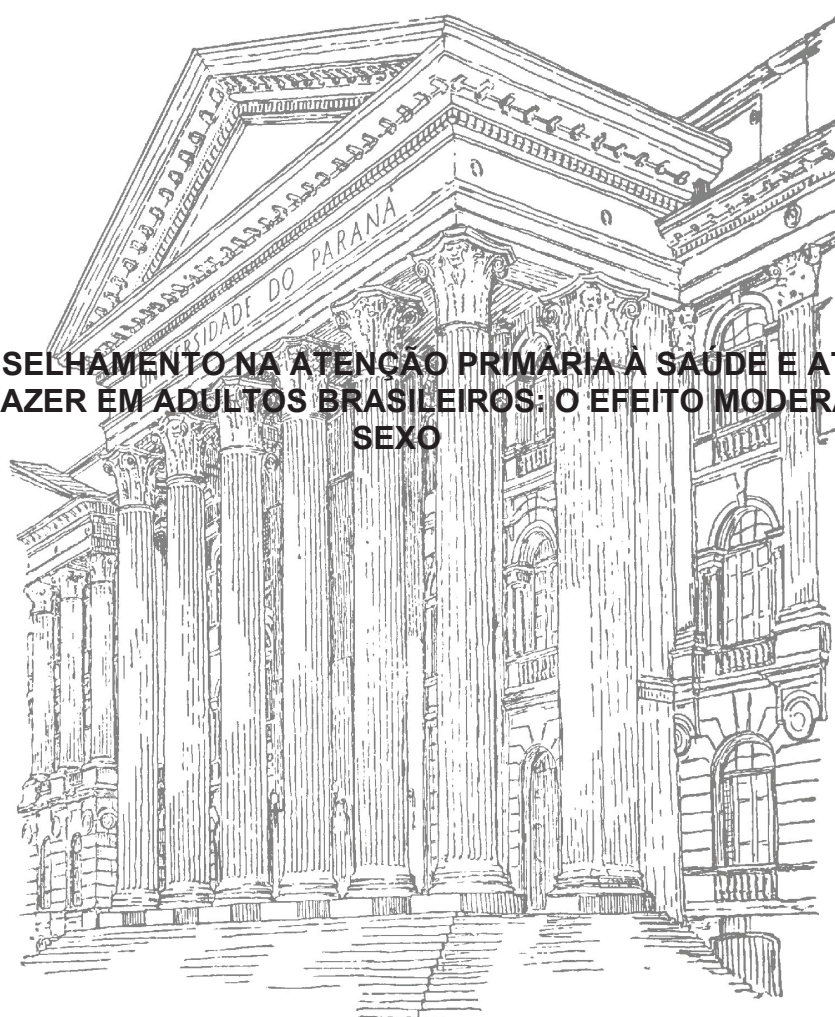


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LETÍCIA PECHNICKI DOS SANTOS

**ACONSELHAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATIVIDADE
FÍSICA NO LAZER EM ADULTOS BRASILEIROS: O EFEITO MODERADOR DO
SEXO**



**CURITIBA
2022**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LETÍCIA PECHNICKI DOS SANTOS

ACONSELHAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA
NO LAZER EM ADULTOS BRASILEIROS: O EFEITO MODERADOR DO SEXO

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Fisiologia do Exercício, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná. Orientador: Professor Doutor Rogério César Fermino.

CURITIBA
2022

Dedico este trabalho a todos que me apoiaram nessa jornada, principalmente meus maiores incentivadores: meus pais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Marcia e Aramis, que apesar de toda dificuldade, sempre me apoiam e fazem de tudo para me ajudar a alcançar meus objetivos.

Ao meu irmão gêmeo, Leonardo, que mesmo estando longe tenta estar sempre presente. A minha irmã, Jhessica, que sempre me incentiva a buscar o meu melhor.

Agradeço a meus amigos, que sempre estiveram presentes nos momentos difíceis, que sempre entenderam as minhas ausências em alguns eventos devido a dedicação as aulas.

Agradeço a todos os professores que contribuíram para minha formação, em especial ao professor Rogério Fermino, que acompanha minha trajetória desde o PIBIC, mestrado e que me ajudou muito desde a minha graduação.

Aos professores líderes, aos amigos membros do grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde (GPAAFS) da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) e colegas que fiz na vida acadêmica, obrigada por toda a contribuição e conhecimento compartilhado durante esses anos. Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíam para que eu concluísse o Curso de Especialização em Fisiologia do Exercício.

RESUMO

Introdução: O objetivo principal deste estudo foi testar o possível efeito moderador do sexo na associação entre aconselhamento recebido e atividade física no lazer (AFL), em diferentes tipos e intensidades, em adultos da Atenção Primária à Saúde do Sul do Brasil. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal em uma amostra representativa de 779 adultos em 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São José dos Pinhais, Sul do Brasil. O aconselhamento foi identificado entre aqueles que relataram ter recebido algum aconselhamento para atividade física (AF) durante a consulta por um profissional de saúde ou durante a permanência na UBS. A AFL foi avaliada com o Questionário Internacional de Atividade Física. Caminhada, AF moderada ou vigorosa (AFMV), AFTL total foram classificados em uma variável ordinal qualitativa em três categorias. A regressão logística ordinal multivariada foi utilizada para analisar a associação entre as variáveis. **Resultados:** A prevalência de aconselhamento foi de 43% (IC 95%: 39,5-46,4%), associada positivamente apenas à caminhada para os homens (OR: 1,83, IC 95%: 1,00-3,33, $p=0,050$). Homens que recebem aconselhamento para AF apresentam probabilidade 83% maior de andar em algum nível, em comparação àqueles que não recebem aconselhamento. **Conclusão:** O sexo mostrou efeitos moderadores na associação entre aconselhamento e caminhada no lazer.

Palavras-chave: Aconselhamento, Atividade motora, Saúde Pública.

ABSTRACT

Background: The main aim of this study was to test the possible moderator effect of sex in the association between counseling received and leisure time physical activity (LTPA), in different types and intensities, in adults in Primary Health Care of Southern Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in a representative sample of 779 adults in 15 Basic Health Units (BHU) of São José dos Pinhais, South Brazil. Counseling was identified among those who reported having received some counseling for physical activity (PA) during the consultation by a health professional or while staying at the BHU. The LTPA was evaluated with International Physical Activity Questionnaire. Walking, moderate or vigorous PA (MVPA), MVPA and total LTPA was classified in a qualitative ordinal variable into three categories. The multivariate ordinal logistic regression was used to analyze the association between variables. **Results:** The prevalence of counseling was 43% (95% CI: 39.5-46.4%), which was positively associated only with walking for men (OR: 1.83, 95% CI: 1.00-3.33, $p=0,050$). Men who receive counseling for PA show 83% greater likelihood of walking in some level, compared to that no receive counseling. **Conclusion:** Sex showed moderating effects in the association between counseling and walking in leisure time.

Keywords: Counseling, Motor activity, Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Regressão logística ordinal multivariada para a associação entre aconselhamento e caminhada para homens na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Sul do Brasil, 2019 (n=779).	24
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas e de atividade física no lazer de adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, Sul do Brasil, 2019 (n=779).....	21
Tabela 2. Aconselhamento para atividade física recebido por adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, Sul do Brasil, 2019 (n=779).	22
Tabela 3. Proporção de adultos em cada nível de atividade física no lazer segundo aconselhamento recebido na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Brasil, 2019 (n=779).....	23
Tabela 4. Regressão logística ordinal bivariada para a associação entre aconselhamento recebido e atividade física no lazer para adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Brasil, 2019 (n=779).	24

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
2.MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
2.1. Métodos.....	12
2.2. Características do estudo, contextualização do local e aspectos éticos ..	12
2.3. Tamanho da amostra, número de participantes e poder da amostra	13
2.4. Seleção dos participantes	13
2.5. Coleta de dados	14
2.6. Variável de desfecho – Atividade física no lazer (AFL)	14
2.7. Variável preditora – Aconselhamento para atividade física (AF)	15
2.8. Informações descritivas sobre o aconselhamento.....	15
2.9. Possíveis variáveis de confusão.....	16
2.10. Variável moderadora	17
2.11. Controle de qualidade de dados.....	17
3.TRATAMENTO DOS DADOS E ESTATÍSTICA.....	18
4.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
5.DISCUSSÃO	25
6.LIMITAÇÕES.....	28
7.CONCLUSÃO.....	28
8.IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	28
9.DIREÇÃO PARA ESTUDOS FUTUROS.....	29
10.AGRADECIMENTOS	29
11.DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE	29
REFERÊNCIAS.....	30

1. INTRODUÇÃO

Devido à importância da atividade física para a saúde, diversos programas têm sido desenvolvidos em todo o mundo, buscando aumentar os níveis de atividade física na atenção primária à saúde (PATNODE et al., 2017). Esses programas geralmente incluem o aconselhamento entre suas ações, considerando os resultados positivos que essa prática tem no aumento da atividade física das pessoas (ORROW et al., 2012). Estudos atuais têm explorado essa prática, para verificar a eficácia do aconselhamento a indivíduos fisicamente inativos, com e sem fatores de risco, e também indivíduos com sobrepeso, obesidade, diabetes e depressão (GERBER et al., 2019; PATNODE et al., 2017). Geralmente, esses estudos verificam os fatores associados e os níveis de atividade física da população a ser estudada antes, e após uma intervenção com aconselhamento, para verificar os efeitos da intervenção sobre o nível de atividade física total, e de marcadores bioquímicos (PATNODE et al., 2017; SOUZA NETO et al., 2020).

Estudos compararam os efeitos de diferentes intervenções nos níveis de atividade física de adultos da atenção primária. Por exemplo, Ribeiro e colaboradores, alocaram 157 adultos em três grupos 1) exercício físico, 2) educação em saúde e 3) grupo controle. A intervenção durou 12 meses com acompanhamento por 18 meses. Em todos os grupos, as intervenções foram efetivas para aumentar o nível de atividade física, porém, a intervenção que focou na educação em saúde foi mais efetiva para manutenção da prática de atividade física no período pós-intervenção (18 meses) (RIBEIRO et al., 2017). No entanto, estudos recentes buscam verificar os efeitos do aconselhamento na atividade física da população estudada, com foco no nível total de atividade física (GERBER et al., 2019; KETTLE et al., 2022). Alguns estudos verificaram esse efeito diretamente na atividade física de lazer, porém, sem analisar se houve diferença nas intensidades, como atividade física moderada e vigorosa e caminhada (GAGLIARDI et al., 2015a).

Com estudos que verificam em qual domínio e em qual intensidade o aconselhamento pode ser mais eficaz, protocolos de aconselhamento podem ser desenvolvidos com foco nos domínios e intensidades das atividades físicas mais suscetíveis a mudanças.

Além de focar no nível de atividade física, é importante verificar se homens ou mulheres percebem o aconselhamento de forma semelhante, tendo em vista que

mulheres, no geral, percebem mais barreiras para iniciar a prática de atividade física (GOMES et al., 2019). Dessa maneira, o aconselhamento deve ser realizado de forma mais direcionada para essa população, destacando assim, a importância de saber em que estágio de mudança de comportamento os indivíduos se encontram (MERIWETHER; LEE; LAFLEUR, 2008; SOUZA et al., 2021).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. MÉTODOS

A descrição das informações seguiu os requisitos sugeridos pelo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (VANDENBROUCKE et al., 2007).

2.2. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO, CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL E ASPECTOS ÉTICOS

Em 2019, foi realizado um estudo quantitativo, observacional e transversal com amostra representativa de adultos em UBS da área urbana da cidade de São José dos Pinhais (PR). O objetivo geral do projeto foi avaliar o aconselhamento para AF e comportamento sedentário, AFTL e alguns de seus “determinantes”. As UBS são “clínicas públicas”, distribuídas estrategicamente pelo município, de acesso gratuito à população, pela Atenção Primária à Saúde, aos médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e agente comunitário em saúde (PAIM et al., 2011). Em algumas cidades do Brasil, adicionalmente, em algumas UBS também existem profissionais de educação física (de Carvalho & Nogueira, 2016).

O município de São José dos Pinhais está localizado na região metropolitana de Curitiba (capital do estado), 19 km de centro a centro, possui uma área de 946 km² (21% urbano), população estimada em 323.340 habitantes (médio porte), densidade populacional de 280 habitantes km² e alto Índice de Desenvolvimento Humano (0,758). A cidade possui 413 estabelecimentos de saúde e, entre eles, 27 UBS (56% na área urbana). Para este estudo, foram selecionadas intencionalmente as 15 UBS da área urbana, pois essas localidades são acessíveis a 90% da população da cidade.

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) sob o protocolo número 95985118.0.0000.0020 e parecer pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número 2.882.260 da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Os participantes foram consultados, informados sobre a voluntariedade e concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE),

de acordo com as recomendações do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde.

2.3. TAMANHO DA AMOSTRA, NÚMERO DE PARTICIPANTES E PODER DA AMOSTRA

O número de participantes foi estimado com base na média de atendimentos realizados em cada UBS entre janeiro e fevereiro de 2019 (N=34.271). O cálculo amostral foi realizado considerando a prevalência de aconselhamento de AF recebido na Atenção Primária à Saúde ($\approx 37\%$) (MORAES et al., 2019), nível de confiança de 95%; erro amostral de quatro pontos percentuais e efeito de desenho de 1,5 (LUIZ; MAGNANINI, 2000). Com isso, o número mínimo de participantes foi estimado em 745 pessoas, porém, com um aumento de 10% para perdas e recusas, a amostra final foi calculada em 820 participantes. O número de pessoas a serem entrevistadas foi calculado proporcionalmente de acordo com o número de atendimentos em cada UBS e variou entre 31-92 participantes.

Foram entrevistados 779 participantes e a análise estatística, a posteriori, mostrou que a amostra (235 homens e 544 mulheres) teve um poder $\geq 90\%$ ($\beta=20\%$) e um nível de confiança de 95% ($\alpha=5\%$) para detectar *odds ratio* (OR), que foi identificado como significativo neste estudo.

2.4. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes foram selecionados sistematicamente, com base em sua posição na sala de espera da UBS, sendo contados entre um e cinco, da esquerda para a direita, com referência à porta de entrada. O terceiro usuário foi abordado e selecionado para participar do estudo. Em caso de recusa, caso o participante não atendesse aos critérios de inclusão, era selecionada a primeira pessoa à esquerda. No entanto, em algumas UBS não foi possível realizar esse procedimento devido ao pequeno número de pessoas presentes e/ou à diferença de disposição das salas de espera. Nesses casos, os primeiros usuários da esquerda foram abordados.

Pessoas com menos de 18 anos, que não residiam na zona urbana da cidade, que estavam utilizando a UBS pela primeira vez, com alguma limitação física que dificultasse a prática de AF (usuários de cadeira de rodas, almocreves, etc.), aqueles

com alguma limitação cognitiva ou fonativa que impedisse a compreensão do questionário (deficiência auditiva, transtornos mentais, etc.) foram excluídos.

2.5. COLETA DE DADOS

As entrevistas presenciais foram realizadas por 10 entrevistadores treinados entre abril e setembro de 2019. Os dados foram coletados no período da manhã, devido ao maior número de usuários na UBS, antes ou após consulta pelos profissionais de saúde, em sala individual e reservada, de modo que não houvesse influência externa nas respostas.

2.6. VARIÁVEL DE DESFECHO – ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER (AFL)

A prática de AF, em uma semana regular, foi avaliada com módulo de lazer de versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (CRAIG et al., 2003; HALLAL et al., 2010a; MATSUDO S, ARAUJO T, MATSUDO V, ANDRADE D, ANDRADE E, OLIVEIRA LC, 2018). Os participantes autorrelataram a frequência semanal e o volume médio diário em que realizavam caminhada, intensidade moderada e vigorosa de AF (AFMV). O escore de minutos por semana (min/sem) em cada variável foi obtido pelo produto da frequência semanal pelo volume médio diário dessas modalidades. O escore do AFTL total foi calculado somando-se os minutos por semana de caminhada, AF moderada e vigorosa multiplicados por dois.

A AF foi classificada em uma variável qualitativa ordinal com três categorias de caminhada, AF moderada, AFTL total (“nenhuma AF na semana”: 0-9 min/sem; “insuficientemente ativo”: 10-149 min/sem; “suficientemente ativo”: ≥ 150 min/sem) e AF vigorosa (“nenhum AF vigoroso na semana”: 0-9 min/sem; “insuficientemente ativo”: 10-74 min/sem; “suficientemente ativo”: ≥ 75 min/sem), de acordo com as recomendações globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) (CRAIG et al., 2003; HALLAL et al., 2010a; MATSUDO S, ARAUJO T, MATSUDO V, ANDRADE D, ANDRADE E, OLIVEIRA LC, 2018).

2.7. VARIÁVEL PREDITORA – ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA (AF)

O aconselhamento para AF foi avaliado a partir da pergunta: *“Durante o último ano (12 meses), sempre que esteve na UBS, você recebeu aconselhamento para a prática de AF (por exemplo, conselhos, dicas, informações, orientações) durante a consulta por um profissional de saúde ou durante a permanência na UBS?”* (“não”, “sim”). Essa medida foi utilizada em estudos semelhantes, adaptada ao contexto local e testada em estudo piloto (DURO et al., 2015a; FLORINDO et al., 2013a; HALLAL et al., 2010b).

2.8. INFORMAÇÕES DESCRITIVAS SOBRE O ACONSELHAMENTO

A identificação da fonte do aconselhamento foi avaliada considerando as categorias profissionais na UBS: “agente comunitário em saúde”, “enfermeira”, “nutricionista”, “farmacêutica”, “médica”, “fisioterapeuta”, “psicóloga” (FLORINDO et al., 2013a, 2014). Os participantes foram questionados sobre os locais que receberam aconselhamento (“medida de pressão arterial”, “grupo na UBS”, “visita domiciliar”, “consulta médica” ou “sala de espera”) (FISHER et al., 2015; HIRVENSAALO et al., 2005).

O conteúdo do aconselhamento foi avaliado com base no “Método 5 A's” (Avaliar, Aconselhar, Concordar, Assistir, Organizar). Esse protocolo foi desenvolvido para identificar as características do aconselhamento para cessação do tabagismo e adaptado a diversos comportamentos, como a AF (GLASGOW; EMONT; MILLER, 2006). No modelo adaptado de aconselhamento para AF, o profissional de saúde avalia o nível atual de AF do paciente, bem como quaisquer contraindicações para AF e a prontidão do paciente para mudança, seguido de uma mensagem de aconselhamento adaptada ao paciente e de acordo com ele, colaborando em um plano de ação. Por fim, o profissional de saúde fornece materiais educativos para apoiar a mudança e organiza uma consulta de acompanhamento para motivar o paciente e avaliar o progresso (PETERSON, 2007a; SHUVAL et al., 2014, 2017).

Para este estudo, o questionário foi adaptado e testado em um estudo piloto. O conteúdo do aconselhamento foi avaliado com uma resposta dicotômica (“não”, “sim”) a oito questões, a partir de informações mais detalhadas: “O profissional que prestou o aconselhamento...: 1) Perguntou sobre o seu nível de AF?; 2) Explicou sobre os benefícios da AF para a saúde?; 3) Comentou sobre as recomendações de AF para

saúde?"; 4) Aconselhamento de AF baseado em características individuais?; 5) Identificou as barreiras individuais para a prática de AF?; 6) Ofereceu alguma solução para essas barreiras?; 7) Utilizou alguma estratégia para identificar sua prática regular de AF?; e 8) Utilizou alguma estratégia para identificar se iniciou uma AF? (SHUVAL et al., 2014, 2017).

2.9. POSSÍVEIS VARIÁVEIS DE CONFUSÃO

Com base em revisão de literatura, as possíveis variáveis de confusão incluíram características sociodemográficas (faixa etária, estado civil, cor da pele, nível econômico e Índice de Massa Corporal (IMC), descritas a seguir (DURO et al., 2015a; FLORES et al., 2018; GAGLIARDI et al., 2015b; GLASGOW et al., 2001a; HALLAL et al., 2010b; SIQUEIRA et al., 2009).

A idade foi agrupada em três faixas etárias ("jovens adultos: 18-39 anos", "meia-idade: 40-59 anos" e "idosos: ≥ 60 anos"); o estado civil foi avaliado em três categorias ("solteiro", "casado ou união estável", "divorciado ou viúvo") e categorizado em "solteiro" (solteiro, divorciado ou viúvo) e "casado" (casado ou em união estável). A cor da pele foi autorreferida em cinco categorias ("branca", "preta", "amarela", "parda", "indígena") e recategorizada em "branca" e "não branca" (outras categorias). Essas variáveis foram mensuradas segundo metodologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) e adotada pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (PAIM et al., 2011; VIGITEL BRASIL 2020, 2020). O nível socioeconômico (NSE) foi avaliado por um questionário padrão que considera número de eletrodomésticos, presença de empregada doméstica e escolaridade do provedor financeiro da casa. Os participantes foram posteriormente classificados em sete categorias (A1 - superior, A2, B1, B2, C, D, E) (ABEP, [s.d.]). Para fins de análise, as categorias foram agrupadas e categorizadas em "baixo nível econômico" (NSE C+D+E) e "alto nível econômico" (NSE A+B). Por fim, o IMC foi calculado com dados autorreferidos de massa corporal e estatura e classificado em três categorias ("peso baixo ou normal: $\leq 24,9$ kg/m²", "sobrepeso: 25-29,9 kg/m²", "obesidade: ≥ 30 kg/m²").

2.10. VARIÁVEL MODERADORA

O sexo, como atributo biológico, foi observado e classificado em masculino (homens) ou feminino (mulheres) (OLINTO, 1998).

2.11. CONTROLE DE QUALIDADE DE DADOS

O controle de qualidade dos dados foi assegurado por seis etapas. Primeiramente, todos os entrevistadores (membros do grupo de pesquisa e alunos de graduação e pós-graduação em Educação Física) receberam treinamento teórico e prático de 20 horas sobre os procedimentos técnicos para a realização das entrevistas (abordagem dos participantes, registro de perdas e recusas, aplicação de questionários e formulários de codificação) com base no “manual de instruções” preparado pela equipe principal do projeto. Todos esses procedimentos foram rigorosamente seguidos pelos entrevistadores, cegos para os objetivos e hipóteses da investigação, e supervisionados pelo coordenador de campo.

Em segundo lugar, foi realizado um estudo piloto com amostra aleatória de 81 participantes de três UBS para testar os procedimentos de coleta de dados e a compreensão das questões traduzidas de outros estudos e/ou adaptadas ao contexto local. Em terceiro lugar, todos os participantes do estudo piloto foram reentrevistados, com intervalo de sete a 10 dias, para análise da estabilidade temporal das principais variáveis do estudo. A estabilidade temporal (reprodutibilidade) da medida de “aconselhamento para AF” foi analisada com a porcentagem de concordância e o teste Kappa de Cohen, que mostrou concordância de 88% e valor Kappa moderado (0,67; $p < 0,001$).

Em quarto lugar, a entrada de dados foi realizada pelo coordenador de campo no software EpiData. Em quinto lugar, foi realizada limpeza de dados com análise exploratória, utilizando o software *IBM-SPSS 26.0*, para identificar possíveis erros de digitação na entrada de informações para cada variável, presença de *outliers*, bem como verificar as distribuições de todas as variáveis. Por fim, cada variável “*outlier*” foi verificada pessoalmente no questionário e corrigida manualmente no banco de dados.

3. TRATAMENTO DOS DADOS E ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados em 10 etapas. Primeiramente, foram realizadas análises descritivas por meio de distribuição de frequência absoluta e relativa. Em segundo lugar, utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) para tendência linear ou heterogeneidade e/ou teste exato de Fisher para comparar as proporções de cada variável entre os sexos. Em terceiro lugar, o teste χ^2 de tendência linear foi utilizado para comparar as proporções de cada variável da AFL entre as categorias de aconselhamento por sexo.

Em quarto lugar, a regressão logística ordinal (OR) com modelo de probabilidades proporcionais e intervalo com 95% de confiança (IC 95%) para estimativas foi utilizada para analisar a associação bivariada entre o aconselhamento recebido e todas as variáveis de AFL (SILVA ABREU; SIQUEIRA; CAIAFFA, 2009). Em quinto lugar, foi realizado um teste do fator de inflação da variância (VIF), que rejeitou a hipótese de multicolinearidade ($1/VIF=1,01$). Em sexto lugar, realizamos uma associação bivariada entre cada variável sociodemográfica e caminhada, AF moderada e vigorosa, AFMV e AFTL total.

Em sétimo lugar, todas as possíveis variáveis de confusão foram consideradas para inclusão no modelo de regressão múltipla. Em oitavo, no entanto, apenas as variáveis com $p < 0,20$ nos seis primeiros passos permaneceram no modelo final. As variáveis foram inseridas no mesmo nível de análise pelo método de entrada forçada. Os seguintes fatores de confusão foram considerados nas análises da caminhada dos homens: faixa etária ($p=0,022$), nível econômico ($p=0,034$) e IMC ($p=0,171$). Nono, sob a premissa de probabilidades proporcionais, o teste de Brant confirmou as variáveis explicativas individualmente para homens com $p \geq 0,26$.

Por fim, como a análise foi elaborada para verificar o possível efeito moderador do sexo na associação entre aconselhamento e AF, os participantes do estudo foram estratificados por sexo. As análises foram realizadas no STATA 14 (*StataCorp LP: College Station, TX, EUA*) e o nível de significância foi mantido em 5%.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram abordados 935 usuários, a taxa de recusa foi de 14% (n=134) e perdas de 2% (n=22), o que resultou em 779 participantes entrevistados. A maioria dos participantes era do sexo feminino (69,8%), com idade entre 18 e 39 anos (45,2%), casados ou em união estável (64,0%), cor da pele branca (73,0%), baixo nível econômico (71,2%) e com excesso de peso ou obeso (67,3%, IMC $\geq$ 25 kg/m²). A faixa etária mais avançada e a cor da pele não branca associou-se positivamente aos homens ($p \leq 0,001$) (tabela 1).

A frequência de AFTL ≥ 150 min/sem foi de 13,4%, 3,6% e 9,2%, respectivamente para caminhada, AF moderada e vigorosa. A AFMV e AFTL total ≥ 150 min/semana foi de 12,6% e 24,8%, respectivamente. Os homens foram mais ativos na AF moderada ($p=0,005$), AFMV ($p=0,049$) e AFTL total ($p=0,009$) (tabela 1).

A prevalência de aconselhamento para AF foi de 43,0% (IC 95%: 39,5-46,4%) (tabela 2). O profissional mais relatado por realizar o aconselhamento foi o médico (97,3%), e os usuários receberam o aconselhamento nas consultas médicas (98,8%). O conteúdo do aconselhamento mais recebido foi "explicações sobre os benefícios da AF à saúde" (90,7%) e "perguntas relacionadas ao nível individual de AF" (84,2%). Os homens receberam mais aconselhamento pelo agente comunitário de saúde (8,2% *versus* 2,1%, $p=0,014$) e para as mulheres o aconselhamento do profissional de saúde em AF com base nas características individuais (61,6% *versus* 49,0%, $p=0,033$) (tabela 2).

Foi encontrada associação positiva apenas entre o aconselhamento recebido e maiores níveis de caminhada em homens ($p=0,005$) e mulheres ($p=0,031$), onde a proporção de pessoas que praticam alguma caminhada é maior entre aqueles que relataram receber aconselhamento para AF (Tabela 3).

Na regressão logística ordinal bivariada (tabela 4), foram encontradas associações positivas entre o aconselhamento recebido e caminhada apenas para homens (OR: 2,20, IC 95%: 1,26-3,84, $p=0,005$).

Após ajuste para todos os possíveis fatores de confusão, nas análises de regressão logística ordinal múltipla (figura 1), o aconselhamento permaneceu positivamente associado à caminhada para homens, com diminuição da magnitude da medida de associação (OR: 1,83, IC 95%: 1,00 -3,33, $p=0,050$). Os homens que recebem aconselhamento para a prática de AF, por profissionais da Atenção Primária à Saúde,

apresentam 83% maior probabilidade de realizar caminhada no lazer (em algum nível), comparados aos que não recebem orientação.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de atividade física no lazer de adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, Sul do Brasil, 2019 (n=779).

	Homens		Mulheres			Total	
	n	%	N	%	p	n	%
	235	30,2	544	69,8		779	100,0
Sociodemográficas							
Idade (anos)							
18-39	79	34,1	267	50,0	<0,001 ^t	346	45,2
40-59	94	40,5	189	35,4		283	36,9
≥ 60	59	25,4	78	14,6		137	17,9
Estado civil							
Solteiro	77	32,8	203	37,5	0,211 ^h	280	36,0
Casado	158	67,2	339	62,5		497	64,0
Cor da pele							
Branca	152	65,0	414	76,5	0,001 ^h	566	73,0
Não branco	82	35,0	127	23,5		209	27,0
Nível socioeconômico							
Baixo	160	68,1	395	72,6	0,200 ^h	555	71,2
Alto	75	31,9	149	27,4		224	28,8
Índice de massa corporal (kg/m²)							
< 24,9	78	33,5	170	31,7	0,122 ^t	248	32,2
25-29,9	98	42,1	193	36,0		291	37,4
≥ 30,0	57	24,5	173	32,3		230	29,9
Atividade física no lazer (AFL)							
Caminhada							
0-9 min/sem	164	69,8	403	74,1	0,165 ^t	567	72,8
10-149 min/sem	34	14,5	74	13,6		108	13,9
≥ 150 min/sem	37	15,7	67	12,3		104	13,4
Atividade física moderada							
0-9 min/sem	200	85,1	503	92,5	0,005 ^t	703	90,2
10-149 min/sem	23	9,8	25	4,6		48	6,2
≥ 150 min/sem	12	5,1	16	2,9		28	3,6
Atividade física vigorosa							
0-9 min/sem	203	86,4	484	89,0	0,551 ^t	687	88,2
10-74 min/sem	10	4,3	10	1,8		20	2,6
≥ 75 min/sem	22	9,4	50	9,2		72	9,2
AFMV							
0-9 min/sem	176	74,9	450	82,7	0,049 ^t	626	80,4
10-149 min/sem	25	10,6	30	5,5		55	7,1
≥ 150 min/sem	34	14,5	64	11,8		98	12,6
Total AFL							
0-9 min/sem	126	53,6	340	62,5	0,009 ^t	466	59,8
10-149 min/sem	37	15,7	83	15,3		120	15,4
≥ 150 min/sem	72	30,6	121	22,2		193	24,8

AFMV: atividade física moderada a vigorosa; ^h: nível de significância para o teste de heterogeneidade χ^2 ; ^t: nível de significância para teste de tendência linear χ^2 .

Tabela 2. Aconselhamento para atividade física recebido por adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, Sul do Brasil, 2019 (n=779).

Você já recebeu aconselhamento para atividade física?						
Homens		Mulheres		p	Total	
Não	137	58,3	307	56,4	0,630 ^h	444
Sim	98	41,7	237	43,6		335
Qual profissional realizou o aconselhamento?						
Médico	96	98,0	230	97,0	0,638 ^h	326
Enfermeiro	13	13,3	37	15,6	0,584 ^h	50
Nutricionista	6	6,1	31	13,1	0,065 ^h	37
Agente comunitário de saúde	8	8,2	5	2,1	0,014^f	13
Fisioterapeuta	1	1,0	8	3,4	0,206 ^f	9
Farmacêutico	0	0,0	8	3,4	0,061 ^f	8
Psicólogo	2	2,0	6	2,5	0,571 ^f	8
Qual foi o local que recebeu o aconselhamento?						
Consulta médica	96	98,0	235	99,2	0,359 ^h	331
Onde verificou a pressão arterial	2	2,0	9	3,8	0,329 ^f	11
Sala de espera	2	2,0	4	1,7	0,565 ^f	6
Grupo na UBS	1	1,0	4	1,7	0,543 ^f	5
Visita domiciliar	2	2,0	1	0,4	0,206 ^f	3
Conteúdo do aconselhamento recebido ("5A's")						
Comentou sobre os benefícios da prática regular de atividades físicas	87	88,8	217	91,6	0,423 ^h	304
Perguntou sobre a sua prática de atividades físicas	78	79,6	204	86,1	0,139 ^h	282
Comentou sobre as recomendações de atividades físicas para a saúde	54	55,1	152	64,1	0,122 ^h	206
Aconselhou com base nas suas características, recomendando frequência e intensidade específicas	48	49,0	146	61,6	0,033^h	194
Identificou os motivos que dificultam ou impedem você a realizar atividades físicas	22	22,4	71	30,0	0,163 ^h	93
Ofereceu alguma solução para lhe auxiliar quanto a estas dificuldades	12	12,2	37	15,6	0,428 ^h	49
Utilizou alguma estratégia para saber se você está realizando atividades físicas regularmente	3	3,1	6	2,5	0,519 ^f	9
Utilizou alguma estratégia para saber se você começou a realizar atividades físicas	3	3,1	5	2,1	0,429 ^f	8

^h: nível de significância para o teste de heterogeneidade χ^2 ; ^f: nível de significância para o teste exato de Fisher,

Tabela 3. Proporção de adultos em cada nível de atividade física no lazer segundo aconselhamento recebido na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Brasil, 2019 (n=779).

	Aconselhamento para atividade física					
	Homens			Mulheres		
	Não (%)	Sim (%)	p ^t	Não (%)	Sim (%)	p ^t
Caminhada						
0-9 min/sem	76,6	60,2	0,005	76,5	70,9	0,031
10-149 min/sem	12,4	17,3		14,3	12,7	
≥ 150 min/sem	10,9	22,4		9,1	16,5	
Atividade física moderada						
0-9 min/sem	83,2	87,8	0,503	92,2	92,8	0,685
10-149 min/sem	11,7	7,1		4,6	4,6	
≥ 150 min/sem	5,1	5,1		3,3	2,5	
Atividade física vigorosa						
0-9 min/sem	86,1	86,7	0,910	88,9	89,0	0,874
10-74 min/sem	4,4	4,1		2,3	1,3	
≥ 75 min/sem	9,5	9,2		8,8	9,7	
AFMV						
0-9 min/sem	74,5	75,5	0,887	82,4	83,1	0,983
10-149 min/sem	10,9	10,2		6,2	4,6	
≥ 150 min/sem	14,6	14,3		11,4	12,2	
Total AFL						
0-9 min/sem	57,7	40,5	0,087	64,5	59,9	0,162
10-149 min/sem	16,1	15,3		15,6	14,8	
≥ 150 min/sem	26,3	36,7		19,9	25,3	

^t: nível de significância para teste de tendência linear χ^2 ; AFMV: atividade física moderada a vigorosa; AFL: atividade física no lazer; *min/sem de atividade física moderada + (min/sem de atividade física vigorosa*2); **min/sem de caminhada + min/sem de atividade física moderada + (min/sem de atividade física vigorosa*2).

Tabela 4. Regressão logística ordinal bivariada para a associação entre aconselhamento recebido e atividade física no lazer para adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Brasil, 2019 (n=779).

	Homens			Mulheres		
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	p
Caminhada	2,20	1,26 - 3,84	0,005	1,42	0,97 - 2,07	0,073
Atividade física moderada	0,71	0,33 - 1,49	0,362	0,91	0,48 - 1,73	0,766
Atividade física vigorosa	0,95	0,45 - 2,03	0,897	1,00	0,58 - 1,72	0,998
AFMV	0,95	0,53 - 1,72	0,865	0,97	0,62 - 1,51	0,883
Total AFL	1,53	0,93 - 2,53	0,093	1,25	0,89 - 1,76	0,192

OR: razão de chance; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; AFMV: atividade física moderada a vigorosa; AFL: atividade física no lazer.

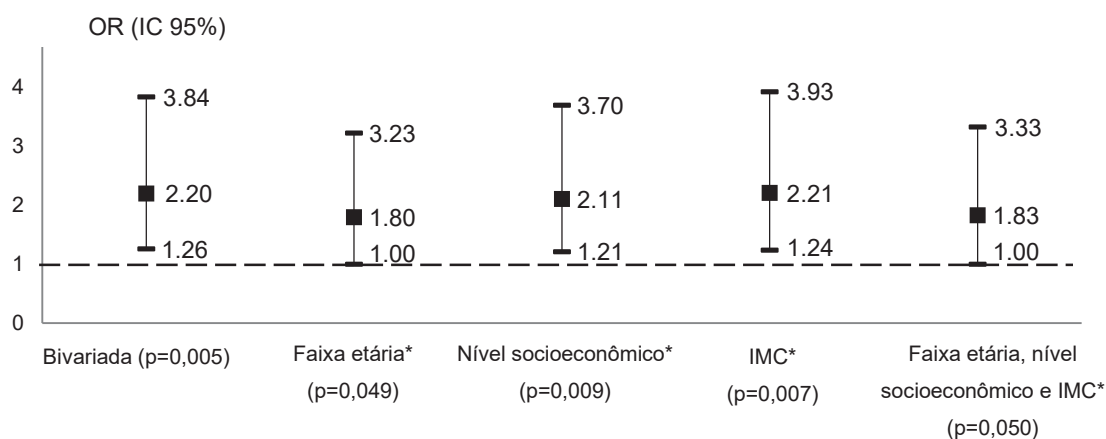


Figura 1. Regressão logística ordinal multivariada para a associação entre aconselhamento e caminhada para homens na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Sul do Brasil, 2019 (n=779).

5. DISCUSSÃO

O profissional mais relatado em realizar o aconselhamento foi o médico (97,3%), e os usuários receberam o aconselhamento nas consultas médicas (98,8%). Homens receberam mais aconselhamento pelo agente comunitário em saúde (8,2% versus 2,1%, $p=0,014$) e para as mulheres, o aconselhamento do profissional de saúde aconteceu com base em suas características individuais (61,6% versus 49,0%, $p=0,033$). Isto pode ser justificado devido ao fato das consultas médicas serem os procedimentos mais buscados na Atenção Primária (HÄFELE; SIQUEIRA, 2016; SANTOS et al., 2012). Entretanto, com este resultado, verificamos uma falha dessa ação pelos outros profissionais de saúde, visto que na Atenção Primária em Saúde deve haver um trabalho multidisciplinar (HÄFELE; SIQUEIRA, 2016). Outros estudos com achados semelhantes, justificam a falta de aconselhamento por outros profissionais de saúde devido à falta de conhecimento sobre as recomendações de atividade física, a falta de prática de atividade física e a falta de tempo para que esse aconselhamento ocorra de forma adequada (DURO et al., 2015b; FLORINDO et al., 2013b; HÄFELE; SIQUEIRA, 2016).

Além dos fatores associados, também é importante saber o que é aconselhado aos usuários. Não somente pelo relato dos profissionais, mas pela percepção dos próprios usuários. Neste estudo, o conteúdo do aconselhamento mais recebido foram: "explicações sobre os benefícios da AF à saúde" (90,7%) e "perguntas relacionadas ao nível individual de AF" (84,2). Quando questionados sobre as recomendações e auxílio com as dificuldades para iniciar/continuar a prática de atividade física, a prevalência diminuiu consideravelmente. Assim como no estudo de Glasgow (2001), o que menos foi relatado pelos usuários foi o acompanhamento após as consultas, tanto para saber se eles iniciaram e/ou permaneceram praticando atividades físicas (GLASGOW et al., 2001b). Achados semelhantes são encontrados na literatura. Por exemplo, resultados do programa *Healthy People 2000*, do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, apontou que 40% dos profissionais realizam avaliação dos níveis de atividade física, mas apenas 25% formulam um plano de atividades (CDC, 1997). Estudos que utilizaram o método 5 A's para o aconselhamento, mostraram que essa tem sido uma importante abordagem para auxiliar os profissionais a realizarem o aconselhamento, porém, também destacam a

falta de acompanhamento após as consultas (CARROLL et al., 2012; GLASGOW et al., 2001b). No entanto, são as etapas de acompanhamento que apresentam melhores resultados para o aumento dessa prática (AITTASALO et al., 2006; MCKAY et al., 2001). Usuários e profissionais de saúde deveriam discutir regularmente sobre as metas de atividade física que foram estabelecidas nas consultas, assim como o desenvolvimento de estratégias, por exemplo, para reduzir as barreiras para a realização das atividades físicas propostas (PETERSON, 2007b). Esse acompanhamento é de extrema importância considerando que, de acordo com os estágios de mudança de comportamento em que os usuários se encontram, os conteúdos dos próximos aconselhamentos poderiam e deveriam ser reformulados (KALLINGS et al., 2007).

O aconselhamento permaneceu positivamente associado a caminhada para os homens, com diminuição da magnitude da medida de associação (OR: 1,83, IC 95%: 1,00-3,33, $p=0,050$). Achados semelhantes foram encontrados em relação a um aumento da caminhada após intervenções com aconselhamento por profissionais de saúde (OGILVIE et al., 2007). Isso pode ser explicado devido ao fato da caminhada ser considerada como a forma mais natural de atividade física, pois é facilmente realizada por todas as pessoas e pode ser facilmente incorporada em atividades da vida diária. Além disso, a caminhada é a principal opção para aumentar o nível de AF em populações sedentárias (OGILVIE et al., 2007; VETROVSKY et al., 2018). Também, um estudo que verificou quais os tipos de atividade física mais recomendados pelos profissionais de saúde, encontrou que 80% dos profissionais recomendam a caminhada para seus pacientes (OMURA et al., 2021).

Apesar de nenhum estudo encontrado ter explorado o possível efeito moderador do sexo na associação com o aconselhamento e AFTL, entende-se que a associação da caminhada com o sexo masculino pode ser justificada pelo fato das mulheres, mesmo recebendo mais aconselhamento, percebam mais barreiras e mais dificuldades para iniciar a prática e AF (DOAN et al., 2022; GOMES et al., 2019). Por exemplo, as percepções de cansaço, falta de companhia e aversão ao exercício são barreiras mais frequentemente citadas pelas mulheres em vários estudos (SOUZA et al., 2021). Essas percepções podem ser explicadas pela dupla jornada, falta de apoio do companheiro e, conseqüentemente, baixa motivação para as atividades (RECH et al., 2018; SILVA et al., 2020). Tendo em vista que a população atendida nas UBS é

uma população de baixa renda, que geralmente trabalha o dia inteiro e, além disso, as mulheres chegam em casa e precisam realizar atividades domésticas, cumprir com programas familiares, só o aconselhamento pode não ser um instrumento efetivo de forma isolada para aumentar seus níveis de atividade física (DOAN et al., 2022; LOVATO et al., 2015; STONEROCK; BLUMENTHAL, 2017).

Também, os profissionais de saúde, além de aconselhar sobre a atividade física, precisam conversar outros assuntos com os usuários, o que pode diminuir o tempo que o profissional tem para aconselhar, e tornar o aconselhamento superficial (FLORINDO et al., 2013b). O estudo de Tulloch e colaboradores, aponta que com treinamento especializado sobre aconselhamento para AF, e maior tempo disponível para conversar com o paciente, os profissionais de saúde podem fornecer um aconselhamento mais intenso e eficaz (GAGLIARDI et al., 2015a; TULLOCH; FORTIER; HOGG, 2006). Além disso, alguns profissionais sentem-se desconfortáveis em aconselhar a AF para os pacientes, e citam a falta de tempo, de conhecimento e de treinamentos como algumas das barreiras para realizar essa prática (BOCK; DIEHM; SCHNEIDER, 2012; HÉBERT; CAUGHY; SHUVAL, 2012; PATEL et al., 2011; TULLOCH; FORTIER; HOGG, 2006).

Apesar dessas dificuldades, estudos apontam o aconselhamento como uma boa estratégia de aconselhamento para aumentar os níveis de atividade física da população. (BERRA; RIPPE; MANSON, 2015; GAGLIARDI et al., 2015a; ORROW et al., 2012; PATNODE et al., 2017). Com estudos e dados cada vez mais aprofundados em como cada tipo de população responde melhor ao aconselhamento (sexo, nível socioeconômico, nível de escolaridade etc), qual tipo de atividade é mais realizada por essa população, em que estágio de mudança de comportamento cada indivíduo está, torna-se mais fácil para os profissionais de saúde direcionarem esse aconselhamento (MERIWETHER; LEE; LAFLEUR, 2008). Também, sabendo que mulheres relatam mais barreiras para realizar atividade física, mesmo após o aconselhamento, estratégias adicionais são necessárias para alcançar essa população. Por fim, saber a intensidade e tipo de atividade física que mais facilmente pode ser realizada pela população alvo, é um dado extremamente importante, pois isso torna o aconselhamento mais direcionado, levando a um aumento da taxa de adesão à prática de atividade física (BERRA; RIPPE; MANSON, 2015; GAGLIARDI et

al., 2015a; ORROW et al., 2012; WATTANAPISIT; TUANGRATANANON; THANAMEE, 2018).

6. LIMITAÇÕES

Os resultados encontrados no presente estudo precisam ser interpretados considerando algumas limitações. A amostra foi limitada a usuários adultos de UBS da zona urbana de um município de médio porte da região sul do Brasil, que possui uma área rural abrangente (79% do território) com 12 UBS. Assim, os resultados encontrados não podem ser extrapolados para outros contextos. Em 47% das UBS (n=7) não foi possível manter a seleção aleatória dos participantes devido ao número ou disposição dos usuários nas salas de espera, o que pode ter proporcionado algum viés de seleção para a participação na pesquisa de população grupos mais comumente vistos nessas unidades de saúde. Nas UBS selecionadas não há profissionais de educação física em suas equipes de saúde, o que pode, em parte, alterar a prevalência do aconselhamento recebido, bem como a associação entre aconselhamento e AF. Por fim, o desenho transversal limita o estabelecimento de causalidade entre os preditores e o desfecho analisado.

7. CONCLUSÃO

Em conclusão, o sexo apresentou efeito moderador na associação entre aconselhamento e AFL. Para os homens, o aconselhamento recebido pode melhorar a probabilidade de caminhada em algum nível. O profissional mais relatado para realizar o aconselhamento foi o médico, que explicou sobre os benefícios da AF à saúde e perguntou sobre o nível individual de AF.

8. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

É necessário ampliar as ações na Atenção Primária à Saúde nas UBS do Brasil, com a capacitação dos profissionais de saúde em promoção da AF, epidemiologia da AF e/ou saúde pública, com metodologias de implementação do aconselhamento na

rotina do serviço, com protocolos válidos que o tornem possível avaliar a eficácia das ações. Ainda, é importante que os profissionais de saúde conheçam os espaços públicos abertos e as estruturas para a prática de AF próximas às UBS para que possam orientar seus pacientes a realizarem AF nesses locais.

9. DIREÇÃO PARA ESTUDOS FUTUROS

Estudos futuros poderão avaliar a eficácia de diferentes ações de aconselhamento em níveis de AF, para diferentes grupos populacionais, tendo em vista a diferença no estilo de vida dos moradores da zona urbana e rural. Da mesma forma, é importante desenvolver rotinas e protocolos de aconselhamento em AF, que possam ser utilizados por diferentes profissionais de saúde.

10. AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos membros do Grupo de Pesquisa em Meio Ambiente, Atividade Física e Saúde (GPAAFS) pela ajuda na coleta de dados.

11. DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse neste estudo.

12. REFERÊNCIAS

- ABEP. **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2019. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. [s.l: s.n.].**
- AITTASALO, M. et al. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. **Preventive Medicine**, v. 42, n. 1, p. 40–46, jan. 2006.
- BERRA, K.; RIPPE, J.; MANSON, J. E. Making Physical Activity Counseling a Priority in Clinical Practice. **JAMA**, v. 314, n. 24, p. 2617, 22 dez. 2015.
- BOCK, C.; DIEHM, C.; SCHNEIDER, S. Physical activity promotion in primary health care: Results from a German physician survey. **European Journal of General Practice**, v. 18, n. 2, p. 86–91, jun. 2012.
- CARROLL, J. K. et al. A 5A's communication intervention to promote physical activity in underserved populations. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 1, p. 374, 30 dez. 2012.
- CRAIG, C. L. et al. International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 35, n. 8, p. 1381–1395, 2003.
- DOAN, T. et al. Time for Physical Activity: Different, Unequal, Gendered. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 63, n. 1, p. 37–54, 3 mar. 2022.
- DURO, S. M. S. et al. Adult physical activity counseling by health professionals in Brazil: A national urban population survey. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 12, n. 8, p. 1177–1183, 2015a.
- DURO, S. M. S. et al. Adult Physical Activity Counseling by Health Professionals in Brazil: A National Urban Population Survey. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 12, n. 8, p. 1177–1183, ago. 2015b.
- FISHER, A. et al. Recall of physical activity advice was associated with higher levels of physical activity in colorectal cancer patients. **BMJ open**, v. 5, n. 4, p. e006853, 2015.
- FLORES, T. R. et al. Counseling by health professionals and healthy behaviors among the elderly: population-based study in Pelotas, South of Brazil, 2014. **Epidemiologia**

e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, v. 27, n. 1, p. e201720112, 2018.

FLORINDO, A. A. et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: A national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 1–10, 2013a.

FLORINDO, A. A. et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: A national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, 2013b.

FLORINDO, A. A. et al. Physical activity promotion in primary health care in Brazil: A counseling model applied to community health workers. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 11, n. 8, p. 1531–1539, 2014.

GAGLIARDI, A. R. et al. **Factors contributing to the effectiveness of physical activity counselling in primary care: A realist systematic review** *Patient Education and Counseling* Elsevier Ireland Ltd, , 2015a.

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

GERBER, M. et al. The impact of lifestyle Physical Activity Counselling in IN-PATients with major depressive disorders on physical activity, cardiorespiratory fitness, depression, and cardiovascular health risk markers: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 20, n. 1, p. 367, 20 dez. 2019.

GLASGOW, R. E. et al. Physician advice and support for physical activity. Results from a national survey. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 21, n. 3, p. 189–196, 2001a.

GLASGOW, R. E. et al. Physician advice and support for physical activity. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 21, n. 3, p. 189–196, out. 2001b.

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

GOMES, G. A. DE O. et al. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, n. 3, p. 263–270, jul. 2019.

HÄFELE, V.; SIQUEIRA, F. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 6, 1 nov. 2016.

HALLAL, P. C. et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 7, n. SUPPL.2, p. 259–264, 2010a.

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

HÉBERT, E. T.; CAUGHY, M. O.; SHUVAL, K. **Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: A systematic review***British Journal of Sports Medicine*, jul. 2012.

HIRVENSALO, M. et al. Recommendations for and warnings against physical activity given to older people by health care professionals. **Preventive Medicine**, v. 41, n. 1, p. 342–347, 2005.

KALLINGS, L. V. et al. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, v. 18, n. 2, p. 154–161, 6 jun. 2007.

KETTLE, V. E. et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ**, p. e068465, 23 fev. 2022.

LOVATO, N. et al. Assiduidade a programas de atividade física oferecidas por Unidades Básicas de Saúde: o discurso de participantes muito e pouco assíduos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 2, p. 184, 4 set. 2015.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. The logic of sample size determination in epidemiological research Ronir Raggio Luiz 1 , Monica M. F. Magnanini 2. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 9–28, 2000.

MATSUDO S, ARAUJO T, MATSUDO V, ANDRADE D, ANDRADE E, OLIVEIRA LC, ET AL. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5- 18. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>, 2018.

MCKAY, H. G. et al. The Diabetes Network Internet-Based Physical Activity Intervention. **Diabetes Care**, v. 24, n. 8, p. 1328–1334, 1 ago. 2001.

MERIWETHER, R. A.; LEE, J. A.; LAFLEUR, A. S. **Physical Activity Counseling** *Am Fam Physician*. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp>>.

MORAES, S. DE Q. et al. Prevalence of physical activity counseling in Primary Health Care: a systematic review. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, p. 1–12, 2019.

OGILVIE, D. et al. Interventions to promote walking: systematic review. **BMJ**, v. 334, n. 7605, p. 1204, 9 jun. 2007.

OLINTO, M. T. A. Using the concepts of gender and/or sex in epidemiology-an example in the hierarchical approach conceptual framework. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 2, p. 161–169, 1998.

OMURA, J. D. et al. Types of Physical Activity Recommended by Primary Care Providers for Patients at Risk for Cardiovascular Disease. **Preventing Chronic Disease**, v. 18, p. 1–6, 2021.

ORROW, G. et al. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ (Online)**, v. 344, n. 7850, p. 16, 31 mar. 2012.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PATEL, A. et al. General practitioners' views and experiences of counselling for physical activity through the New Zealand Green Prescription program. **BMC family practice**, v. 12, p. 119, 2 nov. 2011.

PATNODE, C. D. et al. **Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults without known cardiovascular disease risk factors: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force** *JAMA - Journal of the American Medical Association* American Medical Association, , 11 jul. 2017.

PETERSON, J. A. Get moving! Physical activity counseling in primary care. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 19, n. 7, p. 349–357, 2007a.

PETERSON, J. A. Get moving! Physical activity counseling in primary care. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 19, n. 7, p. 349–357, jul. 2007b.

RECH, C. R. et al. PERCEIVED BARRIERS TO LEISURE-TIME PHYSICAL ACTIVITY IN THE BRAZILIAN POPULATION. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 24, n. 4, p. 303–309, ago. 2018.

RIBEIRO, E. H. C. et al. Assessment of the effectiveness of physical activity interventions in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, 2017.

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

SHUVAL, K. et al. “Sedentary behaviour counselling”: The next step in lifestyle counselling in primary care; Pilot findings from the Rapid Assessment Disuse Index (RADI) study. **British Journal of Sports Medicine**, v. 48, n. 19, p. 1451–1455, 2014.

SHUVAL, K. et al. Physical activity counseling in primary care: Insights from public health and behavioral economics. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 67, n. 3, p. 233–244, 2017.

SILVA ABREU, M. N.; SIQUEIRA, A. L.; CAIAFFA, W. T. Ordinal logistic regression in epidemiological studies. **Revista de Saude Publica**, v. 43, n. 1, p. 183–194, 2009.

SILVA, C. R. DE M. et al. [Perception of barriers and facilitators for users to participate in physical activity programs]. **Cadernos de saude publica**, v. 36, n. 4, p. e00081019, 2020.

SIQUEIRA, F. V. et al. Counseling for physical activity as a health education strategy. **Cadernos de saude publica**, v. 25, n. 1, p. 203–13, 2009.

SOUZA, A. L. K. DE et al. Barriers to physical activity among adults in primary healthcare units in the National Health System: a cross-sectional study in Brazil. **São Paulo Medical Journal**, 2021.

SOUZA NETO, J. M. DE et al. ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, v. 26, p. e26075, 27 nov. 2020.

STONEROCK, G. L.; BLUMENTHAL, J. A. Role of Counseling to Promote Adherence in Healthy Lifestyle Medicine: Strategies to Improve Exercise Adherence and Enhance Physical Activity. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 59, n. 5, p. 455–462, mar. 2017.

TULLOCH, H.; FORTIER, M.; HOGG, W. Physical activity counseling in primary care: Who has and who should be counseling? **Patient Education and Counseling**, v. 64, n. 1–3, p. 6–20, dez. 2006.

VANDENBROUCKE, J. P. et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. **PLoS Medicine**, v. 4, n. 10, p. 1628–1654, 2007.

VETROVSKY, T. et al. A pedometer-based walking intervention with and without email counseling in general practice: a pilot randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 635, 16 dez. 2018.

VIGITEL BRASIL 2020. No Title. 2020.

WATTANAPISIT, A.; TUANGRATANANON, T.; THANAMEE, S. Physical activity counseling in primary care and family medicine residency training: a systematic review. **BMC Medical Education**, v. 18, n. 1, p. 159, 3 dez. 2018.