto tempo de atividade física moderada você faz por dia?” com opções para marcação do tempo médio em: “2^a”, “3^a”, “4^a”, “5^a”, “6^a”, “Sab” e “Dom”; (questão 11) “Em uma semana normal, quantos dias você faz caminhada no seu tempo livre, por pelo menos 10 minutos seguidos?” com as opções de resposta numeradas de “0” a “7”; (questão 12) “Em média, quanto tempo de caminhada você faz por dia?” com opções para marcação do tempo médio em: “2^a”, “3^a”, “4^a”, “5^a”, “6^a”, “Sab” e “Dom”.

O nível de atividade física foi computado pela razão entre a frequência semanal e o tempo médio de duração de cada atividade. O escore de atividade física total foi calculado com a equação: [min/sem caminhada + min/sem atividade moderada + (min/sem atividade vigorosa *2)] (CRAIG *et al.*, 2003). O nível de atividade física foi classificado em: inativos (<10 min/sem), insuficientemente ativos (10 – 149 min/sem) e ativos (≥ 150 min/sem) (DUMITH, 2010).

3.7.4 Variáveis de saúde

As variáveis de saúde foram avaliadas com base no VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) de 2017 a partir da questão: Bloco 17 – Dados de Saúde (questão 99) “Algum médico já disse que você tem...” com as opções de resposta “não”, “sim”, “não lembra” para (questão 99.1) “Pressão alta?”, (questão 99.2) “Diabetes?”, (questão 99.3)

“Dislipidemia?”, (questão 99.4) “Doença arterial coronariana?”, (questão 99.5) “Problemas relacionados a circulação (varizes)?”, (questão 99.6) “Osteoporose, fraqueza nos ossos?”, (questão 99.7) “Doença pulmonar?”, (questão 99.8) “Depressão?”.

3.7.5 Variáveis sociodemográficas

O sexo foi observado como “masculino” e “feminino”, a cor da pele foi também observada (IBGE, 2017), o estado civil (IBGE, 2017) e o nível de escolaridade (VIGTEL, 2017) foram igualmente avaliados, a partir das questões: Bloco 18 – Dados Sociodemográficos (questão 111) “Sexo (observar)” com as opções de resposta “Masculino” e “Feminino”; (questão 112) “Data de nascimento” na qual foi relatada (questão 113); “Cor da pele (observar)” com as opções para marcação “Branca”, “Preta” “Amarela”, “Parda” e “Indígena”; (questão 114) “Estado civil” com as opções de resposta: “Solteiro”, “Casado(as)/união estável” ou “Divorciado(a)/viúvo(a)”; (questão 116) “Qual seu nível de escolaridade?” Com as opções de resposta “analfabeto/fundamental 1 incompleto”, “fundamental 1 completo/fundamental 2 incompleto”, “fundamental 2 completo/médio incompleto”, “médio completo/superior incompleto” e “superior completo”. A idade foi calculada com base na subtração da data de nascimento do participante da data da realização da entrevista, divididos por 365,25 (data avaliação – data nascimento/365,25).

3.8 ANÁLISE DE DADOS

As análises foram conduzidas no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, e o nível de significância adotado foi de 5%. Foram realizadas análises descritivas para caracterização da amostra (frequência absoluta, relativa, média, desvio padrão). Para testar a associação entre o aconselhamento e as barreiras para a prática de AF, foi utilizado o teste de qui-quadrado.

4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 339 usuários (232 mulheres), com média de idade de 45,36 ±15,61 anos. Do total, 225 (66,40%) eram casados(as)/união estável, o

nível de escolaridade mais frequente foi ensino médio completo/superior incompleto (41,3%), conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários de Unidades de Saúde de São José dos Pinhais – PR (n=339).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	232	68,40
Masculino	107	31,60
Cor da pele		
Branca	246	73,40
Preta	26	7,80
Parda	63	18,80
Estado Civil		
Solteiros(as)	64	18,90
Casados(as)/União Estável	225	66,40
Divorciados(as)/Viúvos(as)	50	14,70
Nível de escolaridade		
Analfabeto(as)/ensino fundamental 1 incompleto	28	8,30
Ensino fundamental 1 completo/2 incompleto	85	25,10
Ensino fundamental 2 completos/Médios incompleto	57	16,80
Ensino médio completo/Superior incompleto	140	41,30
Superior completo	29	8,60

As condições de saúde dos usuários foram apresentadas na tabela 2. As doenças autorreferidas mais frequentes foram a pressão alta (36,9%), problemas relacionados a circulação (varizes) (19,2%) e dislipidemia (16,5%).

Tabela 2. Condições de saúde dos usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais (n=339).

Variáveis	n	%
Pressão alta	125	36,9
Diabetes	51	15
Dislipidemia	56	16,5
Doença Arterial Coronariana	25	7,4
Problemas relacionados a circulação (varizes)	65	19,2
Doença pulmonar	39	11,5
Osteoporose, fraqueza nos ossos	23	6,8
Depressão	54	15,9

A tabela 3 apresenta o nível de AF no deslocamento, no lazer e a soma destes dois domínios da AF. Os resultados indicam que no deslocamento 37,1% dos usuários é insuficientemente ativo e 32,2% é inativo. Quanto ao lazer, a maioria dos usuários foi classificada como inativa (50,7%). Considerando a soma destes dois domínios verifica-se que 54% dos usuários atingem as recomendações de AF para a saúde.

Tabela 3. Nível de atividade física no deslocamento e no lazer dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais (n=339).

Variáveis	n	%
Nível de atividade física no deslocamento		
< 10 min/sem	109	32,2
10 – 149 min/sem	126	37,1
≥150 min/sem	104	30,7
Nível de atividade física no lazer		
< 10 min/sem	172	50,7
10 – 149 min/sem	71	21,0
≥150 min/sem	96	28,3
Nível de atividade física total*		
< 10 min/sem	57	16,8
10 – 149 min/sem	99	29,2
≥150 min/sem	183	54,0

*Nível de atividade física no lazer + no deslocamento

Na tabela 4, está descrito o aconselhamento para AF. Do total da amostra, 57,8% afirmaram não receber aconselhamento nos últimos doze meses. Dentre os que afirmaram ter recebido aconselhamento, 45,5% afirmaram que receberam apenas uma vez e 97,9% indicou que o aconselhamento ocorreu em consultas nas UBS. Assim, 97,9% do aconselhamento realizado foi efetuado por médicos, seguido por enfermeiros e nutricionistas (Tabela 4).

Tabela 4. Aconselhamento para Atividade Física em usuários de Unidades de Saúde de São José dos Pinhais – PR (n=339).

Variáveis	n	%
Recebeu aconselhamento		
Não	196	57,80
Sim	143	42,20
Quantidade de vezes que recebeu aconselhamento		
Uma vez	65	45,50
Duas vezes	43	30,10
Três vezes	13	9,10
Quatro vezes	05	3,50
Cinco vezes ou mais	15	11,80
Local que recebeu aconselhamento		
Consulta		
Sim	140	97,90
Não	03	2,10
Local onde verificou pressão		
Sim	06	4,20
Não	137	95,80
Grupo em que participava na UBS		
Sim	03	2,10
Não	140	97,90
Sala de espera da UBS		
Sim	03	2,10
Não	140	97,90
Visita domiciliar		
Sim	01	0,7
Não	142	99,3
Profissional que aconselhou para AF		
Médico		
Sim	140	97,90
Não	03	2,10

Enfermeiro		
Sim	20	14,00
Não	123	86,00
Nutricionista		
Sim	11	7,70
Não	132	92,30
Agente Comunitário de Saúde		
Sim	07	4,90
Não	136	95,10
Fisioterapeuta		
Sim	06	4,20
Não	137	95,80
Farmacêutico		
Sim	03	2,10
Não	140	97,90
Psicólogo		
Sim	03	2,10
Não	140	97,90

A tabela 5 apresenta o conteúdo do aconselhamento para AF recebido pelos usuários das UBS de São José dos Pinhais - PR. Dentre aqueles que receberam aconselhamento, 80,4% foram questionados sobre seu nível de AF, 90,9% relataram que o profissional de saúde comentou sobre os benefícios da AF para a saúde e 53,1% mencionou que o profissional de saúde comentou sobre as recomendações de AF para a saúde.

Tabela 5. Conteúdo do aconselhamento para atividade física recebido pelos usuários de UBS de São José dos Pinhais – PR (n=143).

O profissional de saúde	n	%
"Perguntou sobre seu nível de atividade física?"		
Não	13	19,6
Sim	130	80,4
"Comentou sobre benefícios da prática regular de atividade física?"		
Não	13	9,1
Sim	130	90,9
"Comentou sobre recomendações sobre atividade física para a saúde?"		
Não	67	46,9
Sim	76	53,1
"Aconselhou com base em suas características, recomendando frequência e intensidade específicas de atividade física?"		
Não	76	53,1
Sim	67	46,9
"Identificou motivos que dificultam ou impedem que você realize atividade física?"		
Não	109	76,2
Sim	24	46,9
"Ofereceu alguma solução para auxiliar com as dificuldades?"		
Não	121	84,6
Sim	22	15,4
"Utilizou alguma estratégia para saber se você começou a realizar atividade física?"		
Não	141	98,6
Sim	2	1,4
"Utilizou alguma estratégia para saber se você está realizando atividade física regularmente?"		
Não	139	97,2
Sim	4	2,8

A tabela 6 apresenta as barreiras para a prática de AF mais frequentes entre os usuários entrevistados. A maioria dos usuários afirmou não perceber as barreiras listadas. Entretanto, a falta de tempo (37,8%), a falta de companhia (28,9%) e sentir-se muito cansado (28,9%) foram os motivos mais citados.

Tabela 6. Barreiras para prática de atividade física em usuários de Unidades de Saúde de São José dos Pinhais – PR (n=339).

Barreiras	Sempre/Quase sempre		Às Vezes		Raramente/Nunca	
	N	%	N	%	N	%
Falta de dinheiro	66	19,5	43	12,7	230	67,8
Sente-se muito cansado	98	28,9	102	30,10	139	41,0
Falta de companhia	98	28,9	59	17,4	182	53,7
Falta de tempo	128	37,8	65	19,2	146	43,1
Tem alguma lesão/doença	91	26,8	39	11,5	209	61,7
Medo de lesionar-se	69	20,4	35	10,3	235	69,3
Não gosta de exercício	68	20,1	35	10,3	236	69,6
Sentir-se velho	18	5,30	21	6,20	300	88,5

A tabela 7 destaca a percepção de barreiras para AF conforme o aconselhamento percebido por usuários das UBS. Foi observada associação significativa somente para “não gostar de exercício” ($p=0,02$), indicando que quem recebeu o aconselhamento raramente/nunca percebe esta barreira para AF.

Tabela 7. Aconselhamento e barreiras para prática de atividade física em usuários de Unidades de Saúde de São José dos Pinhais – PR (n=339).

Barreiras	Aconselhamento				Valor de p
	n	Não	%	Sim	
Falta de dinheiro					0,15
Sempre/Quase sempre	66	40	20,4	26	18,2
Às vezes	43	19	9,7	24	16,8
Nunca/Raramente	230	137	69,9	93	65,0
Sente-se muito cansado					0,66
Sempre/Quase sempre	98	53	27,0	45	31,5
Às vezes	102	60	30,6	42	29,4
Nunca/Raramente	139	83	42,3	56	39,2
Falta de companhia					0,84
Sempre/Quase sempre	98	53	30,1	45	27,3
Às vezes	59	60	16,8	42	18,2
Nunca/Raramente	182	83	53,1	56	54,5
Falta de tempo					0,43
Sempre/Quase sempre	128	76	38,8	52	36,4
Às vezes	65	41	20,9	24	16,8
Nunca/Raramente	146	79	40,3	67	46,9
Tem alguma lesão/doença					0,30
Sempre/Quase sempre	91	50	25,5	41	28,7
Às vezes	39	19	9,7	20	14,0
Nunca/Raramente	209	127	64,8	82	57,3
Medo de lesionar-se					0,56
Sempre/Quase sempre	69	36	18,4	33	23,1
Às vezes	35	21	10,7	14	9,8
Nunca/Raramente	235	139	70,9	96	67,1
Não gosta de exercício					0,02
Sempre/Quase sempre	68	46	23,5	22	15,4
Às vezes	35	25	12,8	10	7,0
Nunca/Raramente	236	125	63,8	11	77,6
Sentir-se velho					0,88
Sempre/Quase sempre	18	11	5,6	07	4,9
Às vezes	21	13	6,6	08	5,6
Nunca/Raramente	300	172	87,8	128	89,5

5 DISCUSSÃO

O presente trabalho demonstrou que o aconselhamento para AF ainda é baixo, e realizado na maioria das vezes pelo médico e em consultas individuais. Quando ocorre o aconselhamento, o conteúdo envolve questionamentos sobre o nível de AF, os benefícios e as recomendações da AF para a saúde. As barreiras mais frequentes percebidas para AF pelos usuários das UBS foram a falta de tempo, de companhia e sentir-se muito cansado. Na relação entre aconselhamento e barreiras para AF, foi observada associação significativa somente para “não gostar de exercício”. O nível de atividade física dos usuários é baixo, tanto no deslocamento como no lazer. Contudo, quando somados estes dois domínios, a maioria dos usuários atingem as recomendações da prática de atividade física para a saúde.

O perfil dos usuários da UBS na pesquisa foi semelhante ao encontrado em outros estudos. Em 2013, Hafele e Siqueira entrevistaram 525 usuários em UBS na zona urbana na cidade de Pelotas – RS. Do total da amostra, 80,6% foi composta por mulheres, 79,5% eram indivíduos da cor branca e 61,7% possuíam companheiro. Características sociodemográficas semelhantes foram obtidas no presente trabalho para sexo (68,40% eram mulheres), cor (73,40% branca) e estado civil (66,40% casados).

Em 2011, Pimentel e colaboradores verificaram a distribuição de 244 usuários de uma UBS em Fortaleza – CE por gênero e faixa etária, destacando motivos mais comuns para atendimento na UBS. As mulheres igualmente foram predominantes no arranjo da amostra (72,2%) e indivíduos do sexo masculino obtiveram da mesma forma menor participação em consultas (27,8%) na UBS. Nos estudos fica demonstrado o domínio do público feminino na utilização das UBS. Fatores culturais podem interferir neste aspecto, pois a mulher ainda tem uma menor inserção no mercado de trabalho e buscam de forma mais preventiva e voluntária os serviços de saúde (PIMENTEL *et al.*, 2011).

No presente estudo, as prevalências para pressão alta (36,9%), dislipidemia (16,5%), diabetes (15%) e depressão (15,9%) foram semelhantes as encontradas por Guibu e col. (2017) em pesquisa caracterizando os usuários dos serviços de

Atenção Básica, conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos. É relevante também ressaltar o índice de pressão alta encontrado no sul do Brasil, que foi de 38,1% (GAIBU, *et al.*, 2017).

Os níveis encontrados de AF dos usuários de UBS de São José dos Pinhais foram baixos, especialmente no lazer, onde 50,7% não pratica ao menos 10 min/sem de AF. Entre os usuários, 28,3% alcança as recomendações da OMS de AF para a saúde no domínio do lazer. No Brasil, 37,0% da população alcança as recomendações neste domínio (BRASIL, 2019). Importante ressaltar neste contexto, que o âmbito do lazer é considerado o principal com possibilidades de intervenção modificáveis (CARVALHO, 2019). No deslocamento, apenas 30,7% alcança as recomendações para AF da OMS (WHO, 2014). Em conjunto, lazer e deslocamento, somente 54,0% da amostra atingem as recomendações da OMS, ou seja, deve-se mencionar que uma considerável proporção dos usuários ainda encontra-se insuficientemente ativa, assim como observado na população brasileira (SILVA, 2011).

É pertinente ressaltar que atingir os 150 minutos das recomendações de AF para saúde da OMS pode não ser viável para a maioria da sociedade atual. De tal maneira, destaca-se os benefícios da AF em intensidade leve, que não são abordados pelas recomendações da OMS (CARVALHO, 2019) e nem no aconselhamento realizado pelos profissionais de saúde. Essa pode ser uma forma de complementar o aconselhamento, expandindo seu conteúdo.

São José dos Pinhais conta com os Núcleos de Esporte e Lazer, espaços públicos abertos de livre acesso a população. Estes ofertam atividades físicas (ginástica, ritmos, lutas, entre outros) e contam com estrutura para prática de AF (academia ao ar livre, pista de caminhada, quadras esportivas, entre outros), e estão instalados em diversos bairros do município (CUSTODIO, 2018). O conhecimento destes espaços pelos profissionais de saúde, assim como, a indicação destes locais no aconselhamento para AF, poderá aumentar o nível de AF no domínio do lazer da população. Segundo Custódio (2018), a disponibilidade de espaços públicos abertos

pode facilitar a prática de diferentes níveis de AF e geram efeito positivo sobre a qualidade de vida.

O índice de aconselhamento para AF encontrado foi de 42,20%. Santos *et al.*, (2012) destacam a necessidade de profissionais que realizem práticas para educação, igualmente, com visão ampliada em saúde para mudar estes parâmetros. A consolidação dos Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF-AB) que contemplam diferentes categorias profissionais e objetivam suas ações para a promoção da saúde são relevantes para transformar este cenário (SANTOS *et al.*, 2012). A equipe NASF de São José dos Pinhais não conta com Profissional de Educação Física (PEF). O PEF poderia integrar e capacitar a equipe com o matriciamento, educação continuada, expandindo mais a temática da AF e oportunizando melhor atuação da equipe de saúde das UBS quanto ao aconselhamento para AF.

Conforme relatado pelos usuários, o aconselhamento para AF foi realizado majoritariamente por uma categoria profissional, em sua maioria, por médicos. Este resultado também é observado em outras pesquisas realizadas no Brasil que abordam o aconselhamento realizado por profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2012; LOPES *et al.*, 2014). Isso demonstra que ainda ocorre alta procura pela consulta individual com este profissional. O segundo grupo de profissionais que mais aconselhou foram os Enfermeiros, classe profissional que é igualmente muito solicitada nas UBS. Porém foi encontrada uma baixa prevalência no aconselhamento para AF, assim como para Nutricionistas. O aconselhamento para AF deveria ser uma pauta de toda a equipe multiprofissional, devido a sua importância para PS e hábitos mais saudáveis.

Todavia, deve-se atentar em considerar obstáculos, organizacionais e pessoais que os profissionais de saúde podem enfrentar para realizarem aconselhamento para AF, como a falta de recursos específicos (protocolos de atendimento), treinamento adequado e falta de tempo (HEBERT *et al.*, 2014). Desta forma, se reforça a necessidade de ações para instrumentalizar os profissionais, para que possa ocorrer o aconselhamento para AF de forma interdisciplinar e compartilhada, pois, intervenções voltadas à mudança de comportamento requerem ações com estas características. No Brasil, a configuração da AB e do NASF-AB

tornam-se ainda mais relevantes, pois são pautadas nestes princípios. (MORAES *et al.*, 2019).

O conteúdo do aconselhamento envolveu questionamentos sobre o nível de AF e informações sobre benefícios e recomendações da AF para a saúde. No presente estudo ficou evidenciado que poucos profissionais perguntam sobre dificuldades para praticar AF ou oferecem auxílio para superá-las, e pouco utilizam estratégias para saber se o usuário iniciou a prática de AF depois de realizado o aconselhamento. Seer (2017) descreveu estratégias adotadas para as ações de aconselhamento em AF efetuadas por profissionais de saúde em Curitiba – PR. Durante o aconselhamento, profissionais indicavam os benefícios para a AF, sugeriam a procura do PEF (pois em Curitiba há o profissional nas equipes) e a realização de caminhadas (SEER, 2017). Deste modo, o presente estudo indica que as informações fornecidas aos usuários parecem pouco exploradas e podem ser melhor fomentadas, para uma maior adesão a prática de AF pela população atendida pelos mesmos.

As barreiras para a prática de AF são razões que influenciam no nível de AF dos indivíduos e podem ser consideradas obstáculos para prevenir e promover saúde (COUTINHO, 2015). Segundo Coutinho (2015) algumas das barreiras mais prevalentes encontradas são a falta de tempo, sentir-se velho demais, falta de companhia e não gostar de AF. A falta de tempo, na maioria das vezes, destaca-se como o motivo mais indicado na literatura.

No presente estudo, igualmente a falta de tempo (37,8%) aparece como barreira determinada mais frequentemente citada pelos usuários das UBS participantes da amostra. Mas, como mencionado por Ferreira e col. (2019), a falta de tempo é sempre multifatorial. O cotidiano com muitas horas dedicadas ao trabalho, transporte e especialmente a terceira jornada de trabalho que mulheres enfrentam com cuidados voltados para a casa gera cansaço e desmotivação para a AF.

A falta de companhia e sentir-se muito cansado (28,9%) foram os motivos mais apontados como barreiras para AF, similar ao que foi encontrado por Gomes e col (2018). Esse estudo comparou as barreiras para AF entre 222 mulheres atendidas pela Atenção Básica em Matelândia – PR participantes e não participantes de programas de exercícios oferecidos pelo SUS (GOMES *et al.*, 2018). Entre as

não participantes, mas atendidas pela Atenção Básica, a falta de companhia (40,9%) e falta de energia corporal (38,7%) foram as mais apontadas. É interessante também ressaltar neste trabalho a diferença de percepção de barreiras entre as mulheres participantes de AF ofertadas pelo SUS, em que a falta de companhia (2,7%) e falta de energia corporal (11,7%) foram menos percebidas de forma significativa (GOMES *et al.*, 2018).

Vieira e Silva (2019), em revisão sistemática, analisaram 27 artigos com o objetivo de investigar fatores que atuam como barreiras para a AF no lazer de brasileiros. As principais barreiras que se repetem, em todos os grupos etários são: falta de companhia, cansaço físico e medo de sofrer uma lesão. Duca e col. (2014) em estudo populacional realizado em Florianópolis com 1.720 adultos, encontrou associação importante da prática de AF em indivíduos que vivem com o companheiro (a). Segundo os autores, isso pode ser parcialmente justificado, pois a AF realizada de forma conjunta, pode tornar a mesma mais prazerosa para pessoas que vivem acompanhadas.

No presente estudo, a maioria da amostra é casada ou se encontra em união estável. Tais resultados demonstram uma potencial chance de intervenção para esse público, buscando diminuir a barreira de falta de companhia percebida pelos usuários. Além disso, um dos focos de ação da AB é um conjunto de ações de saúde individuais, coletivas e também familiares (BRASIL, 2017). Assim, torna-se interessante conhecer as dinâmicas familiares dos usuários das UBS, e entender como este contexto pode auxiliar no aumento do nível de AF. Para adolescentes, por exemplo, o apoio social dos pais é um poderoso fator motivacional para a prática de AF (FARIAS JUNIOR *et al.*, 2014).

A relação entre aconselhamento e barreiras para AF mostrou-se significativa somente para “não gostar de exercício”. Em 2015, a Pesquisa Nacional de Domicílios na temática complementar de Práticas de Esporte e Atividade Física, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mensurou a prática de algum esporte ou AF no tempo livre no período de 365 dias anteriores ao estudo, avaliando 71.142 pessoas (15 anos ou mais) moradoras de quatro regiões do Brasil. De acordo com esta pesquisa, o segundo motivo mais relevante apontando foi não gostar de exercício (35,0%) (BRASIL, 2017). Assim, considerando a associação significativa, o aconselhamento pode modificar a percepção desta barreira para AF.

Porém, considerando a baixa prevalência de aconselhamento realizado pelos profissionais da saúde, torna-se importante a formação destes para atuação em ações de aconselhamento e de educação em saúde (SANTOS et al, 2012), contribuindo para a redução da inatividade e o gosto pela AF possa ser despertado. Assim como, uma maior oferta e acesso ampliado às pessoas que nunca tiveram oportunidade de vivenciarem o movimento humano, deve ser aumentada, com a implementação de políticas públicas neste sentido, oportunizando práticas além daquelas hegemonicamente ofertadas para a população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam baixa prevalência de aconselhamento e que este é centrado em um único profissional, além disso, o conteúdo do aconselhamento ofertado ainda é limitado. As barreiras para AF mais citadas envolvem aspectos pessoais, físicos e sociais. O nível de AF dos usuários é baixo no deslocamento e no lazer, porém quando somados estes dois domínios, a maioria dos usuários atende as recomendações da AF para a saúde. Verificou-se associação significativa entre aconselhamento e “não gostar de exercício”, indicando que o aconselhamento pode modificar a percepção desta barreira para AF.

Dessa forma, torna-se importante desenvolver estratégias para ampliar as ações de aconselhamento, tanto no número de usuários atingidos quanto em relação ao número de profissionais envolvidos com esta estratégia de saúde. No presente trabalho, barreiras para AF foram percebidas com menor frequência, e apesar de maioria dos usuários atingirem as recomendações da AF para a saúde, o domínio do lazer foi o que apresentou maior proporção de inativos. Assim, os resultados sugerem que a baixa percepção das barreiras pode ter ocorrido devido ao não acesso ao lazer. Em contrapartida, o deslocamento foi o domínio que mais contribuiu para o nível de AF total e pode estar relacionado à necessidade de deslocar de bicicleta ou caminhando, e não, à escolha por um deslocamento ativo.

Os resultados deste estudo visam contribuir para uma melhor atuação das equipes de saúde de São José dos Pinhais – PR, tornando o serviço mais resolutivo e, a partir dos achados, ampliar o conteúdo do aconselhamento. Também poderão ser desenvolvidas estratégias de educação em saúde para os usuários e para capa-

citação da equipe de saúde, apoio matricial e educação permanente sobre a temática da AF. Busca-se igualmente a partir dos resultados encontrados, diminuir as barreiras percebidas para AF, auxiliando no direcionamento de intervenções neste sentido provendo dados aos gestores do município.

Destaca-se ainda que a inclusão do Profissional de Educação Física nas equipes de saúde nas UBS de São José dos Pinhais poderia fornecer qualificação com conhecimento específico, e por meio do apoio matricial fortalecer o aconselhamento em AF. Além disso, a inclusão do PEF nas equipes de saúde de São José dos Pinhais pode colaborar para a mudança de percepção da população sobre as barreiras para AF, contribuindo para a redução da inatividade e suas consequências na saúde da população.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(4):533-538, out-dez 2012

BAUMAN, A. E. REIS, R. S. SALLIS, J. F. WELLS, J. C. LOOS, R. J. MARTIN, B. W. Lancet Physical Activity Series Working Group. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **The Lancet** 2012;380:258---71.

BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso dia 20/08/19

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

BECKER, L. A. **Tomada de decisão baseada em evidências para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física na atenção primária de saúde no Estado do Paraná**. / Leonardo Augusto Becker. - Curitiba, 2016.

BOTTCHER, L. B. KOKUBUN, E. Comparação dos níveis de aptidão física entre hipertensos e normotensos. **Rev Bras Med Esporte** – Vol. 23, No 2 – Mar/Abr, 2017

BUSS, P. M. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais**. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais>> Agência Fio Cruz de Notícias, 2010. Acessado em 12/05/2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf> Acesso dia 10/07/19

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde

brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 39)

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: 2013 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [acessado em 7 jun. 2019]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acessado dia 21/05/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. PORTARIA Nº 687, DE 30 DE MARÇO DE 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, DF. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf Acessado dia 14/05/2019

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

CARVALHO, F. F. B. Recomendações de atividade física para a saúde (publica): reflexões em busca de novos horizontes. **ABCS H. S.** v 44, 2019

CARVALHO, F. F. B. NOGUEIRA, J. D. N. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da promoção da saúde na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva** vol.21 no.6 Rio de Janeiro June 2016

CAMPOS, G.W.S. SUS: o que e como fazer? **Ciência e Saúde Coletiva**, 23(6): 1707-1714, 2018

CRAIG, C. L. MATSHALL, A. L. SJOSTROM, M. BAUMAN, A. E. AINSWORTH, B. E. PRATT, M. EKELUND, U. YNGVE, A. SALLIS, J.F. OJA, P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Med Sci Sports Exerc**, v. 35, n. 8, p. 1381-95, Aug. 2003.

COUTINHO, S. S. **Epidemiologia da atividade física e saúde pública**. Ed Repositório Unicentro, Guarapuava, 2015.

CROMBIE, I. K. IRVINE, L. WILLIAMS, B. MCGUINNIS, A. R. SLANE, P. W. ALDER, E. M. MCMURDO, M. E. Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrrents. **Age Ageing**, 2004 May;33(3):287-92.

CUSTODIO, I. G. **Qualidade dos Núcleos de Esporte e Lazer e sua associação com o perfil e o nível de atividade física dos frequentadores em São José dos Pinhais, Paraná** [recurso eletrônico] Dissertação (Mestrado) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Educação Física. Área de Concentração: Ciências do Movimento Humano, Curitiba, 2019

DAMICO, J. KNUTH, A. G. O (des)encontro entre as práticas corporais e atividade física. Hibridizações e borramentos na área da saúde. **Rev Movimento**, v, 20, n. 1 jan/marc 2014

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. v. 2018, n. Novembro, 2018
DHHS, U. S. Physical Activity Guidelines for American. **U.S. Department of Health and Human Services**, v. 2º, 2018.

DUARTE, C. D. BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vo. 21 n. 4 Brasília dez. 2012.

DUMITH, S. Atividade Física e sedentarismo: diferenciação e nomenclatura. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**. v.5 .n 4, 2010

DUCA, G. F.; NAHAS, V. M.; HALLAL, P. C.; PERES, K. G. Atividades físicas no lazer entre adultos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo populacional sobre as características das práticas e de seus praticantes, **Ciência e Saúde Coletiva**. v 19, n. 11, p. 4595-4604, nov. 2014

DUNCAN, B. B. CHOR, D. AQUINO, E. M. BENSENOR, I. M. MILL, J. G. SCHMIDT, M. I. LOTUFO, P. A. VIGO, A. BARRETO, S. M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**. 2012;46(Supl):126-34

DURO, S. M. TOMASI, E. SIQUEIRA, F. V. THUME, R. FACCHINI, L. A. Adult Physical Activity Counseling by Health Professionals in Brazil: A National Urban Population Survey. **J Phys Act Health**, v. 12, n. 8, p. 1177-83, Aug. 2015.

FERNANDES, A. P. ANDRADE, A. C. S., COSTA, D. A. S. DIAS, M. A. S. MALTA, D. C. CAIAFFA, W. T. Programa Academias da Saúde e a promoção da atividade física na cidade: a experiência de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2017;22(12):3903-14

FERRARI JUNIOR, G. ANDRADE, R. REBELATTO, C. BELTRAME, T. PELEGRINI, A. FELDEN, E. Fatores associados às barreiras para a prática de atividade física dos adolescentes. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**. V. 21 n. 4 2016

FERREIRA, R. W. CAPUTO, E. L. HAFELE, C. A. JERONIMO, J. S. FLORINDO, A. A. KNUTH, A. G. SILVA, M. C. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cad. Saúde Pública** 2019; 35(2):e00008618

FERREIRA, T. CIPOLOTTI, M. MARQUES, B. MIRANDA, Maria. A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais **Rev Bras Ativ Fis Saúde** v. 21 n. 3 2016

FISHER, A. WILLIAMS, K. WARDLE, J. Recall of physical activity advice was associated with higher levels of physical activity in colorectal cancer patients. . **BMJ Open** 2015;5:e006853 2015.

FLORES, T. R. GOMES, A. P. SOARES, A. L. G. NUNES, B. P. ASSUNÇÃO, M. C. F. GONÇALVES, H. Counseling by health professionals and healthy behaviors among the elderly: population-based study in Pelotas, South of Brazil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**. vol.27 no.1 Brasília 2018 Epub Feb 15, 2018

GIORELLI, G. V. SANTOS, F. M. PORTES, L. H. Educação Física e diabetes: prevenção e tratamento. **Rev. Hosp. Uni. Pedro Ernesto**. V. 14, n. 4 2015

GENEAU, R. STUCKLER, D. STACHENKO, S. MCKEE, M. EBRAHIM, S. BASU, S. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. **The Lancet**. v. 376, n. 9753, p. 1689–98, 13 nov. 2010

GOMES, A. O. PAPINI, C. B. NAKAMURA, P. M. TEIXEIRA, I. P. KOKUBUN, E. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. **Rev Bras de Ciên. do Esporte**, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.007>.

GOMES, M. A. DUARTE, M. F. S. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família: Programa ação e saúde Floripa - Brasil. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**. v. 13, n. 1, 2008.

GONZALEZ, F. J. Práticas corporais e o Sistema Único de Saúde: desafios para a intervenção profissional. In: **Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política**

em formação [recurso eletrônico] / Ivan Marcelo Gomes, Alex Branco Fraga, Yara Maria de Carvalho, organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 258: il. – (Série Interloquções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde)

GUIBU, I. A. MORAES, J. C. GUERRA JUNIOR, A. A. COSTA, E. A. ACURCIO, F. A. COSTA, K. S. KARNIKOWSKI, M. G. O. SOEIRO, O. M. LEITE, S. N. ALVARES, J. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2017;51 Supl 2:17s

GUTHOLD, R. STEVES, G. A. RILEY, L. M. BULL, F. 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**. V. 6 October 2018

HALLAL, P. C. TENÓRIO, M. C. M. TASSITANO, R. M. REIS R. S. CARVALHO, Y. M. CRUZ, D. K. A. DAMASCENA, W. MALTA, DC. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não usuários. **Cad. Saúde Pública**, 2010; 26: 70-78

HALLAL, P. C. ANDERSEN, L. B. BULL, F. C. GUTHROLD, R. HASKELL, W. EUKELUND, U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**. 2012; 380:247-57

HALLAL, P. C. MACHADO, P. T. DEL DUCA, G. F. SILVA, I. C. AMORIM, T. C. BORGES, T. T. ROMBALDI, A. J. AZEVEDO, M. R. KNUTH, A. G. Physical activity advice: short report from a population-based study in Brazil. **J Phys Act Health**, v. 7, p. 352-354, 2010

HALLAL, P. C. BAUMAN, A. E. HEATH, G. KOLH, H. W. LEE, M. PRATT, M. Physical activity: more of the same is not enough, **The Lancet**. 2012 v. 380 p. 190 – 191

HAFELE, V. SIQUEIRA, F. V. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**. 2016;21(6):581-592

HEBERT, E. T. CAUGHY, M. O. SHUVAL, K. Primary care providers perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. **Br J Sports Med**. 2012;46(9):625-31.

HIRVENSALO, M. *et al.* The effect of advice by health care professionals on increasing physical activity of older people. **Scand J Med Sports**, v. 13, p. 231-236, 2003.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2016**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. IBGE. Rio de Janeiro: 146 p. 2016.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística **Práticas de esporte e atividade física**: 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2017.

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

INFORMES TECNICOS INSTITUCIONAIS. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública.** vol.34 n.3 São Paulo June 2000

IPARDES, Instituto de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico Município São José dos Pinhais.** Publicado em 10/11/2019. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83000>> Acesso dia 10/11/2019

KOLH, H. W. CRAIG, C. L. INOUE, S. ALKANDARI, J. R. LEETONGIN, G. KAHLMEIER, S. Tha pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet.** 2012 Jul 21;380(9838):294-305

KNUTH AG, MALTA DC, CRUZ DK et al. Description of the countrywide physical activity network coordinated by the Brazilian Ministry of Health: 2005-2008. **J Phys Act Health.** 2010 Jul;7 Suppl 2:S253-8

LOCH, M. GUERRA, P. A preguiça como explicação da inatividade física: comentários e reflexões sobre discrepâncias entre as evidências científicas e o discurso jornalístico. **Cad. Saúde Pública.** 2018; 34(12):e00223017

LOCH, M. RODRIGUES, C. G. TEIXEIRA, D. C. E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens? ...? Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas unidades básicas de saúde em Londrina – PR. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte,** Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 947-961, out./dez. 2013

LOPES, A. C. S. TOLEDO, M. T. T. CÂMARA, A. M. C. MENZEL, H. C. SANTOS, L. C. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiol Serv Saúde,** v. 23, n. 3, p. 305-316, 2014.

MALTA, D. C. ANDRADE, S. S. C. A. OLIVEIRA, L. M. PRADO, R. R. SOUZA, M. F. M. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev Bras Epidemiol.** 2019, 22: E190030

MALTA, D. C. CEZÁRIO, A. C. MOURA, L. MORAIS NETO, O.L. SILVA JÚNIOR, J. B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epide e Serv de Saúde.** 2006;15:47-65

MALTA, D. C. REIS, A. A. C. JAIME, P. C. NETO, O. L. M. SILVA, M. M. A. AKERMAN, M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas,

resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência e Saúde Coletiva**, 23(6):1799-1809, 2018.

MARTINS, M. O. e PETROSKI, E. L. Mensuração da percepção de barreiras para a prática de atividades físicas: uma proposta de instrumento. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 2, n. 1, p. 58-65, 2000

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma Ata e movimentos posteriores. **Revista Pan-americana de Enfermagem**. vol.12 no.3 Ribeirão Preto May/June 2004

MIRANDA, J. J. KINRA, S. CASAS, J. SMITH, J. D. EBRAHIM, S. Non-communicable diseases in low- and middle-income countries: context, determinants and health policy. **Trop Med Int Health**. 2008 October; 13(10): 1225–1234. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02116.x

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

NASCIMENTO, C. M. GOBBI, S. HIRAYAMA, M. S. BRAZAO, M. C. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de Rio Claro. **R. da Educação Física/UEM Maringá**, v. 19, n. 1, p. 109-118, 1. trim. 2008

NASCIMENTO, A. G. CORDEIRO, J. C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise de processo de trabalho. **Trab. educ. saúde**. Vol.17 no.2 Rio de Janeiro 2019 Epub Feb 04, 2019

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc saúde coletiva**. vol.23 no. 6 Rio de Janeiro jun. 2018

PAIM, J. S. ALEMEIDA-FILHO, N. SUS: a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira in: **Tratado de Saúde Coletiva: teoria e prática**. MedBook; Edição: 1ª (15 de janeiro de 2014)

PEDROSO, W. ARAUJO, M. B. STEVANATO, E. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. **Motriz**, Rio Claro, v.11 n.3 p.155-160, set./dez. 2005

PIMENTEL, I. R. S. COELHO, B. C. C. LIMA, J. C. RIBEIRO, F. G. SAMPAIO, F. P. C. PINHEIRO, R. P. ROCHA FILHO, F. S. Caracterização da demanda de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. de Med. Fam. e Com.** Florianópolis, 2011 Jul-Set; 6(20), 175-81.

PINTO, L. F. GIOVANELLA, L. Do programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso a redução das internações por condições associáveis à atenção básica. **Ciênc. saúde colet**. 23 (6) Jun 2018

REICHERT, F. F. **Barreiras à prática de atividades físicas**: prevalência e fatores associados Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, 2004.

REICHERT, F. F. BARROS, A. J. DOMINGUES, M. R. HALLAL, P. C. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **Am J Public Health**, v. 97, n. 3, p. 515-9, Mar. 2007

RECH, C. R. CAMARGO, E. M. ARAUJO, P. A. B. LOCH, M. R. REIS, R. S. Perceived barriers to leisure-time physical activity in the Brazilian population. **Rev Bras Med Esporte** – Vol. 24, No 4 – Jul/Ago 2018

REIS, R. S. SILVA, D. A. PETROSKI, E. L. Barreiras e facilitadores de atividades físicas em frequentadores de parques públicos **Motriz**, Rio Claro, v.15 n.2 p.219-227, abr./jun. 2009

RODRIGUES, J. D. FERREIRA, D. K. S. FARIAS JUNIOR, J. C. CAMINHA, I. O. FLORINDO, A. A. LOCH, M. R. Perfil de atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** Pelotas/RS • 20(4):352-365 • Jul/2015

ROMBALDI, A. J. MENEZES, A. M. B. AZEVEDO, M. R. HALLAL, P. C.. Leisure-Time Physical Activity Association with activity levels in other domains. **J Phys Act Health**, v. 7, n. 4, p. 460-464, 2010

SANTOS, R. P. *et al.* Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 4, p. 14-21, 2012.

SANTOS, S. BENEDETTI, T. SOUZA, T. FONSECA, S. Apoio Matricial e a atuação do Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** v. 22 n. 1 2017

SANTOS, T. GUERRA, P. ANDRADE, D. FLORINDO, A. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**. v. 29 n2 (2015)

SANTOS, M. S. HINO, A. A. F. REIS, R. S. RODRIGUES-ANEZ, C. R. R. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. **Rev. bras. epidemiol.** vol.13 no.1 São Paulo Mar. 2010

SANTOS, S. F. S. BENEDETTI, T. R. D. MEDEIROS, T. F. FREITAS, C. R. SOUSA, T. F. COSTA, J. L. R. The work of physical education professionals in Family Health Support Centers (NASF): a national survey. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.** vol.17 no.6 Florianópolis Nov./Dec. 2015

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

SALLIS, J. F. CERVERO, R. B. ASCHER, W. HANDERSON, K. A. KRAFT, M. K. KERR, J. . An ecological approach to creating active living communities. **Annu. Rev Public Health.** 2006;27:297-322

SALLIS, J. F. CERVERO, R. B. ASCHER, W. HENDERSON, K. A. KRAFT, M. K. KERR, J. An ecological approach to creating active living communities. **Annual Review of Public Health.** Vol. 27:297-322, 2005

SALLIS, S. F. BULL, F. GUTHOLD, R. HEATH, G. W. INOUE, S. KELLY, P. OYEYEMI, A. L. PEREZ, L. G. RICHARDS, J. HALLAL, P. C. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. **The Lancet.** 2016; 388: 1325–36

SALLIS, R. FRANKLIN, B. JOY, L. ROSS, R. SABGIR, D. STONE, J.. Strategies for promoting physical activity in clinical practice. **Prog Cardiovasc Dis**, v. 57, n. 4, p. 375-86, Jan-Feb. 2015.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, P. M. **Índice de desenvolvimento humano.** Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/idh/>> Acesso dia 5/10/2019

SAPORETTI, G. M. MIRANDA, P. S. C. BELISARIO, S. A. O profissional de educação física e a promoção da saúde em núcleos de apoio a saúde da família **Trab. educ. saúde.** vol.14 no.2 Rio de Janeiro May/Aug. 2016 Epub Apr 01, 2016

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

SCABAR, T. G. PELICIONI, A. F. PELICIONI, M. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF. **J Health Sci Inst.** 2012;30(4):411-8

SEBASTIÃO, E. **Nível de Atividade Física e principais barreiras percebidas por indivíduos adultos:** um levantamento no município de Rio Claro – SP. [Dissertação] Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade – Universidade Estadual Paulista, Outubro de 2019

SEER, A. **O aconselhamento da atividade física e a percepção da equipe de saúde sobre a atuação do profissional de educação física no SUS/Curitiba.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná, 2017

SEUS, T. L. C. SILVEIRA, D. S. TOMASI, E. ; THUMÉ, E. FACCHINI, L. A. SIQUEIRA, F. V. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil - inquérito nacional PMAQ 2013*. **Epide. e Serv. de Saúde.** v. 28, p. 1-14, 2019

SFDS. **Secretaria da Família e Desenvolvimento Social. Conhecendo a pessoa com deficiência.** 1 2016

SILVA, M. C. S. R. SILVA, L. BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia da Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm USP.** 2011; 45(5):1250-5

SILVA, D. A. MALTA, D. C. SOUZA, M. F. M. NAGHAVI, M. Burden of ischemic heart disease mortality attributable to physical inactivity in Brazil. **Rev Saúde Pública.** 2018;52:72

SILVA, S.G. ; SILVA, M.C. ; NAHAS, M. V. ; VIANA, S.L. Fatores associados à inatividade física no lazer e principais barreiras na percepção de trabalhadores da indústria do sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** v. 27, p. 249-259, 2011

SIQUEIRA, F. V. NAHAS, M. V. FACCHINI, L. A. SILVEIRA, D. S. PICCINI, R. X. TOMASI, E. THUME, E. HALLAL, P. C. Aconselhamento para prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 25(1):203-213, jan, 2009

SPINOZA, D. GUIMARAES, M. CARNEIRO, L. BORGES, L. Physical Education Professionals and their Role in Primary Care in Curitiba. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde.** v. 22 n. 1 (2017)

SOUZA, M. F. MALTA, D. C. FRANÇA, E. B. BARRETO, M. L. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1737-1750, 2018

UNDP, United Nations Development Programme. **Human development indicators and índices: 2018 statistical update team.** Disponível em <http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf> Acesso dia 25/10/2019

VESPASIANO, Bruno de Souza; OLIVEIRA, João Rogério de; PENTEADO, Regina Zanella; CESAR, Marcelo de Castro. O professor de Educação Física no Sistema Único de Saúde: sua prática e resultados – estudo de revisão. **Saúde em Revista.** Piracicaba, v. 17, n. 46, p. 79-89, maio-ago, 2017.

VIACAVA, F. OLIVEIRA, R. A. D. CARALHO, C. C. LANGUARDIA, J. BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva.** 23(6): 1751-1762, 2018d.

VIEIRA, V. R. SILVA, J. V. P. Barreiras à prática de atividades físicas no lazer de brasileiros: revisão sistemática. **Pensar a Prática**, Goiânia, 2019, v. 22: 54448

VIGITEL. **Vigitel Brasil 2016:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas

sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. p. 160, 2017.

VIGITEL. **Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132.: il.

WATTANAPIST, A. TUANGRATANON, T. SANHAPAN, T. Physical activity counseling in primary care and family medicine residency training: a systematic review. **BMC Med Educ** **18**, Article number: 159 (2018)

WHO, World Health Organization. **Promoting. Physical Activity in The Health Sector**. 2018

_____. **Global status report on noncommunicable diseases**. 2014. Geneva: World Health Organization, 2014

_____. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization; 2010.

ANEXO 1 – PARECER DO PROJETO APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ (PARECER NÚMERO 2.882.260)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Rogério César Fermino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95985118.0.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.882.260

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

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

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

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

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo será de responder o formulário com base na sua atuação profissional. O preenchimento do formulário será realizado na Unidade Básica de Saúde em que você trabalha, sem haver prejuízo no seu tempo de trabalho e atraso na sua carga horária. O formulário levará entre 15 a 20 minutos para ser respondido em sua totalidade. A qualquer momento você poderá interromper sua participação sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, tais como: o acesso às informações derivadas do mesmo, e de maneira indireta, porém relevante, a participação possibilitará desenvolver e/ou aprimorar ferramentas que favoreçam a disseminação das evidências científicas em benefício à população. Após análise dos resultados obtidos, espera-se uma intervenção por meio de capacitação para os profissionais das UBS, com objetivo de instrumentalizá-los para a padronização sobre o aconselhamento para aumentar os níveis de atividades físicas e redução do tempo em comportamento sedentário da população. Bem como, também que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos em sua participação, tais como: constrangimento de responder algumas questões do formulário. Para minimizar tais riscos, nós pesquisadores tomaremos as seguintes medidas: além das questões não serem invasivas, por não se tratarem de crenças religiosas, informações sexuais, etc., o risco de constrangimento será minimizado devido as aplicações serem realizadas de maneira individual em local distante de outras pessoas.

SIGILO E PRIVACIDADE

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

AUTONOMIA

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

ASSINATURA DO SUJEITO DE PESQUISA
ASSINATURA DO PESQUISADOR

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Para esta pesquisa não haverá custos para o participante. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, tais como transporte, alimentação, entre outros, bem como meu acompanhante, haverá ressarcimento dos valores gastos em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Bruno Giglio de Oliveira/UTFPR, Leticia Pechnicki dos Santos/UTFPR e Rogério César Fermino/UTFPR e com eles você poderá manter contato pelos telefones (41) 99911-9097, (41) 99676-0452 e (41) 99977-8777.

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

DECLARAÇÃO

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

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

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

Local, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

ANEXO 3 – ABORDAGEM / CARTA DE APRESENTAÇÃO



ABORDAGEM / CARTA DE APRESENTAÇÃO

1º passo: Ao chegar na Unidade Básica de Saúde, verificar qual é o ID da Unidade e fazer um reconhecimento do local.

2º passo: Verificar a disposição das cadeiras e dos usuários na Unidade, para que não haja erros na seleção dos participantes.

3º passo: Contar os usuários em números de um a três, da esquerda para a direita, e abordar o usuário de número dois (02). Caso o usuário dois não aceite participar, abordar o usuário número três (03). A última tentativa deve ser com o usuário número um (01).

4º passo: Apresentar-se:

BOM DIA/BOA TARDE, me chamo _____, sou pesquisador (a) do Grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde da Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

Em parceria com a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SEMEL) e Secretaria de Saúde da Prefeitura de São José dos Pinhais, queremos realizar um levantamento sobre sua prática de atividade física, o tempo que você passa sentado e sobre o atendimento recebido na Unidade Básica de Saúde, com a intenção de desenvolver estratégias que contribuam para melhorar sua qualidade de vida.

Sua participação é muito importante, pois nos ajudará a identificar os pontos fortes e fracos relacionados ao atendimento, ao aconselhamento para a saúde realizado na Unidade, assim como gerar dados importantes para buscar melhorias na saúde da população de São José dos Pinhais.

5º passo: Certificar-se que o usuário atende aos critérios para participação no estudo (verificar os critérios no manual antes da coleta).

6º passo: Pedir para que o usuário assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

7º passo: Iniciar a aplicação do questionário.

Q6.	EM MÉDIA, quanto tempo de atividade física VIGOROSA você faz POR DIA? _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª SAB DOM	Q6.
Q7.	QUAIS são essas atividades físicas? ONDE você fez? (listar por ordem de frequência semanal) Q7.1 _____ <input type="checkbox"/> Local Público <input type="checkbox"/> Local Privado ONDE? _____ Q7.2 _____ <input type="checkbox"/> Local Público <input type="checkbox"/> Local Privado ONDE? _____ Q7.3 _____ <input type="checkbox"/> Local Público <input type="checkbox"/> Local Privado ONDE? _____	Q7.
Q8.	Em uma semana NORMAL, quantos dias você faz atividade física MODERADA no seu TEMPO LIVRE, por pelo menos 10 MINUTOS SEGUIDOS? (pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete) (NÃO inclua o caminhada) <input type="checkbox"/> 10 (pule para a questão Q11) <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17	Q8.
Q9.	EM MÉDIA, quanto tempo de atividade física MODERADA você faz POR DIA? _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª SAB DOM	Q9.
Q10.	QUAIS são essas atividades físicas? ONDE você fez? (listar por ordem de frequência semanal) Q10.1 _____ <input type="checkbox"/> Local Público <input type="checkbox"/> Local Privado ONDE? _____ Q10.2 _____ <input type="checkbox"/> Local Público <input type="checkbox"/> Local Privado ONDE? _____ Q10.3 _____ <input type="checkbox"/> Local Público <input type="checkbox"/> Local Privado ONDE? _____	Q10.
Q11.	Em uma semana NORMAL, quantos dias você faz CAMINHADA no seu TEMPO LIVRE, por pelo menos 10 MINUTOS SEGUIDOS? <input type="checkbox"/> 10 (pule para a questão Q14) <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17	Q11.
Q12.	EM MÉDIA, quanto tempo de CAMINHADA você faz POR DIA? _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª SAB DOM	Q12.
Q13.	ONDE você caminha? <input type="checkbox"/> Local Público <input type="checkbox"/> Local Privado ONDE? _____	Q13.

BLOCO 3: ACONSELHAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

As próximas questões serão relacionadas ao aconselhamento para a prática de atividade física. Este aconselhamento é utilizado para auxiliar e orientar as pessoas a praticarem atividade física, contribuindo para melhorar suas condições de saúde. Com base nisso:

Q14.	Durante o ÚLTIMO ANO, alguma vez que você esteve na Unidade Básica de Saúde, recebeu aconselhamento para praticar atividade física? (dicas, orientações sobre atividade física) <input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q25) <input type="checkbox"/> Sim	Q14.
Q15.	Quantas vezes você recebeu o aconselhamento para ATIVIDADE FÍSICA no último ano? _____ vezes/ano	Q15.
Q16.	Qual foi o local do aconselhamento para ATIVIDADE FÍSICA? (marque todas as opções)	Q16.
	Q16.1 Consulta <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q16.1
	Q16.2 Grupo em que participava na UBS <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q16.2
	Q16.3 Sala de espera <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q16.3

	Q16.4 Onde verificou a pressão arterial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q16.4
	Q16.5 Visita domiciliar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q16.5
	Q16.6 Não sei	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q16.6
Q17.	Qual foi o profissional que lhe aconselhou? (marque todas as opções)			Q17.
	Q17.1 Médico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.1
	Q17.2 Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.2
	Q17.3 Nutricionista	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.3
	Q17.4 Psicólogo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.4
	Q17.5 Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.5
	Q17.6 Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.6
	Q17.7 Agente Comunitária de Saúde (ACS)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.7
Q18.	Com relação ao aconselhamento para a prática de atividade física, o profissional: (marque todas as opções)			Q18.
	Q18.1 Perguntou sobre seu nível de atividade física? (ex: quanto você faz de atividade física por semana?)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q18.1
	Q18.2 Comentou sobre os benefícios da prática regular de atividade física?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q18.2
	Q18.3 Comentou sobre as recomendações de atividade física para a saúde? (ex: tempo total/semana, frequência, intensidade, atividades)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q18.3
	Q18.4 Aconselhou com base nas SUAS características, recomendando frequência e intensidade específicas de atividade física? (ex: idade, sexo, condições de saúde)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q18.4
	Q18.5 Identificou os motivos que dificultam ou impedem que você realize atividade física? (ex: barreiras para a prática de atividade física)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q18.5
	Q18.6 Ofereceu alguma solução para auxiliar com as dificuldades?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q18.6
	Q18.7 Utilizou alguma estratégia (ex: visitas, ligações, mensagem de texto) para saber se você COMEÇOU a realizar atividade física A PARTIR DO ACONSELHAMENTO?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q18.7
	Q18.8 Utiliza alguma estratégia (ex: visitas, ligações, mensagem de texto) para saber se você ESTÁ REALIZANDO atividade física regularmente A PARTIR DO ACONSELHAMENTO?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q18.8
Q19.	O profissional aconselhou algum local específico para a prática de atividade física? <input type="checkbox"/> Não (avie para a questão Q20) <input type="checkbox"/> Sim			Q19.
Q20.	Se sim, qual local ele aconselhou? (marque todas as opções)			Q20.
	Q20.1 Núcleo/centro de esporte e lazer	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.1
	Q20.2 Praças e parques	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.2
	Q20.3 Academias privadas / clubes	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.3
	Q20.4 Academia ao ar livre	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.4
	Q20.5 Quadras/canchas públicas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.5
	Q20.6 Pista de caminhada	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.6
	Q20.7 Outros. Qualis? _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.7

BLOCO 4: ADEÇÃO AO ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA			
Este bloco contém algumas perguntas referentes a sua adesão ao aconselhamento para atividade física, ou seja, se o aconselhamento foi importante ou não para você.			
APENAS PARA QUEM RECEBEU ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA (BLOCO 3).			
PARA QUEM NÃO RECEBEU -> PULE PARA O PRÓXIMO BLOCO (BLOCO 5).			
Q21.	APÓS o aconselhamento, você diria que o seu nível de atividade física (a sua prática de atividade física):	<input type="checkbox"/> Aumentou <input type="checkbox"/> Permaneceu o mesmo <input type="checkbox"/> Diminuiu	Q21.
Q22.	Após o aconselhamento, você diria que: (marque apenas uma opção)	<input type="checkbox"/> Realize todas as recomendações (pule para Q24) <input type="checkbox"/> Realizou todas as recomendações, mas agora parou <input type="checkbox"/> Realize apenas algumas recomendações <input type="checkbox"/> Realizou algumas recomendações, mas agora parou <input type="checkbox"/> Não realizou nenhuma recomendação	Q22.
Q23.	Por que você não realizou e/ou parou todas as recomendações? (marque todas as opções)		Q23.
	Q23.1 Falta de tempo	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q23.1
	Q23.2 Preguiça	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q23.2
	Q23.3 Não ter local adequado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q23.3
	Q23.4 Lesão	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q23.4
	Q23.5 Falta de dinheiro	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q23.5
	Q23.6 Falta de companhia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q23.6
	Q23.7 Acha chato	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q23.7
	Q23.8 Falta de segurança na rua	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q23.8
	Q23.9 Outros, quais? _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q23.9
Q24.	Qual o PRINCIPAL motivo para você realizar atividade física? (MARCAR SÓ UMA)		Q24.
	Q24.1 O aconselhamento do profissional de saúde	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q24.1
	Q24.2 Gostar de fazer atividade física	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q24.2
	Q24.3 Achar a atividade física importante para a saúde	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q24.3
	Q24.4 Para manter o peso	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q24.4
	Q24.5 Outros, quais? _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q24.5

BLOCO 5: ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA			
Agora vamos fazer algumas perguntas referentes a sua prática de atividade física.			
Q25.	Você pratica atividade física regular? (3 x 50 min/sem; 5 x 30 min/sem -> TOTALIZAR 150min/sem)	<input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q27) <input type="checkbox"/> Sim	Q25.
Q26.	Começou há mais de 6 meses?	<input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q29) <input type="checkbox"/> Sim (pule para a questão Q29)	Q26.
Q27.	Prezende começar nos próximos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q29) <input type="checkbox"/> Sim	Q27.
Q28.	Prezende começar nos próximos 30 dias?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q28.

BLOCO 6: COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO			
Este bloco contém questões referentes ao tempo que você passa em comportamento sedentário, ou seja, o tempo que você passa sentado ou deitado, incluindo horários de trabalho, deslocamento e lazer.			
Agora eu gostaria que você pensasse só nos dias de semana, SEM CONTAR SÁBADO E DOMINGO:			
Q29.	Você assiste televisão TODOS OU QUASE TODOS os dias?		Q29.

	<input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q31) <input type="checkbox"/> Sim	
Q30.	Em um dia de semana NORMAL, quanto tempo em média POR DIA você assiste televisão sentado? ____ horas ____ minutos	Q30.
Q31.	Você usa computador na sua casa? <input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q32) <input type="checkbox"/> Sim	Q31.
Q32.	Em um dia de semana NORMAL, quanto tempo em média POR DIA você usa computador na sua casa sentado? ____ horas ____ minutos	Q32.
Q33.	Você trabalha fora de casa? <input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q35) <input type="checkbox"/> Sim	Q33.
Q34.	Em um dia de semana NORMAL, quanto tempo em média POR DIA você fica sentado no seu trabalho? ____ horas ____ minutos	Q34.
Q35.	Você fez algum curso técnico, faculdade ou outro curso? <input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q37) <input type="checkbox"/> Sim	Q35.
Q36.	Em um dia de semana NORMAL, quanto tempo em média POR DIA você fica sentado no curso técnico, faculdade ou outro curso? ____ horas ____ minutos	Q36.
Q37.	Você anda de carro, ônibus ou moto TODOS ou QUASE TODOS os dias? <input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q39) <input type="checkbox"/> Sim	Q37.
Q38.	Em um dia de semana NORMAL, quanto tempo em média, POR DIA você fica sentado no carro, ônibus ou moto? ____ horas ____ minutos	Q38.

BLOCO 7: ACONSELHAMENTO PARA COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

As próximas questões serão relacionadas ao aconselhamento para a redução do comportamento sedentário. Comportamento sedentário se caracteriza pelos hábitos das pessoas em permanecer períodos sentados ou deitados, incluindo horários de trabalho, deslocamento e lazer.

Q39.	Durante o ÚLTIMO ANO, em alguma vez que você esteve na unidade básica de saúde, recebeu aconselhamento sobre comportamento sedentário? (para ficar menos tempo sentado?) <input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q42) <input type="checkbox"/> Sim	Q39.
Q40.	Quantas vezes você recebeu o aconselhamento para reduzir o comportamento sedentário no último ano? ____ vezes/ano	Q40.
Q41.	Qual foi o local do aconselhamento? (marque todas as opções)	Q41.
	Q41.1 Consulta <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q41.1
	Q41.2 Grupo em que participava na UBS <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q41.2
	Q41.3 Sala de espera <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q41.3
	Q41.4 Onde verificou a pressão arterial <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q41.4
	Q41.5 Visita domiciliar <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q41.5
	Q41.6 Não sei <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q41.6
Q42.	Qual foi o profissional que lhe aconselhou? (marque todas as opções)	Q42.
	Q42.1 Médica <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q42.1
	Q42.2 Enfermeiro <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q42.2
	Q42.3 Nutricionista <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q42.3
	Q42.4 Psicólogo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q42.4
	Q42.5 Farmacêutico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q42.5
	Q42.6 Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q42.6

	Q42.7 Agente Comunitária de Saúde	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q42.7
Q43.	Com relação ao aconselhamento sobre o tempo em comportamento sedentário, o profissional: <i>(marque todas as opções)</i>			Q43.
	Q43.1 Perguntou sobre o tempo que você passa em comportamento sedentário (tempo sentado) ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q43.1
	Q43.2 Comentou sobre os benefícios de evitar o comportamento sedentário? (ex: evitar ficar muito tempo sentado no trabalho)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q43.2
	Q43.3 Comentou sobre as recomendações para comportamento sedentário? (ex: evitar ficar muito tempo sentado no trabalho)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q43.3
	Q43.4 Aconselhou com base nas suas características e atividades diárias, maneiras de evitar o comportamento sedentário? (ex: no trabalho)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q43.4
	Q43.5 Identificou os motivos que dificultam ou impedem que você evite o comportamento sedentário? (ex: só pode trabalhar sentado)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q43.5
	Q43.6 Ofereceu alguma solução para auxiliar com estas dificuldades?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q43.6
	Q43.7 Utilizou alguma estratégia [ex: visitas, ligações, mensagem de texto] para saber se você COMEÇOU a realizar as recomendações A PARTIR DO ACONSELHAMENTO?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q43.7
	Q43.8 Utiliza alguma estratégia [ex: visitas, ligações, mensagem de texto] para saber se você ESTÁ REALIZANDO as recomendações A PARTIR DO ACONSELHAMENTO?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q43.8

BLOCO 8: ADEÇÃO AO ACONSELHAMENTO PARA EVITAR O COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Este bloco contém algumas perguntas referentes a sua adesão ao aconselhamento para reduzir o tempo em comportamento sedentário, ou seja, se o aconselhamento foi importante ou não para você.

APENAS PARA QUEM RECEBEU ACONSELHAMENTO PARA COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO (BLOCO 7).

PARA QUEM NÃO RECEBEU → PULE PARA O PRÓXIMO BLOCO (BLOCO 9).

Q44.	APÓS o aconselhamento, você diria que seu tempo em comportamento sedentário:			Q44.
	<input type="checkbox"/> Aumentou	<input type="checkbox"/> Permaneceu o mesmo	<input type="checkbox"/> Diminuiu	
Q45.	Após o aconselhamento, você diria que: <i>(marque apenas uma opção)</i>			Q45.
	<input type="checkbox"/> Realize todas as recomendações. <i>(pule para o próximo bloco (bloco 9))</i>			
	<input type="checkbox"/> Realizou todas as recomendações, mas agora parou			
	<input type="checkbox"/> Realize apenas algumas recomendações			
	<input type="checkbox"/> Realizou algumas recomendações, mas agora parou			
	<input type="checkbox"/> Não realizou nenhuma recomendação			
Q46.	Por que você não realizou/parou todas as recomendações? <i>(marque todas as opções)</i>			Q46.
	Q46.1 Falta de tempo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q46.1
	Q46.2 Preguiça	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q46.2
	Q46.3 Falta de entendimento do conceito	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q46.3
	Q46.4 Não ter situação adequada / trabalho não permite	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q46.4
	Q46.5 Não consegue	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q46.5
	Q46.6 Outros, quais? _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q46.6

BLOCO 9: ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Agora, vamos fazer algumas perguntas referentes ao tempo que você passa em comportamento sedentário.

Q47.	Você evita permanecer sentado/deitado por muito tempo?	<input type="checkbox"/> Não <i>(pule para a questão Q49)</i>	<input type="checkbox"/> Sim	Q47.
Q48.	Você faz isso há mais de 6 meses?	<input type="checkbox"/> Não <i>(pule para a questão Q51)</i>	<input type="checkbox"/> Sim <i>(pule para a questão Q51)</i>	Q48.

Q49.	Você pretende evitar ficar muito tempo sentado / deitado nos próximos 6 meses? <input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q51) <input type="checkbox"/> Sim	Q49.
Q50.	Você pretende evitar ficar muito tempo sentado / deitado nos próximos 30 dias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q50.

BLOCO 10: QUALIDADE DE VIDA		
Agora vamos falar sobre a sua percepção sobre aspectos da sua vida. PENSE NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.		
Q51.	O que você acha da sua qualidade de vida? <input type="checkbox"/> Muito ruim <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Nem ruim/nem boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Muito boa	Q51.
Q52.	Você está satisfeito com a sua saúde? <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito/nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito	Q52.
Q53.	Você tem disposição para as atividades do seu dia-a-dia? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muito pouca <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Completamente	Q53.
Q54.	Você está satisfeito com a sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia? <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito/nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito	Q54.
Q55.	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito/nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito	Q55.
Q56.	Você está satisfeito com suas relações pessoais? (amigos, parentes, conhecidos e colegas)? <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito/nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito	Q56.
Q57.	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muito pouca <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Completamente	Q57.
Q58.	Você está satisfeito com as condições do lugar onde mora? <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito/nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito	Q58.

BLOCO 11: APOIO SOCIAL PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA		
Agora vamos falar sobre o apoio social que você recebe para a prática de atividade física:		
Nos últimos 3 meses, com que frequência alguém que MORA COM VOCÊ... [que dorme e faz refeições na mesma casa]		
Q59.	FEZ CAMINHADA com você? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre	Q59.
Q60.	Te CONVIDOU para caminhar? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre	Q60.
Q61.	Te INCENTIVOU a caminhar? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre	Q61.
Q62.	FEZ exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA com você? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre	Q62.
Q63.	Te CONVIDOU a fazer exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre	Q63.
Q64.	Te INCENTIVOU a fazer exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre	Q64.
Nos últimos 3 meses, com que frequência algum AMIGO... [qualquer pessoa que NÃO more na casa, mesmo que seja parente]		
Q65.	FEZ CAMINHADA com você? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre	Q65.
Q66.	Te CONVIDOU para caminhar? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre	Q66.

	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Sempre	
Q67.	Te INCENTIVO U a caminhar?	Q67.
	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Sempre	
Q68.	FEZ exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA com você?	Q68.
	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Sempre	
Q69.	Te CONVIDOU a fazer exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA?	Q69.
	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Sempre	
Q70.	Te INCENTIVO U a fazer exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA?	Q70.
	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Sempre	

BLOCO 32: AUTOEFICÁCIA PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

As questões abaixo estão relacionadas ao quanto você se sente capaz de realizar atividade física mediante algumas condições. Não existem respostas erradas. Por favor, assinale apenas uma opção para cada questão.

Nesta seção, considere somente a CAMINHADA que você faz no seu TEMPO LIVRE.

Q71.	Você consegue fazer caminhada quando está cansado?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q71.
Q72.	Você consegue fazer caminhada quando está de mau humor?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q72.
Q73.	Você consegue fazer caminhada quando está sem tempo?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q73.
Q74.	Você consegue fazer caminhada quando está de férias?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q74.
Q75.	Você consegue fazer caminhada quando está muito frio?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q75.
Agora, considere as atividades físicas de intensidade MODERADA E/OU VIGOROSA (ex: correr, nadar, pedalar, jogar vôlei, futebol). NÃO INCLUA A CAMINHADA.			
Q76.	Você consegue fazer AFMV quando está cansado?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q76.
Q77.	Você consegue fazer AFMV quando está de mau humor?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q77.
Q78.	Você consegue fazer AFMV quando está sem tempo?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q78.
Q79.	Você consegue fazer AFMV quando está de férias?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q79.
Q80.	Você consegue fazer AFMV quando está frio?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q80.

BLOCO 13: BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA							
Agora vamos realizar perguntas sobre as possíveis barreiras para a prática de atividade física, ou seja, os fatores do seu dia-a-dia que impossibilitam que você faça atividade física regularmente.							
Q81.	Com que frequência os fatores abaixo listados DIFICULTAM sua prática de ATIVIDADE FÍSICA?					Q81.	
	Q81.1 Falta de dinheiro	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca	Q81.1
	Q81.2 Sente-se muito cansado	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca	Q81.2
	Q81.3 Falta de companhia	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca	Q81.3
	Q81.4 Falta de tempo	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca	Q81.4
	Q81.5 Tem alguma lesão/ doença	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca	Q81.5
	Q81.6 Medo de lesionar-se	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca	Q81.6
	Q81.7 Não goste de exercício	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca	Q81.7
	Q81.8 Sente-se velho	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca	Q81.8

BLOCO 14: CONHECIMENTO DOS LOCAIS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E ATIVIDADES OFERTADAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE E LAZER							
As próximas questões serão relacionadas ao seu conhecimento em relação aos locais para a prática de atividade de física próximo a sua residência, e as atividades oferecidas pelo centro de esporte e lazer mais próximo da sua casa.							
Q82.	MESMO QUE VOCÊ NÃO VÁ, quanto tempo você levaria para ir caminhando até o _____ MAIS PRÓXIMO da sua residência?						Q82.
		¹ 1-5 min	² 6-10 min	³ 11-20 min	⁴ 21-30 min	⁵ + 30 min	⁶ 'Não existe,' não sabe
	Q82.1 Parque						Q82.1
	Q82.2 Praça						Q82.2
	Q82.3 Centro/núcleo de esporte e lazer						Q82.3
	Q82.4 Academia de ginástica (privada/pago)						Q82.4
	Q82.5 Academia ao ar livre (terceira idade)						Q82.5
	Q82.6 Ciclovia						Q82.6
	Q82.7 Pista de caminhada						Q82.7
	Q82.8 Quadra Esportiva/cancha						Q82.8
Q83.	Qual é o centro/núcleo de esporte e lazer MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA?						Q83.
Q84.	Você conhece alguma modalidade de atividade física oferecida neste centro/núcleo? (nome do centro/núcleo da questão anterior)? <input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q86) <input type="checkbox"/> Sim						Q84.
Q85.	Por exemplo, você conhece a atividade de: <i>(só aviu falar? NÃO precisa ter praticado)</i> MARCAR TODAS						Q85.
	Q85.1 Iniciação Esportiva (7 aos 11 anos)		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			Q85.1
	Q85.2 Modalidades coletivas (futsal, handebol, vôlei e basquete)		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			Q85.2
	Q85.3 Atletismo ou mini-atletismo		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			Q85.3

Q85.4	Ginástica aeróbica e ritmos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q85.4
Q85.5	Treinamento Funcional	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q85.5
Q85.6	Corrida de Rua	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q85.6
Q85.7	Lutas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q85.7
Q85.8	Atividades para terceira idade	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q85.8
Q85.9	Outros, quais?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q85.9

BLOCO 15: UTILIZAÇÃO DOS NÚCLEOS DE ESPORTE E LAZER					
As próximas questões são relacionadas ao padrão de uso do(s) centro/núcleo(s) de esporte e lazer, pelo usuário da Unidade Básica de Saúde.					
Q86.	Durante o ÚLTIMO ANO, você frequentou o centro/núcleo para realizar atividade física _____ (Centro/núcleo de esporte e lazer indicado na Q83)?	<input type="checkbox"/> Não (pule para a questão Q90)		<input type="checkbox"/> Sim	Q86.
Q87.	Quantas VEZES o(a) senhor(a) foi ao _____ (Centro/núcleo de esporte e lazer indicado na Q83) no ÚLTIMO ANO, para realizar atividade física?	<input type="checkbox"/> Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> Algumas vezes por mês <input type="checkbox"/> 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 6 vezes por semana <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 4 vezes por semana <input type="checkbox"/> 7 vezes por semana		Q87.	
Q88.	Em um DIA NORMAL, quando o(a) senhor(a) vai ao _____ (Centro/núcleo de esporte e lazer indicado na Q83), por QUANTO TEMPO permanece fazendo atividades físicas no local?	Horas _____ Minutos _____		Q88.	
Q89.	Qual a ATIVIDADE FÍSICA PRINCIPAL que você realiza no _____ (Centro/núcleo de esporte e lazer indicado na Q83)? (MARQUE APENAS UMA OPÇÃO)	<input type="checkbox"/> Levantar/acompanhar os filhos <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Atividades/aulas no ginásio <input type="checkbox"/> Passear com o cachorro <input type="checkbox"/> Andar de bicicleta <input type="checkbox"/> Esportes no quadra <input type="checkbox"/> Alongamento <input type="checkbox"/> Andar de skate/patins <input type="checkbox"/> Exercícios na AAL <input type="checkbox"/> Caminhada <input type="checkbox"/> Ginástica <input type="checkbox"/> Outra. Qual?		Q89.	
Q90.	Durante o ÚLTIMO ANO, você frequentou algum OUTRO núcleo de esporte e lazer que não seja o relatado anteriormente, para realizar atividade física?	<input type="checkbox"/> NÃO (pule para a questão Q95)		<input type="checkbox"/> Sim	Q90.
Q91.	Qual o NOME do centro/núcleo? _____			Q91.	
Q92.	Quantas VEZES o(a) senhor(a) foi ao _____ (centro/núcleo de esporte e lazer indicado na Q91) no ÚLTIMO ANO, para realizar atividade física?	<input type="checkbox"/> Algumas vezes no ano <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> Algumas vezes por mês <input type="checkbox"/> 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 6 vezes por semana <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 4 vezes por semana <input type="checkbox"/> 7 vezes por semana		Q92.	
Q93.	Em um DIA NORMAL, quando o(a) senhor(a) vai ao _____ (Centro/núcleo de esporte e lazer indicado na Q91), por QUANTO TEMPO permanece fazendo atividades físicas no local?	Horas _____ Minutos _____		Q93.	
Q94.	Qual a ATIVIDADE FÍSICA PRINCIPAL que você realiza no _____ (centro/núcleo de esporte e lazer indicado na Q91)? (MARQUE APENAS UMA OPÇÃO)	<input type="checkbox"/> Levantar/acompanhar os filhos <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Atividades/aulas no ginásio <input type="checkbox"/> Passear com o cachorro <input type="checkbox"/> Andar de bicicleta <input type="checkbox"/> Esportes no quadra <input type="checkbox"/> Alongamento <input type="checkbox"/> Andar de skate/patins <input type="checkbox"/> Exercícios na AAL <input type="checkbox"/> Caminhada <input type="checkbox"/> Ginástica <input type="checkbox"/> Outra. Qual?		Q94.	

BLOCO 16: CONHECIMENTO DO PROGRAMA CIDADE ATIVA – CIDADE SAUDÁVEL			
Este bloco se refere ao conhecimento do programa Cidade Ativa – Cidade Saudável, promovido pela SEMEL.			
Q95.	Você CONHECE alguma destas atividades promovidas pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer?	Q95.	
Q95.1	Atividades nos núcleos de esporte e lazer	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q95.1
Q95.2	Ônibus do Lazer	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q95.2
Q95.3	Eventos dos esportes de rendimento (jogos)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q95.3
Q95.4	Programa Ginástica Aeróbica e Ritmos	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q95.4
Q95.5	Festival Cidade Ativa Cidade Saudável	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q95.5
Q95.6	Copa São José de Futsal	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q95.6
Q95.7	Corridas de rua/caminhadas e passeios ciclotúricos	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q95.7
Q95.8	Outros, quais? _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q95.8
Q96.	Você CONHECE este logo? <i>(mostrar logo na prancheta)</i> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Q96.
Q97.	Você CONHECE o programa Cidade Ativa – Cidade Saudável? <input type="checkbox"/> Não <i>(pule para a questão Q99)</i> <input type="checkbox"/> Sim		Q97.
Q98.	Como você conheceu o programa?		Q98.
Q98.1	Mídias sociais	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q98.1
Q98.2	Material impresso (flyer/banner/faixa)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q98.2
Q98.3	Rádio/TV/Jornal	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q98.3
Q98.4	Orientação profissional	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q98.4
Q98.5	Outros, quais? _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q98.5

BLOCO 17: DADOS DE SAÚDE			
Neste bloco, vamos realizar algumas perguntas sobre sua saúde.			
Q99.	Algum médico já disse que você tem...	Q99.	
Q99.1	Pressão Alta?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não lembra	Q99.1
Q99.2	Diabetes?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não lembra	Q99.2
Q99.3	Dislipidemia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não lembra	Q99.3
Q99.4	Doença arterial coronariana?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não lembra	Q99.4
Q99.5	Problemas relacionados a circulação (varizes)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não lembra	Q99.5
Q99.6	Osteoporose, fraqueza nos ossos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não lembra	Q99.6
Q99.7	Doença pulmonar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não lembra	Q99.7
Q99.8	Depressão?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não lembra	Q99.8
Q100.	Você faz uso CONTÍNUO de algum medicamento? <i>(não incluir anticoncepcionais, polivitamínicos)</i> <input type="checkbox"/> Não <i>(pule para a questão Q102)</i> <input type="checkbox"/> Sim		Q100.
Q101.	Quantos? _____ <i>(não incluir anticoncepcionais, polivitamínicos)</i>		Q101.
Q102.	Qual seu peso (kg)? _____		Q102.
Q103.	Qual sua altura (m)? _____		Q103.
Q104.	Você fuma? <input type="checkbox"/> Não <i>(pule para a questão Q106)</i> <input type="checkbox"/> Sim		Q104.
Q105.	Há quanto tempo você fuma? _____ meses _____ anos		Q105.
Q106.	EM MÉDIA, quantas vezes você esteve na UBS no último ano? _____ vezes/ano		Q106.
Q107.	Qual o tempo médio que você fica NA UBS <i>(sem incluir a consulta)</i> ? <i>(país de espera, outras atividades)</i> _____ horas _____ minutos		Q107.

Q108.	Qual o tempo MÉDIO que você fica NA CONSULTA? ____ horas ____ minutos	Q108.
Q109.	Quais foram as razões das suas visitas na UBS durante o último ano?	Q109.
	Q109.1 Consultar <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q109.1
	Q109.2 Vacinação <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q109.2
	Q109.3 Retirar remédios <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q109.3
	Q109.4 Exames de rotina <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q109.4
	Q109.5 Outros – Qual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q109.5
Q110.	Com qual profissional você costuma consultar?	Q110.
	Q110.1 Médico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q110.1
	Q110.2 Enfermeira <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q110.2
	Q110.3 Nutricionista <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q110.3
	Q110.4 Psicóloga <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q110.4
	Q110.5 Farmacêutica <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q110.5
	Q110.6 Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q110.6
	Q110.7 Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q110.7

BLOCO 18: DADOS SOCIOECONÔMICOS		
Q111.	Sexo (observar): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Q111.
Q112.	Data de nascimento: ____/____/____	Q112.
Q113.	Cor de pele (observar): <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Indígena	Q113.
Q114.	Estado civil? <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)/unido(a) estável <input type="checkbox"/> Divorcedo(a)/viúvo(a)	Q114.
Q115.	Qual sua profissão? _____	Q115.
Q116.	Qual seu nível de escolaridade? <input type="checkbox"/> Analfabeto/fundamental 1 incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental 2 completo/ Média incompleto <input type="checkbox"/> Média Completo/Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior Completo	Q116.
Q117.	Quantos destes itens você possui em casa:	Q117.
	Q117.1 Banheiros (existência de vaso sanitário) _____ banheiros	Q117.1
	Q117.2 Automóveis _____ automóveis	Q117.2
	Q117.3 Motocicleta _____ motocicletas	Q117.3
	Q117.4 Microcomputador _____ microcomputador	Q117.4
	Q117.5 Lava louça _____ lava louça	Q117.5
	Q117.6 Geladeira _____ geladeira	Q117.6
	Q117.7 Freezer _____ freezer	Q117.7
	Q117.8 Lava roupa _____ lava roupa	Q117.8
	Q117.9 DVD _____ DVD	Q117.9
	Q117.10 Micro-ondas _____ Micro-ondas	Q117.10
	Q117.11 Secadora de roupa _____ Secadoras	Q117.11
Q118.	Você tem empregado(a) doméstico? (que dorme no caso) <input type="checkbox"/> Não (pule para a Q120) <input type="checkbox"/> Sim	Q118.
Q119.	Se sim, quantos empregados(as) você tem? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais	Q119.

Q120.	Quantas pessoas moram com você? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais	Q120.
Q121.	Qual o nível de escolaridade da pessoa responsável pela parte financeira em sua casa? (perguntar quem é o responsável financeiro primeiro / quem ganha mais) <input type="checkbox"/> Analfabeto/fundamental 1 incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental 2 completo/ Média incompleto <input type="checkbox"/> Média Completo/Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior Completo	Q121.
Q122.	Em sua casa você possui água encanada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q122.
Q123.	A rua da sua casa é pavimentada/asfaltada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q123.
Q124.	Você possui bicicleta em condições de uso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Q124.
Q125.	Rua: (Escrever o nome completo, SEM ABREVIACÕES)	Q125.
Q126.	NR:	Q126.
Q127.	Complemento: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Sobrado	Q127.
Q128.	Bairro:	Q128.
Q129.	CEP:	Q129.
Q130.	Há quanto tempo você mora nesse endereço? ____ anos ____ meses	Q130.
Q131.	Telefone para contato (celular e fixo, se houver):	Q131.
Q132.	Email:	Q132.
	HORARIO FINAL:	