

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ

ANDRÉ SNÉGE

**ACONSELHAMENTO PARA A REDUÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO
EM ADULTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CURITIBA

2021

ANDRÉ SNÉGE

**ACONSELHAMENTO PARA A REDUÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO
EM ADULTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Counseling to reduce sedentary behavior in adults in Primary Health Care

Trabalho de Dissertação, apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Física, do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR).

Orientador: Prof. Dr. Rogério César Fermino.

CURITIBA

2021



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licença permite remixe, adaptação e criação a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es) e que licenciem as novas criações sob termos idênticos. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.



Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Câmpus Ponta Grossa



ANDRE SNEGE

**ACONSELHAMENTO PARA A REDUÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO EM
ADULTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de pesquisa de mestrado apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre Em Educação Física da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Área de concentração: Ciências Do Movimento Humano.

Data de aprovação: 31 de Agosto de 2021.

Prof Rogerio Cesar Fermino, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof Cassiano Ricardo Rech, Doutorado - Universidade Federal de Santa Catarina (Ufsc)
Prof Ciro Romelio Rodriguez Anez, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof Fernando Carlos Vinholes Siqueira, Doutorado - Universidade Federal de Pelotas (Ufpel)

Dedico este trabalho aos meus pais, Iberê e Jussara, pelo apoio, confiança e incentivo de todos os dias, estrelas guia que me auxiliaram na conquista desta importante etapa.

À minha esposa Samara, companheira, amiga, parceira de todas as horas, minha inspiração, meu porto seguro.

Aos meus familiares e amigos, que me motivaram e incentivaram a continuar firme e confiante para a finalização deste importante ciclo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pelos valores e virtudes adquiridos, por entender que com humildade, sabedoria e respeito, conseguimos avançar os degraus evolutivos desta condição de existência, melhorando como seres humanos, evoluindo espiritualmente. Cada pessoa tem o seu tempo, é necessário respeitá-lo, no final, o que conta é a qualidade e o comprometimento empregados e o aprendizado agregado, assim, entrego este trabalho com muito orgulho e a consciência em paz!

Gratidão a minha família, em especial, a meus pais, Iberê e Jussara, que sempre me apoiaram, me motivaram e me incentivaram a lutar pelos meus objetivos e acreditar no meu potencial, vocês são estrelas guia em minha vida, minha eterna gratidão e amor a vocês! Dedico este trabalho também a minha querida avó Leony, que dedicou sua vida para educar seus netos com muito amor, atenção, com valores e virtudes, as quais foram fundamentais para eu dar sequência em minha trajetória acadêmica e deixar um legado relevante para a sociedade.

Agradeço minha esposa amada Samara, companheira, amiga, dedicada, pelo suporte, entendimento, parceria e apoio durante todo esse processo desafiante, mas necessário para o aprimoramento técnico e humano. Agradeço a todos da minha família que de alguma forma, seja por pensamentos positivos, mensagens, ou por outros meios, alimentaram meu ser com fé e esperança, me motivando a seguir em frente confiante, de cabeça erguida, para concluir esta importante etapa em minha vida. Minha eterna gratidão a vocês!

Aos meus amigos, gratidão por compreenderem as renúncias necessárias neste período, amizade verdadeira é de coração, sobrevive a qualquer desafio. Obrigado pelas palavras de incentivo, bons pensamentos e entendimento!

Aos amigos de mestrado e de projeto: Rafael Mello, Bruno Giglio, Letícia Pechnicki, Eduardo Funez. Agradeço especialmente a cada um de vocês pelos ensinamentos, parceria, apoio e suporte tão importantes neste período exigente! Ao amigo e companheiro de mestrado Rafael Luciano de Mello, minha eterna gratidão, sempre solícito, humilde, disposto a ajudar, pessoa fundamental neste processo, seus ensinamentos me auxiliaram a evoluir tecnicamente e a enxergar o mundo com profundidade e inteligência, uma honra tê-lo como amigo e parceiro!

A Secretaria Municipal de Esporte, Lazer e Juventude de Curitiba, gratidão por acreditarem no meu trabalho, na minha pessoa e pelo suporte que me auxiliou a

concluir esta importante etapa em minha vida. O conhecimento adquirido será direcionado para colaborar e agregar na construção de projetos, programas e de políticas públicas de nossa secretaria!

Ao meu orientador e amigo Prof. Dr. Rogério César Fermino, gratidão pela confiança, conhecimento compartilhado, pelas orientações, exigência e rigor técnico, premissas importantes que contribuíram para minha formação e para entregar este documento em alta qualidade.

Aos professores líderes e aos amigos membros do grupo de Pesquisa em Ambiente Atividade Física e Saúde - GPAAFS da UTFPR, obrigado pelo conhecimento compartilhado, pelo apoio, suporte e incentivo durante esse período.

Aos membros da banca, titulares e suplentes, as contribuições de vocês foram fundamentais para a melhora técnica deste trabalho, gratidão de coração.

À Prefeitura de São José dos Pinhais-PR, à Secretaria Municipal de Saúde, à Secretaria Municipal de Esporte e Lazer e à Alice, gratidão por colaborarem para que este estudo fosse realizado.

Por fim, deixo uma singela reflexão: “Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina” (Cora Coralina).

Se você quer transformar o mundo,
experimente primeiro promover o seu
aperfeiçoamento pessoal e realizar
inovações no seu próprio interior.
(Dalai Lama, 1935).

RESUMO

O aconselhamento para a redução do comportamento sedentário tem se mostrado uma estratégia promissora a qual deve fazer parte de ações de promoção de saúde. No entanto, não existem estudos na América Latina que avaliaram a prevalência desta prática na Atenção Primária à Saúde. Portanto, o objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário e analisar os fatores associados em adultos usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais, Paraná. Estudo analítico, quantitativo, observacional, transversal, realizado em 2019, com amostra representativa de 779 adultos (70% mulheres), atendidos em 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), situadas na área urbana da cidade. Os participantes foram entrevistados face-a-face e o aconselhamento foi identificado entre aqueles que reportaram ter recebido algum aconselhamento para a redução do comportamento sedentário nos últimos 12 meses. Foram analisadas variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, estado civil, cor da pele, escolaridade, nível socioeconômico), de saúde (estado nutricional, diagnóstico de doenças crônicas e consumo de medicamentos), o acesso à serviços de saúde (número de visitas à unidade no último ano) e os comportamentos de risco à saúde (tabagismo, atividade física insuficiente e excessivo comportamento sedentário). Os dados foram analisados com a regressão de *Poisson* multivariável no SPSS 26.0 e o nível de significância foi mantido em 5%. A prevalência de aconselhamento foi de 12,2% (IC95%:10,0-14,0). As variáveis sociodemográficas sexo (“feminino”: RP: 1,78; IC95%: 1,11-2,85; p=0,015) e a faixa etária (“≥ 60 anos”: RP: 1,77; IC95%: 1,04-3,02; p=0,035), apresentaram associação positiva com o aconselhamento. A probabilidade de receber aconselhamento para a redução do comportamento sedentário também foi maior entre os obesos (RP: 2,72; IC95%: 1,38-5,36; p=0,004), aqueles que consomem 1 a 3 medicamentos de uso contínuo (RP: 1,91; IC95%: 1,02-3,58; p=0,042), e aqueles que permanecem um tempo igual ou superior a 1,8 horas por dia sentado (p<0,05). A maior magnitude de associação foi encontrada entre aqueles que permanecem pelo menos 6,2 horas por dia sentado (RP: 3,83; IC95%: 2,09-7,03; p<0,001). Conclui-se que um em cada 10 adultos recebem aconselhamento para a redução do comportamento sedentário e os grupos populacionais com maior exposição ao aconselhamento foram as mulheres, os idosos, obesos, os que fazem uso de um a três medicamentos diariamente e aqueles que permanecem prolongado período do dia em comportamento sedentário. Esta abordagem e resultados podem auxiliar os gestores e profissionais das equipes das Unidades Básicas de Saúde a implementar e direcionar ações específicas de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário junto a grupos populacionais mais expostos ao baixo aconselhamento, como os homens, os adultos jovens, aqueles com peso normal, os que não consomem medicamentos de uso contínuo e os mais fisicamente ativos.

Palavras-chave: Aconselhamento Diretivo. Comportamento Sedentário. Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Estudos Epidemiológicos.

ABSTRACT

Counseling to reduce sedentary behavior has been shown to be a promising strategy that should be part of health promotion actions. However, there are no studies in Latin America that evaluated the prevalence of this practice in Primary Health Care. Therefore, the aim of this study was to investigate the prevalence of counseling to reduce sedentary behavior and to analyze the associated factors in adult users of Basic Units of Health of São José dos Pinhais, Paraná. Analytical, quantitative, observational, cross-sectional study, carried out in 2019, with a representative sample of 779 adults (70% women), assisted in 15 Basic Health Units (UBS), located in the urban area of the city. Participants were interviewed face-to-face and counseling was identified among those who reported receiving some counseling to reduce sedentary behavior in the past 12 months. Sociodemographic variables were analyzed (gender, age group, marital status, skin color, education, socioeconomic level), health (nutritional status, diagnosis of chronic diseases and drug consumption), access to health services (number of visits to unit in the last year) and health risk behaviors (smoking, insufficient physical activity and excessive sedentary behavior. Data were analyzed with multivariate Poisson regression in SPSS 26.0 and the significance level was maintained at 5%. The prevalence of counseling was 12.2% (95%CI: 10.0-14.0). The sociodemographic variables are gender ("female": PR: 1.78; 95%CI: 1.11-2.85; $p=0.015$) and age group (" ≥ 60 years old": PR: 1.77; 95%CI: 1.04-3.02; $p=0.035$) showed a positive association with counseling. The probability of receiving counseling to reduce sedentary behavior was also higher among the obese (PR: 2.72; 95%CI: 1.38-5.36; $p=0.004$), those who consume 1 to 3 continuous-use medications (PR: 1.91; 95%CI: 1.02-3.58; $p=0.042$), and those who sit for a time equal to or greater than 1.8 hours per day sitting ($p<0.05$). The greatest magnitude of association was found among those who sit for at least 6.2 hours a day in the sitting position (PR: 3.83; 95%CI: 2.09-7.03; $p<0.001$). It is concluded that one in 10 adults receive counseling to reduce sedentary behavior and the population groups with greater exposure to counseling were women, the elderly, obese, those who use one to three medications daily and those who remain prolonged time of day in sedentary behavior. This approach and results can help managers and professionals of the Basic Health Units teams to implement and direct specific counseling actions to reduce sedentary behavior among population groups more exposed to low counseling, such as men, young adults, those with normal weight, those who do not consume continuous medications and the most physically active.

Keywords: Directive Counseling. Sedentary Behavior. Primary Health Care. Public Health. Epidemiologic Studies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo conceitual analítico da dissertação.....	22
Figura 2 - Modelo conceitual da avaliação da efetividade das ações e atividades do Programa Cidade Ativa Cidade Saudável”	113
Figura 3 - Localização de São José dos Pinhais em relação ao Paraná e o Brasil.....	114
Figura 4 - Município de São José dos Pinhais, Paraná.....	115
Figura 5 - Distribuição das UBS da área urbana de São José dos Pinhais, Paraná (n=15).....	117
Figura 6 - Etapas de realização da coleta e controle de qualidade dos dados Unidades Básicas de Saúde da área urbana de São José dos Pinhais, Paraná.....	127
Figura 7 - Prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779).....	142
Figura 8 - Prevalência do conteúdo de aconselhamento recebido de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019....	143

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Definição conceitual dos principais termos da dissertação	23
Tabela 2 - Sintaxes inseridas nas bases de dados e resultados da busca de estudos, 2021	103
Tabela 3 - Indicadores sociodemográficos e de saúde de São José dos Pinhais, Paraná, Curitiba, Paraná e Brasil	115
Tabela 4 - Tipo e número de estabelecimentos de saúde em São José dos Pinhais, Paraná, 2017	116
Tabela 5. Características das Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais, Paraná.....	118
Tabela 6 - Número de atendimentos realizados em janeiro e fevereiro de 2019 nas Unidades Básicas de Saúde da Área Urbana de São José dos Pinhais, Paraná ...	122
Tabela 7 - Variáveis de estudo, instrumentos utilizados e respectivos blocos do questionário.....	129
Tabela 8 - Medidas de validade, reprodutibilidade, sensibilidade e especificidade de indicadores de saúde (hipertensão, diabetes, dislipidemia e doença arterial coronariana) presentes em sistemas de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas brasileiros, obtidos a partir de medidas autoreportadas da população.....	132
Tabela 9 - Características descritivas de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779).....	137
Tabela 10 - Descrição das visitas às Unidades Básicas de Saúde nos últimos 12 meses. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779).....	139
Tabela 11 - Descrição do nível de atividade física de lazer de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)	140
Tabela 12 - Prevalência de comportamentos sedentários em adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde (≥ 1 min/dia). São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)	140
Tabela 13 - Percentual de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde que reportaram o comportamento (≥ 4 hrs/dia). São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779).....	141
Tabela 14 - Descrição do nível de comportamento sedentário de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)	141
Tabela 15 - Prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário de.....	142
Tabela 16 - Fatores associados ao aconselhamento para a redução do comportamento sedentário recebido por adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)	145

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agentes de Combate às Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AF	Atividade Física
AFM	Atividade Física Moderada
AFV	Atividade Física Vigorosa
AFMV	Atividade Física Moderada a Vigorosa
APS	Atenção Primária à Saúde
ATNE	Atividades não Relacionadas ao Exercício
χ^2	Teste Qui - Quadrado
CACS	Cidade Ativa, Cidade Saudável
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
CASAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CCC	<i>Concordance correlation coefficient</i>
CCM	Chronic Care Model
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DC	Doenças Crônicas
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
EMC	Estágios de Mudança de Comportamento
ESB	Equipes de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS AB	Estratégia do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Básica

FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GLUT 4	Glucose Transporter type 4
GPAAFS	Grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde
GPAQ	Questionário Global de Atividade Física
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i>
ID	Código Numérico de Identificação
IMC	Índice de Massa Corporal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPAQ	<i>Physical Activity Questionnaire</i>
LPL	Lipoproteína Lipase
METs	Equivalentes Metabólicos
MTT	Modelo transteorético
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NSE	Nível socioeconômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Programa de Atenção Básica
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
PSF	Programa Saúde da Família
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento
SAPS	Secretaria da Atenção Primária à Saúde
SBQ	<i>Sedentary Behavior Questionnaire</i>
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SEME	Secretaria Municipal de Educação

SEMEL	Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
SEMS	Secretaria Municipal de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIPD	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SJP	São José dos Pinhais Paraná
SMS	<i>Short Message Service</i>
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TASST	Taxonomia das Ferramentas de Comportamento Sedentário Autorreferidas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TST	Tempo Sentado Total
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UOM	Unidades Odontológicas Móveis
USF	Unidades de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UTFPR	Universidade Tecnológica Federal do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	17
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	21
1.3 OBJETIVO GERAL	21
1.3.1 Objetivos Específicos	21
1.4 DEFINIÇÕES DE TERMOS	23
1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	25
2 REVISÃO DA LITERATURA	26
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	26
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	31
2.3 ACONSELHAMENTO EM SAÚDE	40
2.4 COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO: UM PANORAMA GERAL	54
2.5 PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	66
2.6 RISCOS DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	74
2.7 DETERMINANTES DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	78
2.8 MEDIDAS DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	85
2.9 ACONSELHAMENTO PARA A REDUÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	94
3 MÉTODOS	110
3.1 TIPO E DELINEAMENTO DE PESQUISA	110
3.1.1 Descrição e Objetivos do Programa Cidade Ativa Cidade Saudável	110
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	113
3.3 POPULAÇÃO	121
3.4 TAMANHO DA AMOSTRA	121
3.5 SELEÇÃO DA AMOSTRA	123
3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	123
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	123
4 COLETA DE DADOS	125
4.1 CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS	125
4.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	128
4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO	130
4.3.1 Aconselhamento para a redução do comportamento sedentário	130
4.3.2 Variáveis preditoras	130
4.3.2.1 Características sociodemográficas	130
4.3.2.2 Condições de saúde	131
4.3.2.3 Acesso à serviços de saúde	133
4.3.2.4 Comportamentos de risco à saúde	133
4.3.2.4.1 Tabagismo	133
4.3.2.4.2 Atividade física no domínio de lazer	133

4.3.2.4.3 Comportamento sedentário	134
5 ANÁLISE DE DADOS	136
6 RESULTADOS	137
6.1 CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DOS PARTICIPANTES	137
6.2 NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	139
6.3 ACONSELHAMENTO PARA A REDUÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	142
6.4 FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO PARA A REDUÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	143
7 DISCUSSÃO	149
8 CONCLUSÃO	160
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	197
APÊNDICE B - Carta de apresentação	198
APÊNDICE C - Formulário de abordagem	199
APÊNDICE D - Questionário	200
APÊNDICE E - Manual de instruções	213
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	251

1 INTRODUÇÃO

A introdução deste trabalho foi elaborada em sete parágrafos. O primeiro contextualiza sobre a prevalência do comportamento sedentário no mundo, na América Latina e no Brasil, destaca quais são os grupos populacionais mais acometidos pelo comportamento sedentário, aborda sobre os malefícios causados à saúde e os custos econômicos do comportamento sedentário. O segundo e terceiro parágrafos apresentam a efetividade de intervenções com aconselhamento na redução do comportamento sedentário, conceituam e abordam a relevância dessa ação no contexto da Atenção Primária à Saúde. O quarto parágrafo caracteriza a Atenção Primária à Saúde no Brasil e seus usuários. O quinto parágrafo aborda sobre a importância dos profissionais de saúde ampliarem as ações de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário nas práticas de promoção de saúde. O sexto parágrafo aborda o estado da arte sobre a prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário e os fatores associados, numa esfera global e traz a lacuna do conhecimento, apontando a não existência de estudos na América Latina que avaliaram a prevalência dessa ação na Atenção Primária à Saúde. No último parágrafo é abordada a justificativa acadêmica deste trabalho bem como as suas implicações práticas. Estas informações estão descritas a seguir:

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Nas últimas décadas, fatores intrapessoais, sociais e ambientais, além do avanço tecnológico contribuíram para a elevação do tempo dispendido em comportamento sedentário, assistindo televisão, jogando *vídeo game*, usando computador, *smartphone*, *tablet* e/ou em veículos automotores. Este comportamento é multifacetário e complexo, podendo ser acumulado em vários domínios, como ambiente doméstico, ocupacional, tempo de lazer e transporte (OWEN *et al.*, 2011; PRINCE *et al.*, 2017b). Estimativas globais apontam que os adultos permanecem entre 6-8 horas por dia em comportamento sedentário (BAUMAN *et al.*, 2011; FERRARI *et al.*, 2019); com maior prevalência da população de países de renda elevada (MCLAUGHLIN *et al.*, 2020). No Brasil, estima-se que o comportamento sedentário de adultos seja de sete horas por dia (FERRARI *et al.*, 2019), mais comum

em homens, adultos jovens, maior escolaridade e nível socioeconômico e, insuficientemente ativos (BAUMAN *et al.*, 2011; MIELKE *et al.*, 2014; FERRARI *et al.*, 2019). Estas evidências são preocupantes, uma vez que o prolongado tempo em comportamento sedentário está associado a maior incidência de doenças cardiovasculares, câncer e mortalidade, impactando economicamente os sistemas de saúde pública, devido às hospitalizações e atendimentos médicos (HERON *et al.*, 2019; STAMATAKIS *et al.*, 2019; DEMPSEY *et al.*, 2020; EKELUND *et al.*, 2020).

Dessa maneira, ações de prevenção, gerenciamento e redução do tempo em comportamento sedentário, bem como suas consequências associadas à saúde, têm sido recomendadas globalmente (ISPAH, 2020; WHO, 2020b). Assim, diferentes estratégias foram implementadas para reduzir o comportamento sedentário; e as intervenções ambientais, comportamentais e multicomponentes são efetivas e podem reduzir significativamente o tempo sentado diário entre 24-60 minutos (MARTIN *et al.*, 2015; SHRESTHA *et al.*, 2019; BLACKBURN *et al.*, 2020; PEACHEY *et al.*, 2020). Dentre estas intervenções, o aconselhamento realizado por profissionais de saúde é uma estratégia promissora a qual pode reduzir em 16-53 minutos por dia o comportamento sedentário (AADAHN *et al.*, 2014; CHIANG *et al.*, 2019; ISPAH, 2020), o que pode proporcionar benefícios à saúde a longo prazo (CARR *et al.*, 2013; CHIANG *et al.*, 2019; PEACHEY *et al.*, 2020).

O aconselhamento é uma ação educativa para o empoderamento das pessoas para que autogerenciem o seu estilo de vida para hábitos mais saudáveis (GAGLIARDI *et al.*, 2015). Os mecanismos pelos quais esta ação pode mudar o comportamento, como a atividade física e o comportamento sedentário, envolvem o autocuidado apoiado de profissionais de saúde (escuta, compreensão, suporte), avaliação da condição de saúde, pactuação de metas, elaboração de planos de cuidado individualizado e monitoramento contínuo para o empoderamento das pessoas para que elas planejem e incorporem comportamentos saudáveis (GAGLIARDI *et al.*, 2015). Neste sentido, sugere-se que profissionais de saúde forneçam aconselhamento o mais breve possível para orientar seus pacientes para oportunidades de atividade física na comunidade, o que inclui a orientação para a redução do comportamento sedentário, como estratégia promissora para prevenir, tratar ou gerenciar doenças crônicas (CHIANG *et al.*, 2019; ISPAH, 2020; KRIST *et al.*, 2020). Ademais, estas intervenções são mais eficazes quando são usadas abordagens comportamentais e cognitivas para facilitar a adesão e a manutenção de

comportamentos saudáveis, como a prática regular de atividades físicas e a redução do tempo diário sentado (GLASGOW; EMONT; MILLER, 2006; MERIWETHER *et al.*, 2008; ISPAH, 2020).

Nesse contexto, no Brasil, com a implementação da Política de Atenção Básica, diversas ações assistenciais, preventivas, de promoção e educação em saúde têm sido conduzidas no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais são a porta de entrada dos usuários para o SUS (IBGE, 2020c; SIQUEIRA *et al.*, 2008; PAIM *et al.*, 2011; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Estima-se que 70% da população brasileira seja regularmente atendida por serviços de saúde pública, 47% utilizam as UBS, e 76% dos adultos (\approx 160 milhões) consultaram o médico nos últimos 12 meses (IBGE, 2020c). A finalidade das UBS é atender e resolver até 80% dos problemas de saúde da população através dos atendimentos dos profissionais de saúde, sem a necessidade de encaminhamento para hospitais (IBGE, 2020c). O Brasil possui aproximadamente 42.000 UBS e 44.000 equipes multiprofissionais de Saúde da Família (eSF), dessa maneira, centros de saúde poderiam ser locais adequados para o aconselhamento para o comportamento sedentário, uma vez que a população apresenta elevada confiança nas orientações recebidas dos profissionais de saúde (KREUTER; CHHEDA; BULL, 2000; SHUVAL *et al.*, 2014a; GAGLIARDI *et al.*, 2015; IBGE, 2020c).

Apesar do comportamento sedentário ser um importante fator de risco à saúde consistentemente evidenciado pela literatura (THORP *et al.*, 2011; BISWAS *et al.*, 2015; PATTERSON *et al.*, 2018) e de diretrizes nacionais e globais de saúde recomendarem o seu controle para todas as faixas etárias (USDHHS, 2018; ISPAH, 2020; ROSS *et al.*, 2020; WHO, 2020b) as práticas clínicas com ações de aconselhamento têm sido conduzidas na sua maioria para à promoção da atividade física, com menor ênfase na redução do comportamento sedentário. Neste sentido, além de aconselhar os pacientes para a redução do tempo diário em que permanecem sentados, os profissionais de saúde, incluindo os médicos, devem refletir sobre sua importância nas políticas de saúde pública, como ferramenta promissora de enfrentamento e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (AAD AHL *et al.*, 2014; CHIANG *et al.*, 2019; PARK *et al.*, 2020).

A prevalência de aconselhamento para a atividade física recebida por adultos na Atenção Primária é de 37% (MORAES *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2021). De acordo com a revisão da literatura, apenas um estudo explorou a prevalência de

aconselhamento para o comportamento sedentário. SHUVAL *et al.* (2014a), avaliaram 157 pacientes de uma clínica universitária de Atenção Primária à Saúde (Dallas, Texas, Estados Unidos) e encontraram que 10% dos participantes receberam aconselhamento e orientações dos médicos para a redução do comportamento sedentário. Foram analisados possíveis preditores do aconselhamento (sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional (IMC), hipertensão arterial, diabetes tipo II, dislipidemia, tabagismo, atividade física moderada a vigorosa e comportamento sedentário). Dentre os fatores investigados como associados ao uso do aconselhamento para a diminuição do CS, apenas a obesidade foi significativa (OR: 7,0; IC95%: 1,4-35,2) (SHUVAL *et al.*, 2014a). No entanto, o contexto específico deste estudo pode não representar a realidade sociocultural dos países da América Latina.

Desse modo é imprescindível ampliar o conhecimento baseado em estudos com adequada validade interna com amostra representativa de adultos na Atenção Primária à Saúde para identificar os indivíduos mais expostos ao aconselhamento sobre comportamento sedentário e se estes grupos são de fato os que necessitam mais desta forma de intervenção.

Como implicações práticas, essa abordagem e os resultados, poderão subsidiar os profissionais de saúde do município de São José dos Pinhais, Paraná, para a implementação e o direcionamento de ações específicas para reduzir o comportamento sedentário em grupos populacionais com maior exposição ao tempo sentado. Por exemplo, os profissionais de saúde das UBS podem aconselhar os usuários dos serviços de saúde a reduzirem o tempo diário em que eles permanecem sentados ou deitados assistindo à televisão, ou usando o computador, *smartphone*, *tablet* ou *vídeo game* como estratégia de enfrentamento, gerenciamento e controle de doenças crônicas não transmissíveis. Como exemplo, as pessoas podem ser orientadas a cada uma hora sentada ou deitada no período de vigília, a movimentarem-se por pelo menos cinco minutos, mudando de posição e ficando em pé, deslocando-se de um lugar para outro ou alongando-se, contribuindo dessa maneira para a melhora da saúde e da qualidade de vida dessa população (ISPAH, 2020; KRIST *et al.*, 2020; OMS, 2020; BRASIL, 2021b).

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

De que maneira o aconselhamento para a redução do comportamento sedentário associa-se com características sociodemográficas, doenças crônicas e o comportamento de risco à saúde de adultos usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais, Paraná?

1.3 OBJETIVO GERAL

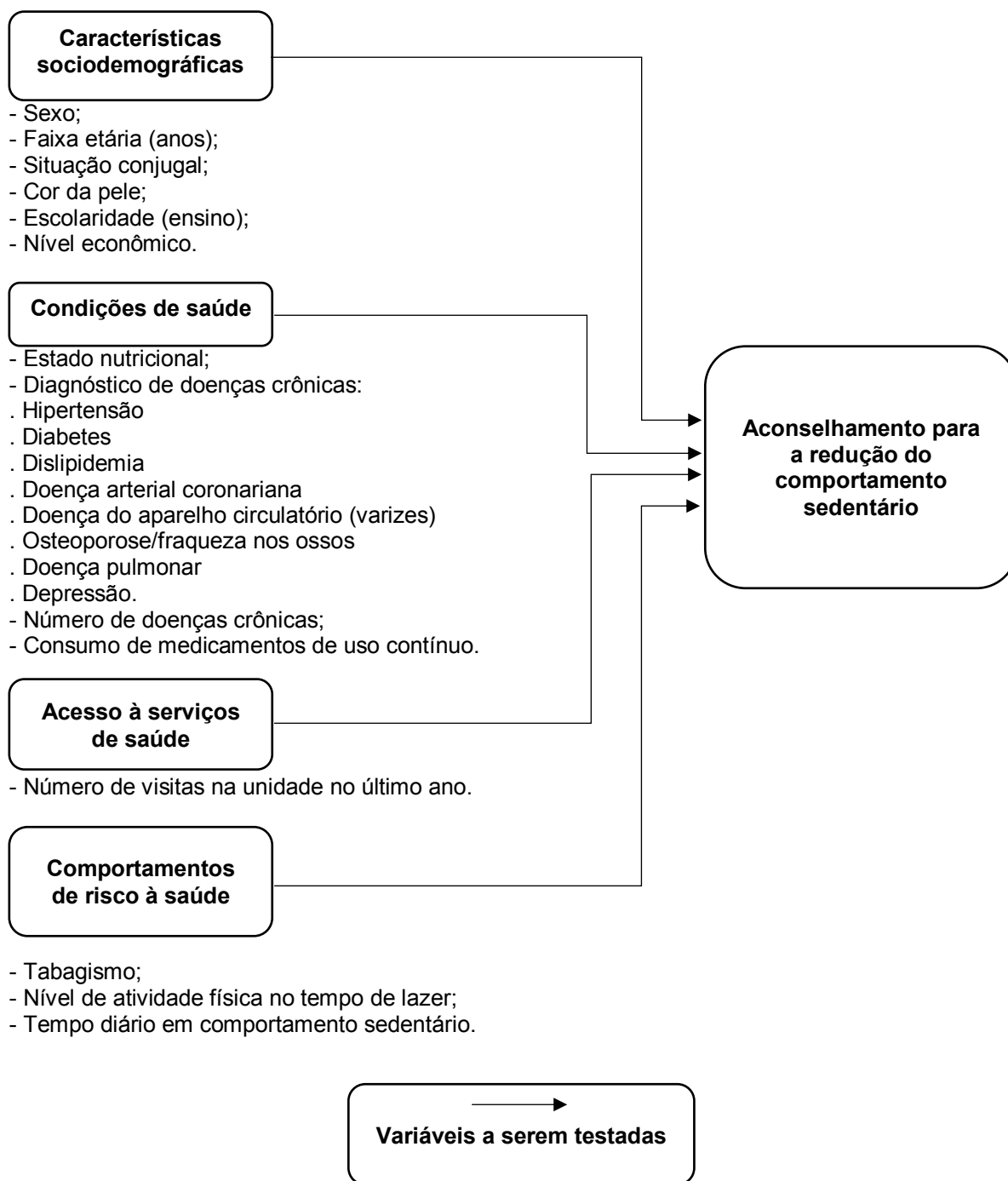
Investigar a prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário e analisar os fatores associados em adultos usuários de Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais, Paraná.

1.3.1 Objetivos Específicos

- 1) Caracterizar os adultos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de acordo com fatores sociodemográficos, condições de saúde, doenças crônicas, acesso à serviços de saúde e comportamentos de risco à saúde;
- 2) Investigar o nível de atividade física e de comportamento sedentário dos adultos;
- 3) Descrever o aconselhamento para a redução do comportamento sedentário recebido de profissionais de saúde.

O modelo conceitual para a melhor compreensão dos objetivos da dissertação, pode ser visualizado na (Figura 1). Foram analisadas as possíveis associações entre as características sociodemográficas, condições de saúde, comportamentos de risco à saúde, com o aconselhamento para a redução do comportamento sedentário, recebido de profissionais de saúde, que atuam na Atenção Primária à Saúde de São José dos Pinhais, Paraná.

Figura 1 - Modelo conceitual analítico da dissertação



Fonte: Autoria própria (2021)

1.4 DEFINIÇÕES DE TERMOS

A (Tabela 1) apresenta a definição conceitual dos termos chave desta Dissertação:

Tabela 1- Definição conceitual dos principais termos da dissertação

(continua)

Termo	Definição conceitual
Comportamento sedentário	Atividades que não aumentam substancialmente o gasto energético e que podem ser caracterizadas por atividades como assistir televisão, utilização de computador, <i>video game</i> , <i>smartphone</i> , <i>tablet</i> , tempo sentado no trabalho, estudo ou no deslocamento (PATE; O'NEILL; LOBELO, 2008; BAUMAN <i>et al.</i> , 2011; GIBBS <i>et al.</i> , 2015).
MET (<i>metabolic equivalent of task</i>)	Um MET representa o gasto energético de uma pessoa em repouso absoluto (é uma medida de intensidade de esforço). A classificação de intensidade das atividades físicas refere-se à quantidade equivalente em METs para cada tipo de atividade (AINSWORTH <i>et al.</i> , 2011).
Tempo sedentário	Tempo despendido em minutos ou horas por dia em comportamentos sedentários em qualquer contexto (por exemplo, em casa, na escola/universidade/curso, no trabalho ou no deslocamento) (SBRN, 2021a).
Período sedentário	Um período ininterrupto em comportamento sedentário (SBRN, 2021a).
Interrupções sedentárias (pausas, <i>breaks</i>)	Um período não sedentário entre dois períodos em comportamento sedentário (SBRN, 2021a).
Posição em pé	Posição em que o indivíduo permanece na posição vertical, apoiado nos pés (SBRN, 2021a).
Tempo de tela	Tempo despendido utilizando dispositivos eletrônicos em tela, por exemplo (computador, <i>video game</i> , <i>smartphone</i> , <i>tablet</i>). Pode ser subdividido em categorias de acordo com o contexto em que acontece e o tipo de comportamento realizado. Tempo de tela recreacional: tempo despendido em comportamentos de tela que não estão relacionados à escola ou trabalho. Tempo de tela sedentário: tempo despendido em comportamento sedentário utilizando dispositivo em tela em qualquer contexto. Tempo de tela ativo: tempo despendido em comportamentos de tela, realizando atividades do dia a dia, atividades físicas, parado em pé, em qualquer contexto (SBRN, 2021a).
Tempo sedentário não baseado na tela	Tempo despendido em comportamentos sedentários que não envolvem o uso de dispositivos de tela. Tempo recreacional sem o uso de dispositivos de tela: tempo despendido em comportamentos sedentários não utilizando dispositivos em tela e que não estão relacionados à escola ou trabalho (SBRN, 2021a).
Padrão de comportamento sedentário	A maneira pela qual o comportamento sedentário é acumulado ao longo do dia ou da semana durante o período de vigília (por exemplo, o momento, a duração e a frequência dos comportamentos sedentários e das pausas sedentárias). Indivíduo prolongador: aquele que acumula tempo em comportamento sedentário em períodos prolongados e contínuos. Breaker: indivíduo que acumula tempo em comportamento sedentário com interrupções frequentes e em intervalos curtos (SBRN, 2021a).

Tabela 2– Definição conceitual dos principais termos da dissertação

Termo	Definição conceitual	(conclusão)
Sentado	Posição em que o peso corpóreo é sustentado pela tuberosidade isquiática, pelos tecidos moles da região glútea e da coxa. O peso corpóreo também é transferido para o solo por meio dos pés, e as costas permanecem eretas (PYNT; HIGGS; MACKEY, 2001; SBRN, 2021a).	
Reclinado	Posição corporal entre sentar e deitar (SBRN, 2021a).	
Deitado	Posição corporal estendido horizontalmente (SBRN, 2021a)	
Atividade física	Qualquer movimento corporal realizado pelos músculos esqueléticos com gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).	
Atividade física leve	São aquelas que precisam de baixo esforço físico (AINSWORTH <i>et al.</i> , 2011; TREMBLAY <i>et al.</i> , 2017).	
Atividade física moderada	São aquelas que precisam de algum esforço físico (AINSWORTH <i>et al.</i> , 2011; TREMBLAY <i>et al.</i> , 2017).	
Atividade física vigorosa	São aquelas que precisam de um grande esforço físico (AINSWORTH <i>et al.</i> , 2011; TREMBLAY <i>et al.</i> , 2017)	
Atividade física no tempo de lazer	Atividade física realizada no tempo livre, por meio de atividades esportivas ou exercício físico programado (PRATT <i>et al.</i> , 2004; BAUMAN <i>et al.</i> , 2012).	
Inatividade física	Ato de não praticar atividades físicas, além daquela necessária para os movimentos básicos, sendo o indivíduo conceituado como inativo (GIROIR, 2018).	
Insuficientemente ativo	Prática de atividade física semanal em menores quantidades do que as recomendadas (GIROIR, 2018; WHO, 2020b).	
Indivíduos fisicamente ativos	Aqueles que cumprem as recomendações propostas de atividade física (150 a 300 minutos por semana) (GIROIR, 2018; WHO, 2020b).	
Indivíduos altamente ativos	Aqueles que realizam ≥ 300 minutos de atividades físicas por semana (GIROIR, 2018; WHO, 2020b).	
Exercício físico	Atividade física planejada, estruturada, repetida e com o objetivo de manter ou melhorar um ou mais componentes da aptidão física (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).	
Educação em saúde	Caracteriza-se por atividades que se desenvolvem mediante situações formais de ensino-aprendizagem, funcionando como agregadas aos espaços das práticas de saúde (NUTBEAM, 2000).	
Aconselhamento para a redução do comportamento sedentário	Caracteriza-se como uma ação educativa para o empoderamento das pessoas para que autogerenciem o seu estilo de vida para hábitos mais saudáveis (GAGLIARDI <i>et al.</i> , 2015).	

Fonte: Autoria própria (2021)

1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo, está delimitado a adultos (≥ 18 anos), usuários de Unidades Básicas de Saúde da área urbana da cidade de São José dos Pinhais - PR.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura desta dissertação foi elaborada em nove tópicos. O primeiro e segundo tópicos, apresentam uma contextualização geral sobre o Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária à Saúde no Brasil, com ênfase nas características individuais dos usuários destes serviços. O terceiro faz uma abordagem específica sobre o aconselhamento em saúde, perpassando pelo aconselhamento para a redução do comportamento sedentário. O quarto faz uma abordagem holística do comportamento sedentário, perpassando pelos domínios e indicadores utilizados para caracterizar este comportamento. O quinto apresenta a prevalência de comportamento sedentário no mundo, na América Latina e no Brasil. O sexto aborda sobre os malefícios e custos do comportamento sedentário no mundo. O sétimo faz uma abordagem sobre os determinantes do comportamento sedentário. O oitavo apresenta os métodos de avaliação do comportamento sedentário. Por fim, no último tópico, são apresentadas informações acerca de estudos que analisaram efeitos de intervenções para a redução do comportamento sedentário com diferentes estratégias de abordagens (comportamental, ambiental, multicomponente), especificamente em adultos. Adicionalmente, apresenta informações sobre prevalência e fatores associados ao comportamento sedentário recebido por adultos na Atenção Primária à Saúde. Estes estudos foram obtidos a partir de um levantamento realizado por meio de uma revisão sistematizada.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no artigo XXV, reconheceu a saúde como direito inalienável de toda e qualquer pessoa e como valor social a ser perseguido por toda a humanidade. Define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas (ONU, 1948).

A conferência internacional de Alma Ata, no final dos anos 1970, influenciada pelo cenário político econômico dos países e pelos custos do setor saúde, incorporou elementos dessas experiências, propondo os cuidados primários em saúde como

elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social. Uma importante formulação concebeu a Atenção Primária à Saúde a partir da ideia de atributos, destacando-se: o primeiro contato, a abordagem integral, a continuidade e longitudinalidade, a coordenação, a abordagem familiar e comunitária, referindo-se ao grau de busca da Atenção Primária à Saúde pelas pessoas, ao grau de vinculação e relacionamento entre Atenção Primária à Saúde e pessoas sob seus cuidados, à capacidade resolutiva e ao poder para coordenar casos e fluxos assistenciais (MELO *et al.*, 2018).

Diferentes países do mundo têm Atenção Primária à Saúde no seu sistema de saúde. O ideário de Alma Ata é frequentemente destacado como marco fundamental para a Atenção Primária à Saúde, com traduções e incorporações heterogêneas nos países, ora como Atenção Primária à Saúde seletiva, ora como Atenção Primária à Saúde ampliada, com forte influência de organismos internacionais (MELO *et al.*, 2018).

No contexto brasileiro, anteriormente à CF-88, o sistema público de saúde, prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, o que contabilizava aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas (BRASIL, 2018c). No entanto, preocupados com a defesa da democracia, com a necessidade de reformulações no sistema de saúde do país, devido a sua precariedade na assistência e organização, os trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, começaram a se mobilizar politicamente, por meio de discussões e debates, conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nascido no final da década de 1.970, em oposição ao autoritarismo do regime militar e das práticas de saúde (PAIM, 2018).

Este processo teve como marco institucional a oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, entre os dias 17 e 21 de março de 1986, onde foram abordados três temas: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. A participação na conferência, foi autorizada também às organizações da sociedade civil e a outros cidadãos, que puderam participar como observadores. O relatório final da oitava Conferência, apontou a necessidade da reforma administrativa e financeira, da ampliação do conceito de saúde, bem como, de uma revisão da legislação (PAIM, 2018; BRASIL, 2019).

Para que as resoluções da 8ª Conferência pudessem se estruturar melhor e chegar a nova constituição, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que funcionou de 1986 a 1987. A 8ª Conferência, foi responsável por dar o suporte político e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, deu o suporte técnico, por meio da elaboração e envio do documento final, contendo as propostas de reestruturação do sistema de saúde brasileiro, para a aprovação da Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente da Assembléia Constituinte. A subcomissão, considerou o documento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária no momento da redação da seção sobre o SUS na Constituição Federal. O relatório final foi enviado à Comissão da Ordem Social e, de lá, foi para a Comissão de Sistematização, que era responsável por elaborar o projeto final da Constituição (SANTOS, 2018; BRASIL, 2019).

Paralelamente a esta etapa, o Movimento Sanitário, representado por Sergio Arouca, apresentou ao Congresso uma Emenda Popular, que agregava ao documento analisado anteriormente, mais de 50 mil assinaturas. A Emenda Popular era uma forma de legitimar o documento que chegava à Comissão. E esse projeto acabou sendo aprovado quase na íntegra (BRASIL, 2019). Em meio a todos esses acontecimentos no Brasil, em 21 de novembro de 1986, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, foi apresentado a “Carta de Ottawa”, documento que objetivou contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma universal. Esta defende o conceito de empoderamento, proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um melhor controle sobre ela, por meio da implementação de políticas públicas saudáveis, da capacitação da comunidade (educação em saúde), da reorientação de serviços de saúde, entre outros (BRASIL, 2000).

Os resultados dessa dinâmica, conferiram materialidade às teses defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987) e na Assembléia Constituinte (1988), colaborando na oficialização da saúde, como um direito constitucional (SANTOS, 2018). Assim, alinhado aos objetivos da “Carta de Ottawa”, a Constituição Federal de 1988 (CF-88), Seção II, Art. 196. dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Em 19 de setembro de 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080. Esta lei afirma que a saúde é um direito do ser humano, e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício é dever do Estado (Artigo 2º) (BRASIL, 1990a). A lei regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional (Artigo 1º) e em seu artigo 4º define que este conjunto (ações e serviços) constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), seja este prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais ou municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990a). Além disso, a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Sua estrutura é composta pelo Ministério da Saúde (MS), Estados e Municípios e a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre esses três entes da Federação (BRASIL, 2018c). A rede que compõe o SUS engloba ações na Atenção Primária à Saúde, média e de alta complexidade, além dos serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental, assistência farmacêutica, ações de identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, formulação de políticas de saúde, destinadas à promover, nos campos econômico e social, as ações e serviços de saúde e ainda, prestar assistência por meio de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando ações assistenciais e de atividades preventivas (BRASIL, 1990a; 2018c).

Dentre os princípios do SUS, temos os princípios éticos, que servem para garantir universalidade (saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas, e cabe ao Estado assegurar esse direito), equidade (tratar igualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior) e integralidade (considera as pessoas como um todo, atendendo as suas necessidades) (BRASIL, 1990a). Alinhados a esses princípios, as diretrizes para organização do SUS são: descentralização da gestão dos recursos, regionalização e hierarquização da rede de serviços e diretriz da participação da comunidade (BRASIL, 2006b).

No SUS, a diretriz de descentralização corresponde distribuição de poder político, de responsabilidade e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. A

diretriz de regionalização, diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região (BRASIL, 2006b).

Já a diretriz da hierarquização, objetiva a organização da rede de serviços por nível de complexidade e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, com o objetivo de regular o acesso àqueles mais especializados, de acordo com o princípio da integralidade. Os níveis de atenção são primário ou básico, secundário ou serviços de média complexidade e terciário ou serviços de alta complexidade. A diretriz da participação da comunidade, dispõe que a mesma, pode participar por meio das instâncias colegiadas de participação popular, na formulação e no acompanhamento das políticas no interior do sistema, por meio dos conselhos de saúde e de conferências de saúde, presentes em cada esfera de governo (BRASIL, 2006b).

Com relação à saúde, é de consentimento global a necessidade de promovê-la para a prosperidade e o bem-estar de todos. Ou seja, a inclusão da promoção da saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, demonstra a consolidação de uma “concepção ampliada de saúde”, a qual se direciona a garantia do bem-estar de todos e todas de modo integrado, assumindo o caráter multifatorial necessário ao seu alcance (ONU, 2015; MENEZES; BORGES; PRANDI, 2020).

Nesse contexto, o SUS por seu caráter universal e igualitário, dotado de serviços organizados em níveis de atenção, tem representado uma profunda mudança na saúde da sociedade brasileira, enquanto projeto ético político de caráter público voltado à proteção social. Algumas das maiores mudanças advêm da adoção de uma concepção ampliada de saúde, do seu reconhecimento como direito social de todos os cidadãos, da responsabilidade do estado nesse processo e do forte chamamento à participação da sociedade na construção de um projeto que ultrapassa a dimensão assistencial, para requerer o exercício consciente de uma cidadania plena, base de uma sociedade saudável. Geram-se assim, possibilidades para um novo protagonismo social, substancialmente relevante no SUS (PAIM *et al.*, 2011; CATANANTE *et al.*, 2017; BRASIL, 2020g).

Essa política de estado tem muitos aspectos em comum com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis ODS 3 (“assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”) e ODS 17 (“fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável),

ambos referentes à valorização da participação social. Causa também, impacto direto na promoção de cidades saudáveis. Assim, apesar de sofrer com cortes orçamentários nos últimos anos, num país em que 71% da população não possui plano médico ou odontológico de saúde (IBGE, 2020d), o SUS continua sólido o suficiente para avançar na agenda dos ODS na área de saúde (ONU, 2015; CATANANTE *et al.*, 2017; IPEA, 2019).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Etimologicamente, saúde procede do latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos (*sanidade*). Por seu caráter multidimensional, o conceito de saúde deve ser examinado segundo os diferentes referências culturais e teóricos, e depende do período histórico e do lugar em que se estabelece a definição. Da Antiguidade ao século XXI, superada a concepção sobrenatural de saúde e enfermidade, concebia-se saúde como a ausência de enfermidade (*doença, deficiência, invalidez*). Estado que revelava o equilíbrio do organismo, com referência aos seus meios interno e externo. Gozar de saúde significava não padecer de enfermidade, estar em harmonia consigo mesmo e com o meio (BRASIL, 2020a).

Em 1946 a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs uma definição de saúde mais abrangente, de que saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social, concepção adotada atualmente (WHO, 1946). É indispensável, nesse contexto, entender saúde por meio das relações históricas, econômicas, políticas, sociais, da qualidade de vida, das necessidades básicas do ser humano, seus valores, crenças, direitos, deveres, suas relações dinâmicas e construídas ao longo de todo o ciclo da vida e do meio em que convive (BRASIL, 2020a).

O atendimento da população nos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) é dividido em três níveis (*primário, secundário, terciário*), os quais são separados pelo grau de complexidade do atendimento, pelos profissionais envolvidos no processo e pelos tipos dos locais de consulta (WHO, 2020a). Estes níveis devem ser integrados para atender às necessidades dos pacientes (WHO, 1999; 2020a), procurando garantir o bem-estar social, por meio de uma distribuição equitativa, concentrando-se nas necessidades e preferências dos indivíduos de maneira precoce

e contínua, objetivando a promoção da saúde e prevenção de doenças próximo ao ambiente cotidiano das pessoas (WHO, 2018a).

A Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, manutenção da saúde, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017b; IBGE, 2020c), com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, gratuita e que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2021a).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde, também conhecida como Atenção Básica (BRASIL, 2017b) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são consideradas a porta de entrada preferencial do SUS, instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham um papel central na garantia de acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade. Estes estabelecimentos de saúde são frequentados por aproximadamente (47%) dos usuários da Atenção Primária à Saúde (IBGE, 2020c; 2020d). O Brasil possui aproximadamente 42.000 UBS e a finalidade desses estabelecimentos de saúde é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais. São estabelecimentos que não possuem equipe de saúde da família. Mulheres, adultos de meia-idade e idosos, pessoas de baixa condição econômica, pessoas de cor e casados são os usuários mais frequentes das UBS (BRASIL, 2012a; 2020d; IBGE, 2020d; SANTOS *et al.*, 2021).

Outra importante estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato ao SUS e de mudança do modelo de assistência, foi a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que gradualmente foi se tornando a principal estratégia de ampliação do acesso aos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2012a).

Após uma década, já então como eixo norteador da base do SUS, foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017 (BRASIL, 2006c; 2011b; 2017b).

A Estratégia de Saúde da Família passou a ser um modelo em que a família é objeto de atenção, permitindo uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença, envolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012). É uma ação que conta com uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF), e deve ser composta por, no mínimo: 1) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; 2) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; 3) auxiliar ou técnico de enfermagem; e 4) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012a).

As Unidades de Saúde da Família (USF), são estabelecimentos que atendem a população com serviços de saúde por meio de pelo menos uma equipe de Saúde da Família e possuem funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo 5 dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população. As USF e as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica (BRASIL, 2020d).

Considerada um avanço em relação ao modelo tradicional de Atenção Básica presente no país até o início da década de 1990, a Estratégia de Saúde da Família alcançou em 2019 uma cobertura de 64% da população brasileira, cobrindo potencialmente mais de 133 milhões de brasileiros (BRASIL, 2020b). O resultado foi impulsionado, em parte, por seu papel prioritário na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento que reúne as diretrizes orientadoras das ações dos governos federal, estaduais e municipais nesta área (BRASIL, 2020b).

Com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, aperfeiçoando a atenção e a gestão da saúde, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações, o

Ministério da Saúde em 2008, criou os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), aumentando assim, o número de ações e serviços de saúde para a população (BRASIL, 2018a).

Os NASF-AB configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da Família. Diferentemente da eSF, a equipe multiprofissional dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, pode ser formada pelos seguintes profissionais: médico acupunturista; assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico do trabalho; ginecologista; obstetra; pediatra; psiquiatra; geriatra; internista (clínica médica); homeopata; veterinário; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, isto é, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2018a).

A composição de cada um dos NASF-AB, deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Saúde da Família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Diferentemente das UBS, o NASF-AB não se constitui como porta de entrada do SUS para os usuários, mas, sim, de apoio às equipes de Saúde da Família. O NASF deve atuar conforme algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

O NASF-AB é composto de nove áreas estratégicas, sendo elas: saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares. As modalidades de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica podem variar e a composição das equipes deve ser definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos

dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2018a).

Conforme a Portaria GM/MS nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, há 3 modalidades de NASF (BRASIL, 2012b):

NASF 1 - Deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 e no máximo 9 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

NASF 2 - Deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 e no máximo 4 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

NASF 3 - Deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 1 e no máximo 2 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

No entanto, a Nota Técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS, publicada pelo Ministério da Saúde, no dia 28/01/2020, acabou com a obrigatoriedade das equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo de equipes do NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal, passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal, pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, como equipe NASF-AB, ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária, sem vinculação a nenhuma equipe. Também, a partir desta data, o Ministério da Saúde, passou a não realizar mais o credenciamento de NASF-AB (BRASIL, 2020e).

Esse conjunto de medidas, objetivou alinhar as diretrizes do NASF-AB, com o novo modelo de financiamento da APS, focado na pessoa assistida, buscando melhorar à capacidade resolutiva das equipes, das ações e serviços que ofertam, bem como dos profissionais que as compõem (BRASIL, 2020e).

Em paralelo a essa nota técnica, o Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou em 2020 a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, inquérito de base populacional, representativo do

Brasil e da população residente em domicílios particulares de seu território, com o objetivo de coletar informações sobre o desempenho do sistema nacional de saúde, no que se refere ao acesso e uso dos serviços disponíveis e à continuidade dos cuidados, bem como sobre as condições de saúde da população, a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco a elas associados (IBGE, 2020d; 2020c; 2020e).

Nesse contexto, a Pesquisa Nacional de Saúde, no seu módulo sobre Atenção Primária à Saúde (IBGE, 2020c), apontou que mais de 110 milhões de pessoas estavam cadastradas na Atenção Primária à Saúde do Brasil, até meados de 2020 e, que 17,3 milhões (11%) da população com 18 anos ou mais havia utilizado algum dos seus serviços em 2019 (IBGE, 2020c). Entre elas, 70% eram mulheres, 54% não tinham uma ocupação e 65% tinham renda domiciliar *per capita* inferior a um salário-mínimo à época (IBGE, 2020c). Em relação à cor/raça e a faixa etária destes usuários, 70% eram pretos ou pardos e 36% estavam na faixa etária de 40 a 59 anos (IBGE, 2020c). No entanto, ao considerar o universo como um todo (usuários ou não da Atenção Primária à Saúde), observou-se que as pessoas brancas (79%) e as de 60 anos ou mais (87%) representaram a maioria (IBGE, 2020d).

Ao buscarem atendimento de saúde, 76% dos adultos (≈160 milhões) costumavam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde em 2019 (IBGE, 2020c). Além disso, 71% da população brasileira, não possui plano médico ou odontológico de saúde, o que aponta uma elevada dependência dos serviços de saúde pública (IBGE, 2020d). Este valor é substancialmente maior entre os adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde, 94% (IBGE, 2020c).

Dentre os tipos de estabelecimentos indicados, a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi a mais citada, com 47%, chegando a 55% no Norte e 54% no Nordeste (IBGE, 2020d). Consultório Particular ou Clínica Privada foram reportados por 23% e as Unidades de Pronto Atendimento Público (UPA), pronto socorro ou emergência de Hospital Público por 14% (IBGE, 2020d). Agrupando-se as categorias, constata-se que quase 70% da população costumavam procurar estabelecimentos públicos de saúde (IBGE, 2020d).

Em 2019, 60% dos domicílios (ou 44,0 milhões) estavam cadastrados em Unidade de Saúde da Família. Dos domicílios cadastrados há um ano ou mais, 38% (ou 15,4 milhões) receberam visita mensal de Agente Comunitário de Saúde ou membro da Equipe de Saúde da Família. No Escore Geral da APS, que varia de 0 a

10, a nota final obtida na pesquisa foi 5,9, abaixo do escore que indica excelência na atenção à saúde (6,6). Os dados revelaram ainda que os idosos, com mais morbidades e que também são os que mais utilizam os serviços de saúde, avaliaram com nota superior (6,1) a efetividade dos serviços de saúde do SUS (IBGE, 2020e).

Entre 2003 e 2019, os resultados de duas pesquisas do IBGE (Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)) mostraram que a proporção de obesos na população com 20 anos ou mais de idade do país saltou de 12% para 27%. Nesse período, a prevalência da obesidade feminina passou de 14% para 30% e se manteve acima da masculina, que subiu de 10% para 23%. Já a proporção de pessoas com excesso de peso na população com 20 anos ou mais de idade no país subiu de 43%, para 62%, nos mesmos 17 anos (IBGE, 2020e).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, em 2019, 34% dos homens com 18 anos ou mais praticaram o nível recomendado de atividade física no lazer, enquanto para as mulheres este percentual foi de 26%. Da população de adultos, 40% foram classificados como insuficientemente ativos, considerando os três domínios: lazer; trabalho e deslocamento para o trabalho. No país, 43% das pessoas de 18 anos ou mais de idade eram fisicamente ativas no trabalho. Dentre os adultos que moravam na área urbana, 40% praticavam 150 minutos de atividade no trabalho e dentre os que viviam em área rural, eram 60%. A frequência dos homens para este domínio foi de 49%, enquanto das mulheres foi de 34% (IBGE, 2020e).

Dentre as pessoas de cor ou raça branca, 29% praticavam 30 minutos diários de atividade física no deslocamento. Entre as pessoas pretas, esta frequência foi de 39% e entre os pardos 33%. No domínio das atividades domésticas, estimou-se que 16% das pessoas de 18 anos ou mais de idade praticavam atividade física por no mínimo 150 minutos semanais, tais como faxina pesada ou atividades que requerem esforço físico intenso. Este indicador mostrou-se fortemente concentrado no público feminino, no qual 22% praticavam 150 minutos de atividade física nas tarefas domésticas, enquanto no público masculino foi de 9% (IBGE, 2020e).

A Pesquisa Nacional de Saúde edição 2019, também investigou o estilo de vida da população com 18 anos ou mais de idade. Investigar este contexto é de substancial relevância pois as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo, com impactos que permeiam a ocorrência de mortes prematuras, a perda de qualidade de vida, o aparecimento de incapacidades e elevados custos econômicos para a sociedade e os

sistemas de saúde (IBGE, 2020e). As DCNT possuem, em geral, etiologia multifatorial, sendo sua ocorrência bastante influenciada pelas condições de vida das pessoas, principalmente em função das desigualdades sociais, além dos fatores de risco modificáveis (IBGE, 2020e).

Neste sentido, o monitoramento dos fatores de risco das DCNT modificáveis, como (tabagismo, prática insuficiente de atividade física, alimentação inadequada, consumo de álcool, excesso de peso e obesidade) é fundamental para o planejamento de políticas públicas de enfrentamento e prevenção em saúde (IBGE, 2020e). Além disso, os dados da PNS edição 2019, apontam que o SUS é referência de atendimento para os brasileiros que possuem DCNT. Em relação às condições de saúde, 66% da população adulta em geral, independentemente de ser ou não atendida na Atenção Primária à Saúde, autoavaliaram o seu estado de saúde como “bom ou muito bom”. Pouco mais da metade (52%) da população com 18 anos ou mais de idade havia recebido diagnóstico de pelo menos uma das doenças crônicas investigadas na edição de 2019 da PNS (IBGE, 2020e).

Em relação ao diagnóstico médico autorreportado para DCNT, (usuários ou não da Atenção Primária à Saúde) autorreportaram diagnóstico médico de hipertensão (24%); diabetes (8%); depressão (10%); colesterol alto (15%); doença do coração e asma (5%); Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou derrame (2%); câncer (3%) e insuficiência renal crônica (2%). Com relação à problema crônico de coluna (22%) reportaram possuir esta enfermidade e 13% declararam-se tabagistas. (IBGE, 2020e).

No entanto, GUIBU *et al.* (2017) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar os usuários adultos, com 18 anos ou mais de idade, dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Com relação às condições de saúde autorreportadas, os usuários da Atenção Primária à Saúde divergem da população geral (usuários ou não da Atenção Primária à Saúde) em que 50% autoavaliaram o seu estado de saúde como “bom ou muito bom”. Cabe ressaltar que a autopercepção da saúde reflete uma percepção individual, que inclui aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Neste sentido, torna-se essencial entender como a pessoa percebe sua saúde, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a esta (AGOSTINHO *et al.*, 2010). Nesta perspectiva, os usuários da Atenção Primária à Saúde autorreportaram diagnóstico médico de hipertensão (39%), diabetes (16%), depressão (15%), doença do coração (8%) e asma (6%) em maior proporção do que

a população adulta como um todo (usuários ou não da Atenção Primária à Saúde), dado que corrobora a maior vulnerabilidade de saúde dentre os usuários da Atenção Primária à Saúde.

Nesta perspectiva, os resultados apresentados pela PNS 2019, permitem conhecer o perfil de saúde e a distribuição de exposições e condições de risco da população adulta, com 18 anos ou mais de idade, assim como obter um grande número de indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde, como o acesso, a utilização e o grau de satisfação do usuário com os serviços de saúde, em conjunto com as características sociodemográficas, possibilitando investigar as relações entre as diversas variáveis, podendo complementar de maneira importante, o conhecimento sobre as desigualdades em saúde, subsidiando a orientação das políticas de saúde para o alcance de maior equidade no âmbito do SUS (IBGE, 2020d). Estes sistemas de vigilância em saúde pública são recomendados pelas Nações Unidas e pela Organização Mundial da Saúde, devido a efetividade na identificação de ameaças emergentes à saúde, monitoração de mudanças na saúde e nos fatores de risco, além de orientar o delineamento de programas de enfrentamento e ações de saúde pública no contexto da Atenção Primária à Saúde (MCLAUGHLIN *et al.*, 2020).

Estas evidências reforçam a importância do atendimento conduzido na APS por meio do diagnóstico precoce, evitando hospitalizações e complicações futuras relacionadas às DCNT, permitindo também o direcionamento dos casos mais graves para os níveis mais complexos de atendimento, como o terciário (MENDES, 2012).

Além das ações de prevenção de doenças, orientação, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo de casos, a Atenção Primária à Saúde, tem um papel fundamental na construção e no delineamento de políticas públicas por meio dos seus gestores, com ações e intervenções efetivas a nível individual, familiar e comunitário de educação em saúde, subsidiando a população com informações de qualidade e recursos necessários para que possam gerenciar a própria saúde, bem como daqueles ao seu redor, com o objetivo de conscientizar a população, sobre um estilo de vida saudável, visando combater os principais fatores de risco (tabagismo, má alimentação, consumo abusivo de álcool, inatividade física, comportamento sedentário e excesso de peso) para doenças crônicas (NUTBEAM, 2000; KLUGE *et al.*, 2018).

Neste contexto, a promoção da atividade física e a redução do comportamento sedentário são fatores determinantes da saúde e devem ser trabalhados no âmbito da Atenção Primária à Saúde, dado o grande potencial de alcance na população brasileira (FLORINDO; ANDRADE, 2015; IBGE, 2020c; 2020d). No plano operacional, estas intervenções que visam à adoção de comportamentos saudáveis podem ser conduzidas por meio de estratégias como: uso de materiais educativos, o aconselhamento individual, que pode ocorrer de maneira presencial (consulta, visitas domiciliares), por meio de dispositivos eletrônicos (envio de *sms*, e-mail, mensagens motivacionais e informações de qualidade). Dessa maneira, intervenções efetivas para a mudança positiva de comportamento, são viáveis no âmbito das UBS, desde que desenvolvidas por profissionais de saúde e equipes adequadamente instrumentalizadas para lidar com a complexidade do ser humano, que envolve tanto fatores físicos como psicológicos (SIQUEIRA *et al.*, 2009; MALTA *et al.*, 2014; FLORINDO; ANDRADE, 2015; SPERLING, 2017).

Embora os programas de promoção de atividade física sejam parte central da agenda de políticas de promoção da saúde do SUS (MALTA; SILVA JR, 2013; MALTA *et al.*, 2014), ações e programas educativos para a redução do comportamento sedentário neste contexto têm sido recomendados por organizações de saúde globais, dada a sua alta prevalência e impacto negativo à saúde (DEMPSEY *et al.*, 2020). Essas estratégias podem ser conduzidas de maneira efetiva, por meio da publicação de (guias e diretrizes), aconselhamento (individual ou em grupo) e mudanças de comportamento (SIQUEIRA *et al.*, 2009; SHUVAL *et al.*, 2014a; BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016).

2.3 ACONSELHAMENTO EM SAÚDE

A educação tem sido um componente essencial das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ao longo deste século. A esse processo educativo, atribui-se os termos “alfabetização em saúde” ou “educação em saúde” (NUTBEAM, 2000; BRASIL, 2006a; SØRENSEN *et al.*, 2012) e pode ser compreendido como um processo educativo de construção de conhecimentos, que visa à apropriação da temática pela população. Refere-se a um conjunto de práticas que contribuem para o aumento da autonomia individual e coletiva das pessoas e para o debate com os profissionais e os gestores, de modo a alcançar uma atenção à saúde de acordo com

as necessidades dos indivíduos e das comunidades, melhorando a qualidade de vida e saúde da população (BRASIL, 2006a; SØRENSEN *et al.*, 2012; FALKENBERG *et al.*, 2014).

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: 1) os profissionais de saúde que valorizam a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; 2) os gestores que apoiam esses profissionais; e 3) a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Enquanto processo pedagógico emancipatório, a educação em saúde favorece o desenvolvimento da autonomia intelectual, por meio de um pensar crítico e reflexivo, permitindo esclarecer a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade, tornando-se uma ferramenta imperante para promoção da melhoria da qualidade de vida (FALKENBERG *et al.*, 2014; SEABRA *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como principal cenário a Estratégia de Saúde da Família (ESF), aparece como contexto privilegiado de práticas educativas em saúde, pois o trabalho integrado da equipe de profissionais favorece e mobiliza esforços para contribuir na manutenção da saúde individual e coletiva, o que pode favorecer a consciência crítica e transformadora, permitindo o exercício da cidadania e efetivando mudanças pessoais e sociais (SIQUEIRA *et al.*, 2009; HONE; MACINKO; MILLETT, 2018; SEABRA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a Declaração de Alma-Ata em 1978, propôs um papel para a APS na abordagem dos determinantes sociais e ambientais da saúde, por considerar a saúde um direito humano, a equidade um valor essencial e a participação da comunidade uma condição necessária para uma sociedade justa (HONE; MACINKO; MILLETT, 2018; WHO, 1978). A Alma-Ata também identificou as atividades de atenção primária à saúde que oportunizariam alcançar a meta de "Saúde para Todos" no ano 2000. Dentre essas atividades, destaca-se a educação da população sobre problemas prevalentes e seus métodos de prevenção e controle. A Declaração se mantém atualizada quanto à necessidade de se buscar a prevenção e promoção à saúde de populações, com um crescente reconhecimento científico da relevância da atividade física e redução do comportamento sedentário como estratégia para este fim, inclusive com a identificação de pautas relativas à necessidade de mudança de

comportamento, fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de doenças (SIQUEIRA *et al.*, 2009; ISPAH, 2020; WHO, 1978; 2020b).

Em outubro de 2018, 2.000 delegados de mais de 120 países renovaram o compromisso com a Atenção Primária à Saúde abrangente para todos e reafirmaram o compromisso com os princípios fundamentais de Alma-Ata por meio da declaração de Astana. Nesta nova Declaração de Astana, os países envolvidos se comprometem a priorizar a prevenção de doenças e a promoção da saúde e visam atender todas as necessidades de saúde das pessoas ao longo da vida por meio de serviços abrangentes de prevenção, promoção, cura, reabilitação e cuidados paliativos. A Declaração de Astana reconhece a importância crescente das doenças não transmissíveis e incorpora “cobertura universal de saúde” que está no centro do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, relacionado à saúde (ONU, 2015; WHO, 2018b; 2021).

Importante ressaltar que a promoção da saúde foi identificada como uma das atividades de saúde pública mais importantes dos médicos que trabalham em ambientes de Atenção Primária à Saúde. Contudo, Incorporar novas práticas saudáveis que possam trazer benefícios à população é um dos desafios impostos a toda a estrutura da Atenção Primária à Saúde. Mudanças que sejam capazes de se transformar em práticas educativas para a saúde das populações devem ser realizadas a partir de um diálogo com os atores responsáveis pelas diferentes dimensões da APS (SIQUEIRA *et al.*, 2009). Embora neste contexto as ações "curativas" (diagnóstico e tratamento) ocupem boa parte do tempo dos profissionais de unidades básicas de saúde, sua participação em atividades educativas, como por exemplo, orientar a realização de atividade física e a redução do comportamento sedentário é fundamental para a disseminação de comportamentos saudáveis para a população da área de cobertura dos serviços (SIQUEIRA *et al.*, 2009; SHUVAL *et al.*, 2014a; CHIANG *et al.*, 2019; ISPAH, 2020; WHO, 2020b).

A atenção à saúde tem sido construída com base em práticas estabelecidas entre gestores, profissionais e população no sentido de atender às exigências impostas pelos usuários dos serviços de saúde. Espera-se assim, que a utilização de procedimentos em educação à saúde seja uma das estratégias que possibilite as mudanças necessárias no sentido de redirecionar gestão, práticas profissionais, de controle social e de estímulo à busca de comportamentos saudáveis por parte de todos que a utilizam (SIQUEIRA *et al.*, 2009). Estas ações educativas são essenciais

para o alcance da promoção de saúde e da prevenção de doenças, podendo ser conduzidas por meio de (guias, diretrizes), aconselhamento (individual ou em grupo) e mudanças de comportamento (hábitos alimentares, atividade física e comportamento sedentário) (SHUVAL *et al.*, 2014a; BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016; ISPAH, 2020; WHO, 2020b).

No Brasil, algumas estratégias para promoção da saúde no campo da atividade física, já são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, com base na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) criada em 2006 e reformulada em 2014 (BRASIL, 2014b), na criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2009) e no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011-2022) (BRASIL, 2011a). A maioria das ações propostas nestes documentos e iniciativas envolvem a Atenção Primária à Saúde, contexto onde as equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, atualmente denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) podem desenvolver juntas aconselhamento para a promoção da atividade física e redução do prolongado tempo em comportamento sedentário, entre outras ações (SHUVAL *et al.*, 2014a; ISPAH, 2020; KRIST *et al.*, 2020; MORAES; LOCH; RECH, 2021).

Nesse sentido, um exemplo de programa bem consolidado é o Programa Academia da Saúde (PAS). O PAS, lançado em 2011, foi inspirado em algumas iniciativas de promoção da atividade física desenvolvidas em Curitiba-PR (CuritibaAtiva), Vitória-ES (Serviço de Orientação ao Exercício - SOE), Recife-PE, Aracajú-SE e Belo Horizonte-MG (Programas Academia da Cidade - PAC), que contavam com a presença de profissionais da Área de Educação Física, utilizavam espaços públicos e eram custeadas e mantidas pelo Poder Público (AMORIM *et al.*, 2013; BRASIL, 2018b). Criado como uma estratégia de promoção da saúde, o PAS objetiva promover a atividade física, além de desenvolver ações buscando difundir a educação em saúde para a população (BRASIL, 2014a).

Além de programas comunitários para a promoção de atividade física custeados pelo Ministério da Saúde, uma outra maneira simples, econômica e promissora de incentivar a mudança positiva de comportamento nos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde se dá por meio do aconselhamento realizado por profissionais de saúde (FLORES *et al.*, 2018; ISPAH, 2020; KRIST *et al.*, 2020). Essa ação, tem um grande potencial de proporcionar, a curto prazo, elevação nos

níveis de atividade física e redução do tempo diário em comportamento sedentário da população (ORROW *et al.*, 2012; AADAHL *et al.*, 2014; GAGLIARDI *et al.*, 2015; CHIANG *et al.*, 2019; O'CONNOR *et al.*, 2020).

Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, tornou-se importante incorporar ações de orientação sobre hábitos saudáveis, como, por exemplo, o aconselhamento para a atividade física e redução do comportamento sedentário, como um processo educativo a envolver todos os profissionais de saúde e usuários dos serviços, auxiliando-os no gerenciamento de sua própria saúde (MALTA *et al.*, 2009; AADAHL *et al.*, 2014; SHUVAL *et al.*, 2014a; FLORES *et al.*, 2018; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; ISPAH, 2020).

Conceitualmente, o aconselhamento é uma prática educacional ofertada por profissionais de saúde com o objetivo de capacitar os indivíduos a se tornarem ativos como parte da manutenção geral da saúde, respeitando a autonomia dos mesmos e valorizando suas potencialidades, promovendo mudanças de comportamento e melhorando sua qualidade de vida (ORROW *et al.*, 2012; GAGLIARDI *et al.*, 2015; FLORES *et al.*, 2018; KRIST *et al.*, 2020; O'CONNOR *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021). Essa prática consiste na escuta, compreensão e suporte para o planejamento e tomadas de decisões favoráveis aos comportamentos saudáveis, incluindo a prática de atividade física e a redução do comportamento sedentário (SHUVAL *et al.*, 2014a; GAGLIARDI *et al.*, 2015; KRIST *et al.*, 2020).

O aconselhamento é uma ferramenta importante, pois é considerado de baixo custo, fácil aplicabilidade e passível de utilização por profissionais de saúde, como (médicos, enfermeiras, nutricionistas, profissionais de educação física, entre outros) (FLORINDO *et al.*, 2013; DURO *et al.*, 2015; HÄFELE; SIQUEIRA, 2016; ISPAH, 2020; KRIST *et al.*, 2020), pois estes profissionais entram em contato com grande proporção da população e interagem frequentemente com pessoas com doenças crônicas, como diabetes, ou com pessoas com fatores de risco para doenças cardiovasculares, como hipertensão. Além de amplo alcance populacional, os profissionais de saúde são amplamente respeitados e confiáveis, o que significa que têm potencial considerável para influenciar a opinião pública e individual (ISPAH, 2020; KHARMATS; PILLA; SEVICK, 2020; KRIST *et al.*, 2020).

Além do mais, evidências indicam que as intervenções baseadas no cuidado à saúde, seja com foco apenas à atividade física ou combinadas com intervenções para outros fatores de risco modificáveis, como o fumo, o consumo excessivo de

álcool e alimentação não saudável, são efetivas e a maioria apresentam também custo-efetividade (ISPAH, 2020). Há fortes evidências particularmente para fornecer aconselhamento breve e para sinalizar ou encaminhar pacientes para oportunidades de atividade física na comunidade (ISPAH, 2020; KRIST *et al.*, 2020). As intervenções são mais eficazes quando os indivíduos inativos fisicamente percebem-se mais preparados às mudanças; quando as pessoas recebem aconselhamentos simples e realista; e quando são usadas abordagens comportamentais e cognitivas para facilitar a adoção e manutenção da atividade física (ISPAH, 2020; KHARMATS; PILLA; SEVICK, 2020; KRIST *et al.*, 2020).

Nesse contexto, em 2020, a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA (USPSTF) (KRIST *et al.*, 2020), publicou recomendações de aconselhamento comportamental para promover uma dieta saudável e atividade física para a prevenção de doenças cardiovasculares em adultos com fatores de risco cardiovascular. Neste documento, além de recomendarem fortemente o aconselhamento comportamental como ferramenta de educação em saúde, os autores apresentam um panorama da operacionalização de intervenções de aconselhamento comportamental e relatam que essas intervenções geralmente são intensivas, com múltiplos encontros e incluem sessões de aconselhamento individual ou em grupo, por longos períodos. As intervenções geralmente envolvem 12 encontros, ao longo de 6 a 18 meses, com uma carga horária total aproximada de 6 horas. Elas são conduzidas na sua maioria de maneira individual e por profissionais de saúde treinados e incluem entrevistas motivacionais e técnicas de mudança de comportamento, como estabelecimento de metas, resolução de problemas e automonitoramento.

Importante ressaltar, que o panorama apresentado sobre intervenções de aconselhamento comportamental nas recomendações da Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA (USPSTF) (KRIST *et al.*, 2020) representa a realidade sociodemográfica populacional e o contexto dos serviços de saúde dos EUA, o que pode não representar a realidade de outros países. Porém, essas recomendações orientam fortemente a prática de aconselhamento comportamental por profissionais de saúde, por apresentar eficácia na promoção da atividade física, na melhora dos hábitos alimentares e por atenuar os riscos de doenças cardiovasculares, entre outras doenças crônicas não transmissíveis. Essas recomendações são corroboradas por dois documentos publicados recentemente, o Plano de Ação Global da OMS para

Atividade Física 2018-2030 (WHO, 2018c) e os Oito Investimentos ISPAH que Funcionam para a Atividade Física (ISPAH, 2020).

Esses documentos também afirmam a necessidade de fortalecer a formação profissional dos profissionais de saúde (incluindo médicos, enfermeiros, profissionais de educação física, entre outros), para aumentar o engajamento, conhecimento e as habilidades sobre práticas de aconselhamento comportamental, assim como a incorporação dessa ação na rotina de atendimento aos pacientes. Além disso, recomendam o desenvolvimento de políticas e sistemas para apoiar a integração da atividade física na Atenção Primária à Saúde, incluindo o financiamento de serviços clínicos preventivos e a disseminação de ferramentas para avaliar, aconselhar e acompanhar os pacientes (SHUVAL *et al.*, 2014a; ACSM, 2018; WHO, 2018c; ISPAH, 2020; KHARMATS; PILLA; SEVICK, 2020; KRIST *et al.*, 2020).

As intervenções com aconselhamento comportamental, realizadas por profissionais de saúde para promover atividade física, reduzir o tempo em comportamento sedentário e prevenir doenças crônicas não transmissíveis podem ser conduzidas individualmente, durante a consulta clínica, ou em grupo, por meio de reuniões de educação em saúde em Unidades Básicas de Saúde. Os profissionais de saúde também podem encaminhar pacientes para intervenções de aconselhamento comportamental em outros ambientes, como em Centros Municipais de Esporte e Lazer, entre outros (DURO *et al.*, 2015; HAFELE; SIQUEIRA, 2016; KRIST *et al.*, 2020). Outro recurso promissor e que pode ser incorporado às práticas de aconselhamento comportamental pelos médicos e demais profissionais de saúde é a tecnologia digital. Por meio desses dispositivos eletrônicos os profissionais de saúde conseguem fornecer orientação de qualidade e suporte adaptado ao nível de atividade, idade e estado de saúde dos indivíduos (MANINI *et al.*, 2015; USDHHS, 2019; KRIST *et al.*, 2020).

O aconselhamento comportamental com tecnologia digital pode ser conduzido pelo médico por meio de *smartphone*, *tablet*, *notebook*, entre outros dispositivos eletrônicos, através do envio de mensagens de texto, mensagens de voz automatizadas e de lembretes aos pacientes. Pode-se também fornecer conteúdo interativo baseado na web (por exemplo, *coaching* virtual), utilizar aplicativos com funções de definição de metas, rastreamento de atividades e lembretes, utilizar acelerômetros e pedômetros para avaliar o nível diário de atividade física e de comportamento sedentário dos pacientes e disponibilizar materiais educativos

impressos e digitais (MANINI *et al.*, 2015; WANG *et al.*, 2018; ALDENAINI *et al.*, 2020; KRIST *et al.*, 2020).

Embora as grandes instituições e órgãos de saúde recomendem que médicos e os profissionais de saúde realizem o aconselhamento para a atividade física para prevenir, tratar e gerenciar doenças crônicas (USDHHS, 2018; WHO, 2018c; USDHHS, 2019; ISPAH, 2020), estas mesmas instituições não recomendam, ou não sugerem que médicos realizem aconselhamento para reduzir comportamento sedentário. De acordo com as Diretrizes da Organização Mundial da Saúde para Atividade Física e Comportamento Sedentário (WHO, 2020b) e as Diretrizes Canadenses de Movimento 24 horas para adultos (ROSS *et al.*, 2020; WHO, 2020b) é igualmente importante aumentar os níveis de atividade física e ao mesmo tempo também reduzir comportamento sedentário, visto que este comportamento está associado a maior incidência de doenças cardiovasculares, câncer e mortalidade (STAMATAKIS *et al.*, 2019; DEMPSEY *et al.*, 2020; EKELUND *et al.*, 2020).

Ademais, no documento da *International Society for Physical Activity and Health (ISPAH)* Oito Investimentos ISPAH que Funcionam para a Atividade Física (ISPAH, 2020), os autores ressaltam a importância da prática do aconselhamento em saúde por profissionais de saúde, como estratégia promissora para prevenir, tratar ou gerenciar doenças crônicas. Intervenções com aconselhamento para a redução do comportamento sedentário documentadas na literatura apontam efetividade dessa ação na redução do tempo sentado, entre 16-53 minutos por dia (AAD AHL *et al.*, 2014; CHIANG *et al.*, 2019; POLO *et al.*, 2020), o que pode proporcionar benefícios à saúde a longo prazo (CARR *et al.*, 2013; CHIANG *et al.*, 2019; PEACHEY *et al.*, 2020).

Assim, como o comportamento sedentário é considerado fator de risco à saúde e por apresentar elevada prevalência na sociedade (PATTERSON *et al.*, 2018; KATZMARZYK *et al.*, 2019; SAUNDERS *et al.*, 2020), uma maneira de reduzir esse comportamento seria aconselhar para as pessoas ficarem menos tempo sentadas (AAD AHL *et al.*, 2014; SHUVAL *et al.*, 2014a; CHIANG *et al.*, 2019; POLO *et al.*, 2020).

Porém, aconselhar para reduzir comportamento sedentário pode exigir abordagens muito diferentes daquelas necessárias para aumentar os níveis de atividade física, pois o tempo sedentário pode se acumular involuntariamente em uma variedade de contextos, como no tempo de lazer, transporte e no local de trabalho (OWEN *et al.*, 2011; HUANG; BENFORD, 2019), além disso, por apresentar origem complexa e multifacetária, esse comportamento é determinado por variáveis em

diferentes níveis de influência (individual, interpessoal, ambiental e político) o que exige a análise de uma perspectiva ecológica (BAUMAN *et al.*, 2011; OWEN *et al.*, 2011; BAUMAN *et al.*, 2012; KOYANAGI; STUBBS; VANCAMPFORT, 2018), baseada na relação entre o indivíduo e o meio a sua volta, de modo a criar uma abordagem sistêmica e efetiva (BAUMAN *et al.*, 2011; OWEN *et al.*, 2011; ISPAH, 2020).

Dessa maneira, as intervenções com aconselhamento para a redução do comportamento sedentário são mais complexas e estruturadas, exigindo do profissional de saúde o uso de técnicas de mudança de comportamento, como estabelecimento de metas, uso ativo de automonitoramento por meio de dispositivos vestíveis (acelerômetros, inclinômetros, pedômetros), identificação de barreiras relacionadas ao comportamento sedentário, acompanhamento a longo prazo, além do fornecimento de materiais educativos impressos, por meio de mídias digitais, aplicativos, entre outros (SHUVAL *et al.*, 2014a; MANINI *et al.*, 2015; BOROWSKI *et al.*, 2017; BLACKBURN *et al.*, 2020; THOMSEN *et al.*, 2020).

O aconselhamento para a redução do comportamento sedentário pode ser conduzido pelo médico e demais profissionais de saúde de maneira presencial: 1) individual (por exemplo, durante a consulta clínica, triagem clínica); 2) em grupo (por exemplo, no ambiente da Unidade Básica de Saúde), ou à distância (de maneira individual ou em grupo), por meio de tecnologia digital, através de aparelhos eletrônicos, como: *smartphones*, *tablets*, *notebooks*, com o envio de e-mails, mensagens de voz, realização de videochamadas, uso de aplicativos, entre outros (SHUVAL *et al.*, 2014a; MANINI *et al.*, 2015; ALDENAINI *et al.*, 2020; BLACKBURN *et al.*, 2020; POLO *et al.*, 2020; STEPHENSON *et al.*, 2020; THOMSEN *et al.*, 2020).

Dentre as possibilidades de locais para a realização de intervenções com aconselhamento para a redução do comportamento sedentário, devem ser considerados os espaços públicos de ações de promoção da saúde (SHUVAL *et al.*, 2014a; AUYOUUNG *et al.*, 2016; POLO *et al.*, 2020). No Brasil, 70% da população utiliza regularmente os serviços públicos de saúde, sendo as UBS as mais referidas (47%). Além disso, o Brasil possui 42.488 UBS, e a finalidade desses centros de saúde é atender até 80% dos problemas de saúde da população sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais (IBGE, 2020c; SANTOS *et al.*, 2021). Essas evidências apontam a Atenção Primária à Saúde como um contexto promissor para a realização do aconselhamento, especialmente em Unidades Básicas de Saúde, visto a abrangência e capilaridade

deste serviço, assim como a confiança da população nos profissionais de saúde que ali atuam (BRASIL, 2014b; SHUVAL *et al.*, 2014a; AUYOUNG *et al.*, 2016; ACSM, 2018; MORAES *et al.*, 2019; ISPAH, 2020; POLO *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, importante ressaltar que os médicos da Atenção Primária à Saúde têm potencial para auxiliar e motivar seus pacientes a modificarem hábitos nocivos à saúde, adotando comportamentos mais saudáveis, melhorando sua qualidade de vida, além disso, os conselhos e orientações realizados por esses profissionais são frequentemente respeitados pelos pacientes. No entanto, o aconselhamento para a redução do comportamento sedentário e promoção de atividade física é subutilizado, e poucos estudos avaliaram essa ação na Atenção Primária à Saúde em países latino-americanos (SHUVAL *et al.*, 2014a; MORAES *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2021).

Além disso, as prevalências de aconselhamento recebido de profissionais de saúde são baixas, tanto para a redução do comportamento sedentário (10%) (SHUVAL *et al.*, 2014a) como para a promoção da atividade física, tanto em nível global (37%), como também ao nível de países de renda alta (34%) e de baixa e média renda (43%) (MORAES *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2021). O aconselhamento sobre comportamento sedentário e atividade física ainda é incipiente na Atenção Primária à Saúde e alguns mecanismos podem explicar a baixa prevalência dessa prática nesse contexto, por exemplo, 1) muitos profissionais de saúde não estão familiarizados ou não tem experiência com as técnicas de comunicação necessárias para promover e manter a mudança de comportamento em seus pacientes; 2) a carência infraestrutural, a fragilidade institucional e a baixa densidade tecnológica nos serviços de APS, o que acaba gerando um caráter curativo aos atendimentos, não oportunizando a realização de ações preventivas de promoção e educação em saúde; 3) a baixa percepção de aconselhamento recebido pelos usuários; 4) a falta de tempo na consulta; 5) apoio organizacional e incentivos financeiros insuficientes para fornecer aconselhamento (MENDES, 2012; SHUVAL *et al.*, 2014a; SHUVAL *et al.*, 2017; MORAES *et al.*, 2019; KHARMATS; PILLA; SEVICK, 2020).

Para aumentar a prevalência de ações de aconselhamento na Atenção Primária à Saúde, exige-se mudanças substanciais na estrutura do sistema. Atualmente, os médicos da APS realizam consultas em um tempo muito limitado, atendem uma parcela importante da população, trabalham sobrecarregados devido a carência de profissionais e de equipes multiprofissionais nos centros de saúde,

acabam priorizando uma abordagem curativa no tratamento de enfermidades, lidam com demandas clínicas concorrentes, além da carência de programas, cursos de atualização profissional em práticas de educação em saúde disponibilizados à esses profissionais pela instituição. Essas fragilidades técnicas e institucionais nos serviços de Atenção Primária à Saúde precisam ser corrigidas e o sistema reestruturado para promover um cenário promissor para a realização de aconselhamento na rotina de atendimento dos profissionais de saúde, atingindo uma parcela maior dos usuários, fortalecendo as ações de prevenção e educação em saúde no enfrentamento da crescente prevalência de inatividade física e de comportamento sedentário (OWEN *et al.*, 2011; MENDES, 2012; SHUVAL *et al.*, 2014a; MORAES *et al.*, 2019; ISPAH, 2020; KHARMATS; PILLA; SEVICK, 2020).

Embora a prevalência de aconselhamento para a atividade física recebido de profissionais de saúde seja maior em relação ao aconselhamento para a redução do comportamento sedentário, evidências apontam que aconselhar para a redução do comportamento sedentário pode ser uma meta mais atingível do que aconselhar para aumentar a atividade física a níveis que possam atenuar os efeitos deletérios do comportamento sedentário, uma vez que apenas 27,5% dos adultos do mundo cumprem as recomendações mínimas de atividade física para obter benefícios à saúde e reduzir comportamento sedentário exige menores mudanças no gasto energético e no estilo de vida dos indivíduos (HALLAL *et al.*, 2012; SHUVAL *et al.*, 2014a; GUTHOLD *et al.*, 2018).

Outra abordagem promissora que pode auxiliar os profissionais de saúde em suas ações e que têm o potencial de influenciar os determinantes comportamentais para promover comportamentos mais saudáveis é a utilização dos conceitos e estratégias do modelo transteórico (MTT) (ACSM, 2018; BLACKBURN *et al.*, 2020). Esse instrumento foi elaborado por dois pesquisadores norte-americanos - James O. Prochaska e Carlo DiClemente, na década de 80, mediante estudos com tabagistas, com o intuito de entender os estágios de mudança pelos quais as pessoas passam, até aderirem a um determinado comportamento, no caso, cessar o tabagismo (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983; GUEDES; SANTOS; LOPES, 2006; TORAL; SLATER, 2007).

Atualmente, o modelo transteórico tem sido aplicado a uma variedade de comportamentos de saúde, como em intervenções, promoção de atividade física e redução do comportamento sedentário (AADAHN *et al.*, 2014; SHUVAL *et al.*, 2014a;

ACSM, 2018; CHIANG *et al.*, 2019). Esse modelo utiliza estágios de mudança para integrar processos e princípios de mudança provenientes das principais teorias de intervenção, frequentemente denominado modelo de estágios de mudança de comportamento (TORAL; SLATER, 2007). Os autores reforçam o conceito de que esse processo é dinâmico e sofre interferências do contexto local e temporal. A motivação para realizar uma mudança, portanto, é interna e pessoal, mas pode ser influenciada por fatores externos, como, por exemplo, a abordagem de profissionais de saúde. Assim, esse modelo, representa como, quando e porque as pessoas mudam seus comportamentos relacionados à saúde (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011; HÄFELE; SIQUEIRA, 2016).

De acordo com esse modelo, as alterações no comportamento relacionado à saúde ocorrem por meio de cinco estágios distintos: 1) pré-contemplação; 2) contemplação; 3) decisão; 4) ação; 5) manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; TORAL; SLATER, 2007). Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento relacionado à saúde, ou seja, mostra quando a mudança ocorre e qual é seu grau de motivação para realizá-la (TORAL; SLATER, 2007; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011).

No estágio de pré-contemplação, a mudança comportamental ainda não foi considerada pelo indivíduo ou não foram realizadas alterações no comportamento e não há intenção de adotá-las num futuro próximo (nos próximos 6 meses). Tal situação pode ser decorrente da falta de informações corretas sobre as conseqüências de seu comportamento ou refere-se à situação na qual o indivíduo já realizou diversas tentativas frustradas de alterar suas atitudes e atualmente não acredita mais em sua capacidade para modificá-las de forma efetiva. Ou seja, os indivíduos nesse estágio reconhecem a solução, mas não reconhecem o problema. Estes tendem a apresentar maior resistência, pouca motivação e são classificados como não prontos para os programas de promoção de saúde (TORAL; SLATER, 2007; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011). Em relação ao comportamento sedentário, este estágio corresponde àqueles que não reconhecem que permanecer prolongado período do dia em comportamento sedentário é prejudicial à saúde ou não dispõem da motivação necessária para alterá-las.

No estágio de contemplação, o indivíduo começa a considerar a mudança comportamental. Isto é, pretende-se alterar o comportamento nos próximos 6 meses, mas ainda não foi estabelecido um prazo para tanto. O indivíduo, portanto, reconhece

que o problema existe, está seriamente decidido a superá-lo, mas ainda não apresenta um comprometimento decisivo. Nesse estágio, há conhecimento dos benefícios da mudança, mas diversas barreiras são percebidas, as quais impedem a ação desejada (TORAL; SLATER, 2007; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011). Refere-se, por exemplo, ao indivíduo que reconhece que permanece prolongado período do dia em comportamento sedentário, mas acredita que a falta de tempo, o seu estilo de vida, ou profissão não possibilitam a adoção de hábitos mais saudáveis.

No estágio denominado preparação, o indivíduo pretende alterar seu comportamento nos próximos 30 dias. Geralmente, após ter superado tentativas anteriores frustradas, são realizadas pequenas mudanças e um plano de ação é adotado, ainda sem assumir um compromisso sério com o mesmo (TORAL; SLATER, 2007; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011). Considerando-se reduzir o prolongado período do dia em comportamento sedentário, um exemplo que poderia caracterizar esse estágio, seria: “na próxima semana eu iniciarei a redução do prolongado tempo sentado”.

Já no estágio de ação, os indivíduos alteraram de fato seu comportamento, suas experiências ou seu ambiente de modo a superar as barreiras antes percebidas. Tais mudanças são visíveis e ocorreram recentemente, como nos últimos 6 meses. Trata-se de um estágio que exige grande dedicação e disposição para evitar recaídas (TORAL; SLATER, 2007; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011). Por exemplo, um indivíduo que reduziu o prolongado tempo em comportamento sedentário, visando à melhora da saúde, e passa a perceber os primeiros benefícios da modificação de suas práticas anteriores poderia ser classificado em ação.

No estágio de manutenção, o indivíduo já modificou seu comportamento e o manteve por 6 meses ou mais. O foco daqueles assim classificados é prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante a ação. Cabe ressaltar que não se trata de um estágio estático, tendo em vista que há uma continuação da mudança de comportamento iniciada no estágio anterior (TORAL; SLATER, 2007; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011). Em relação à redução do tempo sentado, poderia corresponder a um adulto que passou por uma reeducação de comportamento e adotou um estilo de vida mais saudável há mais de um ano.

Ao analisar este contexto, importante entender que os estágios de mudança comportamental não podem ser interpretados apenas como uma sequência estática e linear, pois frequentemente observa-se que indivíduos classificados no estágio de

ação, não conseguem manter suas estratégias na primeira tentativa, o que promove uma nova classificação do indivíduo em estágios anteriores. Isto é, a ocorrência de recaídas é comum e leva a uma evolução dinâmica e a um delineamento em espiral do modelo de estágios de mudança (TORAL; SLATER, 2007; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011).

De acordo com o estágio em que o indivíduo se encontra, estratégias diferentes devem ser adotadas a fim de ajudá-lo a avançar (ACSM, 2018). Nessa perspectiva, um estudo de revisão sistemática conduzida por GARDNER *et al.* (2016) com foco em estratégias de mudança de comportamento usadas em intervenções de redução de comportamento sedentário entre adultos, apontou que as intervenções baseadas em persuasão ou educação, assim como em reestruturação ambiental, foram as mais promissoras em relação à redução desse comportamento. Eles também destacaram que as técnicas de mudança de comportamento mais promissoras eram automonitoramento, resolução de problemas e reestruturação do ambiente social ou físico.

Nesse sentido, a utilização dos estágios de mudança de comportamento no aconselhamento para a redução do comportamento sedentário pode ser considerado uma abordagem promissora para direcionar estratégias de intervenção, visto que para cada tipo de estágio comportamental identificado, atuações específicas são empregadas (MERIWETHER *et al.*, 2008; SHUVAL *et al.*, 2014a).

Outro modelo conhecido mundialmente que se baseia em teorias de mudança de comportamento, baseadas em evidências, aplicadas a diversos comportamentos de saúde e factíveis na Atenção Primária à Saúde é o modelo dos cinco As (5As) (GLASGOW; EMONT; MILLER, 2006; MORAES; LOCH; RECH, 2021). Este modelo utiliza a estratégia do autocuidado apoiado, com o objetivo de preparar e empoderar os pacientes para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada, enfatizando o papel central dos indivíduos no gerenciamento do seu próprio cuidado. O autocuidado é sustentado por uma metodologia desenvolvida pelo *National Cancer Institute* (NIH), em 1989, para ser utilizada com pessoas tabagistas. Entretanto, ao longo do tempo, essa metodologia sofreu alterações e pode ser aplicada em contextos clínicos diversos (MENDES, 2012).

A metodologia dos 5As, consiste em cinco estratégias que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde para apoiar a realização do aconselhamento para a redução do comportamento sedentário em seus pacientes, de acordo com a

seguinte ordenação: 1) *asses* (avaliação) (identifica as crenças, comportamentos e conhecimento dos pacientes); 2) *advise* (aconselhamento) (são orientados sobre os riscos e os benefícios da mudança de comportamento); 3) *agree* (acordo) (definição colaborativa de metas, de plano de ações e de grau de confiança); 4) *assist* (assistência/ajuda) (identificação de barreiras, uso de tecnologias de solução de problemas e apoio material e/ou social); 5) *arrange* (acompanhamento) (implementação do sistema de monitoramento, para acompanhar o paciente após a consulta, visando o apoio e reforço para o alcance das metas) (GLASGOW; EMONT; MILLER, 2006; CARROLL *et al.*, 2012).

Embora o corpo de evidências internacionais aponte efetividade de intervenções de aconselhamento baseadas no modelo 5As para a cessação do tabagismo, da atividade física e redução do comportamento sedentário, o uso dessa metodologia nos serviços de Atenção Primária à Saúde do Brasil é incipiente, o que mostra a necessidade do desenvolvimento de protocolos específicos, do treinamento dos profissionais de saúde, de investimentos infraestruturais e técnicos, entre outros, para que as ações de aconselhamento por profissionais de saúde ocorra de maneira padronizada e sistemática, atingindo uma maior parcela da população usuária desses serviços (MENDES, 2012; SHUVAL *et al.*, 2014a; CHIANG *et al.*, 2019; MORAES; LOCH; RECH, 2021).

As intervenções com aconselhamento para a redução do comportamento sedentário serão abordadas com maior profundidade na seção 2.9 deste referencial.

2.4 COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO: UM PANORAMA GERAL

O comportamento sedentário tem recebido atenção cada vez maior dos órgãos e organizações de saúde pública do mundo, como um importante fator de risco à saúde a ser enfrentado, devido a sua crescente prevalência na população e associação com desfechos negativos em saúde (OWEN *et al.*, 2010b; LYNCH; OWEN, 2015; PATTERSON *et al.*, 2018; STAMATAKIS *et al.*, 2019).

Este comportamento é considerado complexo e multifatorial (PRINCE *et al.*, 2017b) e caracterizado por indicadores definidos segundo: 1) domínios específicos (ambiente doméstico, escola/estudo/trabalho (ocupacional), lazer e transporte) e sofre influência de múltiplos fatores que operam a nível individual, social e institucional (OWEN *et al.*, 2011; MIELKE, 2012; TREMBLAY *et al.*, 2017; BLACKBURN *et al.*,

2020); 2) tipos específicos de comportamentos sedentários, como o tempo assistindo televisão, tempo utilizando computador, tempo de tela (agrupando tempo de televisão, computador, *vídeo game*, *smartphone*, *tablet*) trabalhar ou estudar longos períodos do dia sentado e/ou se deslocar sentado em veículos automotores (OWEN *et al.*, 2011; MIELKE, 2012); 3) a totalização do tempo destinado a todas as manifestações do comportamento sedentário ao longo do dia (tempo sentado total) (HEALY *et al.*, 2011). Dentre os vários indicadores de comportamento sedentário, o tempo sentado total (TST) e o tempo sentado assistindo televisão, são os mais utilizados na literatura, apresentando boa avaliação psicométrica (validade, reprodutibilidade e objetividade) (ATKIN *et al.*, 2012; ROCHA, 2017).

O comportamento sedentário, seja no tempo sentado ou no tempo de tela, apresenta características comuns, que são utilizadas para quantificar e identificar um padrão (TREMBLAY *et al.*, 2017; MELLO; RIBEIRO; OKUYAMA, 2020). As principais características são: 1) tempo sedentário: Qualquer tempo gasto (ex: minutos/dia) em comportamento sedentário, independentemente do contexto (ex: escola, trabalho, transporte); 2) tempo de tela: Tempo gasto em visualização de tela (ex: computadores, smartphones, televisão), com diferentes consequências, segundo o tipo de comportamento de tela; 3) período sedentário: Período ininterrupto de tempo sedentário; 4) quebra no comportamento sedentário: Qualquer atividade não sedentária (gasto energético > 1,5 METs) realizada entre dois períodos de comportamento sedentário; 5) padrão de comportamento sedentário: Maneira como o comportamento sedentário é acumulado ao longo da semana. Por exemplo, o período sedentário e o tipo de atividade (tempo de tela ou não) durante o dia.

Como descrito anteriormente, o comportamento pode ser entendido como aquelas atividades que não aumentam substancialmente o gasto energético e que podem ser caracterizadas por atividades como assistir televisão, *jogar vídeo game*, utilizar computador, *smartphone*, *tablet*, ou ainda, o tempo sentado no trabalho ou no deslocamento. Operacionalmente, caracteriza-se por atividades que possuem um dispêndio energético entre 1,0 e 1,5 METs (OWEN *et al.*, 2011; MIELKE, 2012; TREMBLAY *et al.*, 2017).

Sob essa concepção, levando-se em consideração o caráter complexo e multifacetário do comportamento sedentário, conceitualmente, pode ser entendido como um conjunto de atividades que apresentam determinantes comportamentais,

biológicos, socioculturais, demográficos e ambientais e com consequências negativas à saúde (MIELKE, 2012; TREMBLAY *et al.*, 2017).

Além disso, este comportamento pode coexistir e competir com a atividade física (OWEN *et al.*, 2000). Por exemplo, mesmo que um sujeito esteja envolto a condições que o levem a ser fisicamente ativo é possível que outras, ou até as mesmas, condições sociais, ambientais e culturais que o cercam, influenciem no seu tempo diário despendido em comportamentos sedentários. Neste sentido, embora uma pessoa que não atinja as recomendações de prática de atividade física possa despende muito tempo em comportamentos sedentários, por outro lado também é possível que um indivíduo classificado como fisicamente ativo passe prolongados períodos do dia sentado (MIELKE, 2012).

Dessa forma, mesmo que um adulto atinja ou supere as recomendações de atividade física (WHO, 2020b), evidências apontam que prolongados períodos diários despendidos em comportamento sedentário, estão associados a maior incidência de hipertensão, diabetes, câncer, excesso de peso, indicadores de síndrome metabólica e mortalidade por todas as causas (risco este agravado com quantidades maiores de comportamento sedentário) (HEALY *et al.*, 2008b; OWEN *et al.*, 2010a; PROPER *et al.*, 2011; THORP *et al.*, 2011; LEE *et al.*, 2012b; THYFAULT *et al.*, 2015; REZENDE *et al.*, 2016; KATZMARZYK *et al.*, 2019; STAMATAKIS *et al.*, 2019; OWEN *et al.*, 2020). Portanto o equilíbrio entre gasto energético total diário, tempo despendido em comportamento sedentário e atividades físicas leves, moderadas e vigorosas, torna-se importante à medida que evidências apontam associações positivas destas atividades, com desfechos positivos em saúde (MIELKE, 2012; SHUVAL *et al.*, 2014a; MANINI *et al.*, 2015; EKELUND *et al.*, 2016; TREMBLAY *et al.*, 2017; STAMATAKIS *et al.*, 2019; EKELUND *et al.*, 2020).

Neste contexto, estudos de grande escala, metanálises e coortes que utilizaram dados de exposição autoreportados de participantes, para investigar as associações conjuntas entre atividade física e comportamentos sedentários, concluíram que altos níveis de atividade física moderada a vigorosa atenuam ou mesmo eliminam as associações entre o prolongado tempo em comportamento sedentário e o risco de mortalidade (EKELUND *et al.*, 2016; EKELUND *et al.*, 2019a; STAMATAKIS *et al.*, 2019; MCLAUGHLIN *et al.*, 2020; OWEN *et al.*, 2020).

Por exemplo, um estudo de metanálise com mais de um milhão de adultos participantes, sugeriu que 60-75 minutos diários de atividade física moderada a

vigorosa eram necessários para eliminar o risco aumentado de mortalidade associado ao tempo sentado (EKELUND *et al.*, 2016). Enquanto outros, concluíram que a atividade física equivalente ao cumprimento das recomendações atuais de 150 a 300 min de atividade física moderada a vigorosa por semana, atenuou efetivamente esta associação (STAMATAKIS *et al.*, 2019).

Contudo, a quantidade de tempo de atividade física moderada a vigorosa necessária para atenuar ou eliminar o risco de mortalidade associado ao prolongado tempo em comportamento sedentário, variou entre os estudos. Assim, importante destacar que a avaliação autoreportada da atividade física e do comportamento sedentário apresenta validade limitada para estimar a intensidade e a quantidade ideal de atividade física para atenuar ou eliminar estes efeitos deletérios (EKELUND *et al.*, 2020).

Porém EKELUND *et al.* (2020) conduziram um estudo de metanálise harmonizada, onde avaliaram as associações entre diferentes combinações de atividade física e comportamento sedentário com todas as causas de mortalidade, utilizando medidas objetivas, derivadas de acelerômetro e concluíram que cerca de 30 a 40 minutos de AFMV por dia, atenuam a magnitude dessa associação, o que é menor do que as estimativas anteriores de dados autoreportados.

Dentro dessa concepção, o Comitê Consultivo de Diretrizes de Atividade Física (PAGAC) de 2018, para a segunda edição das Diretrizes de Atividade Física para Americanos, reuniu um subcomitê para revisar e resumir em um relatório de acompanhamento, as evidências científicas atuais sobre as relações entre comportamento sedentário e resultados de saúde em adultos. Eles também reconheceram que a associação entre comportamento sedentário e mortalidade por todas as causas pode variar de acordo com a quantidade de atividade física moderada a vigorosa realizada e que pessoas que passam prolongado período do dia em comportamento sedentário e os fisicamente inativos, estão mais expostos aos efeitos deletérios desse comportamento (USDHHS, 2018; KATZMARZYK *et al.*, 2019).

Para ilustrar este conceito, os pesquisadores desenvolveram um mapa de calor para o PAGAC (KATZMARZYK *et al.*, 2019; OWEN *et al.*, 2020), para destacar os riscos de mortalidade por todas as causas associados às combinações de tempo sentado e AFMV da meta-análise harmonizada de (EKELUND *et al.*, 2016). Pessoas que permanecem prolongado período do dia em comportamento sedentário e que praticam menos AFMV, apresentam maior risco. Por outro lado, o baixo risco de

mortalidade por todas as causas é evidente naquelas com menores níveis diários de comportamento sedentário e maiores níveis de AFMV (OWEN *et al.*, 2020).

Com base nesses achados, MATTHEWS (2019) apresentou três opções de intervenções para reduzir os riscos de mortalidade por todas as causas em pessoas adultas, com níveis diários elevados de comportamento sedentário. Dentre às três opções propostas, a que recomenda aumentar os níveis semanais de AFMV aos níveis recomendados (150 a 300 min/sem) pela (WHO, 2020b) e reduzir em 8 horas por dia o tempo sentado diário é a que apresenta maior efetividade na redução do risco.

Uma perspectiva adicional sobre a interação entre o prolongado tempo sentado, AFMV e desfechos negativos em saúde, será abordada no capítulo que trata sobre os malefícios do comportamento sedentário. Estas evidências apontam para a importância da prática regular de AFMV como estratégia promissora para atenuar e até eliminar os efeitos negativos do prolongado tempo em comportamento sedentário à saúde (EKELUND *et al.*, 2016; STAMATAKIS *et al.*, 2019; EKELUND *et al.*, 2020).

Outro comportamento associado ao desenvolvimento de doenças crônicas é a inatividade física. À medida que os países se desenvolvem do ponto de vista econômico, os níveis de inatividade aumentam (WHO, 2018c; ISPAH, 2020). Por exemplo, estima-se que aproximadamente 27,5% dos adultos do mundo não cumprem as recomendações mínimas de atividade física para obter benefícios à saúde (HALLAL *et al.*, 2012; GUTHOLD *et al.*, 2018). No Brasil, estima-se que 13,7% dos brasileiros com 18 anos ou mais, e que residem nas capitais, sejam inativos fisicamente e que 44,1% sejam insuficientemente ativos (BRASIL, 2020e). Em relação ao comportamento sedentário, estima-se que os adultos brasileiros permanecem 7 horas por dia sentados, assistindo televisão, jogando *vídeo game*, usando computador, *smartphone*, *tablet* e/ou em veículos automotores (OWEN *et al.*, 2011; FERRARI *et al.*, 2019).

Além disso, a inatividade física é o quarto principal fator de risco responsável por mortes em todo o mundo, e responsável por aproximadamente 6-10% das principais doenças não transmissíveis: 6% dos casos de doenças cardiovasculares; 7% das ocorrências de diabetes tipo 2; 10% dos casos de câncer de mama e de câncer de cólon (WHO, 2009; LEE *et al.*, 2012a).

Em particular, a combinação de altas quantidades de comportamento sedentário e baixas quantidades de atividade física moderada a vigorosa está

associada a mortalidade por todas as causas e mortalidade cardiovascular (LAVIE *et al.*, 2019; STAMATAKIS *et al.*, 2019; EKELUND *et al.*, 2020). Neste sentido, se houvesse uma redução de 25% nos níveis globais de inatividade física, mais de 1,3 milhões de mortes poderiam ter sido evitadas (LEE *et al.*, 2012a). Em aspectos econômicos, a inatividade física custou \$53,8 bilhões aos sistemas de saúde do mundo em 2013, sendo que \$31,2 bilhões foram pagos pelo setor público (DING *et al.*, 2016). Em uma perspectiva nacional, estima-se que o comportamento sedentário tenha custado cerca de £ 700 milhões ao sistema de saúde do Reino Unido entre os anos de 2016 e 2017 (HERON *et al.*, 2019).

Diante disto, com o objetivo de reduzir o impacto negativo nos sistemas de saúde, no ambiente, no desenvolvimento econômico, no bem-estar e na qualidade de vida da população, decorrentes dos altos níveis globais de comportamento sedentário e de inatividade física, órgãos, entidades, instituições e organizações mundiais de saúde têm conduzido grandes discussões, debates e estratégias de promoção e prevenção em saúde pública (WHO, 2018c; STAMATAKIS *et al.*, 2019; DEMPSEY *et al.*, 2020; ISPAH, 2020; POLO *et al.*, 2020).

Neste contexto, a Assembleia Geral das Nações Unidas, percebendo que os indicadores econômicos, sociais e ambientais dos últimos anos eram pessimistas quanto ao futuro das próximas gerações, propôs em setembro de 2015, que os seus 193 países membros assinassem o documento “Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, um plano global composto por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) e 169 metas. Seu principal objetivo é garantir até 2030 o desenvolvimento humano e o atendimento às necessidades básicas do cidadão por meio de um processo econômico, político e social que respeite o ambiente e a sustentabilidade (ONU, 2015).

Dentre os 17 ODS, destacam-se: 1) ODS 3: que é dedicado à “Saúde e ao Bem-Estar” (meta geral: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades); 2) ODS 4: que aborda a “Educação de Qualidade” (meta geral: assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos) e o 3) ODS 11: que trata sobre “Cidades e Comunidades Sustentáveis” (meta geral: tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis) (ONU, 2015).

Neste sentido, os serviços de Atenção Primária à Saúde apresentam um papel fundamental para o cumprimento destes e dos demais objetivos, pois aborda

os determinantes mais amplos da saúde, por meio da ação intersetorial e de políticas de saúde, como a promoção da equidade e da justiça social e do empoderamento e participação de comunidades e indivíduos. Uma destas ações ofertadas pela APS é o aconselhamento realizado por profissionais de saúde com foco na redução do comportamento sedentário e da promoção da atividade física, auxiliando no empoderamento das pessoas para que autogerenciem o seu estilo de vida para hábitos mais saudáveis. Ao promover saúde, a APS contribui para o desenvolvimento sustentável mais amplo, melhorando a vida das pessoas (HONE; MACINKO; MILLETT, 2018; ISPAH, 2020).

Preocupada em reforçar o combate ao problema global da inatividade física, a Organização Mundial da Saúde lançou em 2018 o Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030. Este plano estabelece metas, para todos os países, para reduzir a inatividade física em 10% até 2025 e 15% até 2030. Descreve ainda quatro objetivos estratégicos: 1) criar sociedade ativas (normas sociais e atitudes); 2) criar ambientes ativos (espaços e lugares); 3) criar sistemas ativos (governança e políticas) e 4) criar pessoas ativas (programas e oportunidades) e recomenda 20 ações políticas que são universalmente aplicáveis a todos os países e abordam os múltiplos determinantes culturais, ambientais e individuais da inatividade. O documento também pede apoio ao treinamento de profissionais de saúde e outros profissionais, sistemas de dados mais sólidos, bem como o uso de tecnologias digitais (WHO, 2018c).

Outras estratégias de promoção global de atividade física como a publicação de guias e diretrizes por agências governamentais e instituições internacionais de saúde tem sido conduzidas e orientam o cumprimento de níveis ideais de atividade física para a saúde, em crianças, adolescentes, adultos, adultos mais velhos, bem como em subpopulações específicas, incluindo mulheres grávidas e aquelas que vivem com doenças crônicas e/ou deficiências. Estas recomendações são importantes pois fornecem para a população informações atualizadas sobre questões de saúde, qualidade de vida e especificidades da prática de atividades físicas o que pode ajudar a aumentar a adesão a longo prazo. Além disso, estas estratégias de atividade física podem ser utilizadas em conjunto com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e com o Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030 pelos gestores, políticos e profissionais de saúde, para a construção e o

delineamento de ações e políticas nacionais de saúde (USDHHS, 2018; DEMPSEY *et al.*, 2020; ISPAH, 2020; ROSS *et al.*, 2020; WHO, 2020b; CHASTIN *et al.*, 2021).

Mais recentemente, a OMS publicou as novas Diretrizes sobre Atividade Física e Comportamento Sedentário. Esta nova edição atualiza as recomendações anteriores da OMS publicadas em 2010. Elas reafirmam as mensagens de que alguma atividade física é melhor do que nenhuma, que mais atividade física é melhor para resultados ideais de saúde e fornecem uma nova recomendação sobre a redução de comportamentos sedentários. Essas diretrizes destacam a importância de realizar regularmente atividades aeróbicas e de fortalecimento muscular e, pela primeira vez, há recomendações específicas para populações específicas, incluindo mulheres grávidas, puérperas e pessoas que vivem com doenças crônicas ou deficiências. Essas diretrizes devem ser usadas para informar as políticas nacionais de saúde alinhadas com o Plano de Ação Global da OMS sobre Atividade Física 2018-2030 e fortalecer os sistemas de vigilância que acompanham o progresso em direção às metas nacionais e globais (BULL *et al.*, 2020; WHO, 2020b; CHASTIN *et al.*, 2021).

Essas diretrizes são corroboradas pelas recomendações do Guia de Atividade Física para a População Brasileira, publicado recentemente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021b). Neste Guia, a atividade física é abordada em todos os ciclos de vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos), (em algumas condições: gestantes e pessoas com deficiência), além do destaque para a Educação Física Escolar. Também são esclarecidos alguns conceitos importantes como o de atividade física e de seus domínios, o de exercício físico e o de comportamento sedentário, para que a população tenha uma vida ativa, promovendo a saúde e a melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, embora este documento aborde orientações para serem adotadas pela população residente no Brasil, um país de renda média-alta, elas podem ser extrapoladas para um contexto global, como estratégia promissora de enfrentamento e prevenção de doenças crônicas, bem como de promoção à saúde.

Embora as novas diretrizes da OMS recomendem sobre a quantidade ideal de atividade física de intensidade moderada a vigorosa (AFMV) associada a benefícios para a saúde (150 a 300 min/sem), ainda não existe um consenso sobre um limite específico de tempo em comportamento sedentário não prejudicial à saúde. Entretanto EKELUND *et al.* (2016) apontam que permanecer em comportamento sedentário por ≥ 8 horas/dia aumenta em 27% a mortalidade em comparação com passar < 4 horas/dia nos sujeitos inativos. Indivíduos inativos que

passam <4 horas/dia ou ≥8 horas/dia em comportamento sedentário, apresentam taxas de mortalidade 27% e 59% maiores, respectivamente, do que pessoas altamente ativas, independentemente do período em comportamento sedentário. No entanto, níveis diários e elevados de atividade física de intensidade moderada (60 a 75 minutos), podem atenuar o risco de mortalidade associado ao prolongado tempo em comportamento sedentário.

Já o estudo de STAMATAKIS *et al.* (2019) encontrou que adultos insuficientemente ativos que permanecem oito ou mais horas por dia em comportamento sedentário apresentam 27% maior risco de mortalidade por todas as causas. Contudo, níveis diários de atividade física moderada a vigorosa (150 a 300 min/sem) equivalentes ao cumprimento das recomendações atuais da OMS, atenuam ou eliminam efetivamente tais riscos.

Nesse contexto, a OMS e as Diretrizes de Atividade Física para Americanos, 2ª edição não estabeleceram em suas diretrizes um limite o qual as pessoas poderiam permanecer em comportamento sedentário sem prejudicar a saúde (USDHHS, 2018; WHO, 2020b). Contudo, as Diretrizes Canadenses de Movimento 24 Horas para Adultos de 18 a 64 anos e Adultos com 65 anos ou mais: uma integração de atividade física, comportamento sedentário e sono, publicadas em 2020, recomendam limitar o tempo em comportamento sedentário em oito ou menos horas por dia, como estratégia comportamental de prevenção em saúde (ROSS *et al.*, 2020). Nessa perspectiva, o Guia de Atividade Física para a População Brasileira orienta que adultos e idosos devem movimentar-se por pelo menos 5 minutos a cada uma hora em que permanecem sentados ou deitados assistindo à televisão ou usando o *smartphone*, computador, *tablet* ou *videogame*. O documento ressalta que essas pequenas atitudes podem ajudar a diminuir o tempo diário em comportamento sedentário e melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2021b).

Com relação aos indivíduos que permanecem prolongado período do dia em comportamento sedentário, tanto as Diretrizes Canadenses, as da OMS, como as do Guia de Atividade Física para a População Brasileira (ROSS *et al.*, 2020; WHO, 2020b; BRASIL, 2021b) recomendam aumentar os níveis de atividade física como fator protetivo à saúde. No entanto, eles não forneceram informações específicas sobre como a quantidade de atividade física deve ser alterada para diferentes níveis de tempo em comportamento sedentário para produzir benefícios à saúde. Nessa perspectiva, as Diretrizes de Atividade Física para Americanos, 2ª edição apresentam

um mapa de calor que ilustra como diferentes combinações de tempo despendido em comportamento sedentário e atividade física altera o risco de mortalidade por todas as causas, porém, não fornece informações quantitativas (USDHHS, 2018; CHASTIN *et al.*, 2021).

Essa lacuna se deve em parte às abordagens metodológicas e conceituais usadas até o momento para construir a base de evidências que sustentam as recomendações de atividade física. Pesquisas anteriores tentaram estimar associações dose-resposta entre atividade física moderada a vigorosa e comportamento sedentário independentemente, no entanto, isso é difícil de fazer porque o dia é limitado a 24 horas e, portanto, esses dois comportamentos são codependentes, junto com atividades de intensidade leve (incluindo ficar em pé) e sono. Diante disso, poucos estudos investigaram a associação prospectiva conjunta entre comportamento sedentário e atividade física com desfechos de saúde, como mortalidade por todas as causas (EKELUND *et al.*, 2016; MCGREGOR *et al.*, 2019; STAMATAKIS *et al.*, 2019; VON ROSEN; DOHRN; HAGSTRÖMER, 2020).

De fato, muitas pessoas são obrigadas a permanecer em comportamento sedentário por longos períodos diariamente, seja por causa de sua ocupação, do ambiente ao qual interagem, de sua condição física ou condição de saúde. Portanto, é importante quantificar como os níveis de atividade física devem ser adaptados para melhorar a saúde em diferentes níveis de comportamento sedentário (CHASTIN *et al.*, 2021).

Assim, no sentido de suprir esta lacuna, CHASTIN *et al.* (2021) apresentaram formas alternativas de fornecer evidências prospectivas sobre a relação entre o tempo gasto em atividade física, em comportamento sedentário e desfechos em saúde, utilizando uma abordagem de análise de dados composicionais. Por exemplo, para indivíduos que permanecem longos períodos diários em comportamento sedentário (11 horas/dia), 40 minutos diários de atividade física moderada a vigorosa seriam necessários para reduzir 30% do risco de mortalidade por todas as causas. Alternativamente, para indivíduos menos sedentários (6 horas/dia), apenas 5 minutos podem ser suficientes para obter a mesma redução deste risco. Esta abordagem pode fornecer evidências para futuras recomendações integradas que refletem as interações entre diferentes comportamentos físicos, como atividade física moderada a vigorosa e comportamento sedentário. Porém, este estudo possui limitações que

devem ser consideradas, assim, os resultados quantitativos apresentados não constituem recomendações e devem ser interpretados com cautela.

Dessa maneira, considerando-se que grande parte da população permanece prolongado período do dia em comportamento sedentário, seja devido a sua ocupação, ambiente ao qual interage, condição física e de saúde, quantificar como os níveis de atividade física devem ser adaptados para melhorar a saúde em diferentes níveis de comportamento sedentário parece ser o foco para estudos futuros, no sentido de subsidiar a construção de diretrizes mais específicas (CHASTIN *et al.*, 2021).

Em relação às recomendações sobre comportamento sedentário introduzidas nas Diretrizes Canadenses de Movimento 24 Horas para Adultos e Adultos mais velhos, nas Diretrizes da OMS para Atividade Física e Comportamento Sedentário e no Guia de Atividade Física para a População Brasileira, pode-se considerar um avanço na saúde pública global em termos de diretrizes, pois fornecem informações de saúde atualizadas, de qualidade e baseadas em evidências, abordando o impacto do comportamento sedentário na saúde, bem como recomendações de como reduzi-lo e manter-se fisicamente ativo em todas as idades (BULL *et al.*, 2020; DEMPSEY *et al.*, 2020; ROSS *et al.*, 2020; WHO, 2020b; BRASIL, 2021b).

Neste sentido, considerando-se que o presente estudo analisou o público adulto e idoso (≥ 18 anos), serão abordadas apenas as recomendações sobre comportamento sedentário para estas faixas etárias, presentes nas Diretrizes Canadenses de Movimento 24 Horas para Adultos e Adultos mais velhos, nas Diretrizes da OMS para Atividade Física e Comportamento Sedentário e no Guia de Atividade Física para a População Brasileira (ROSS *et al.*, 2020; WHO, 2020b; BRASIL, 2021b).

Assim, as Diretrizes Canadenses de Movimento 24 Horas para Adultos e Idosos, recomendam: 1) limitar o tempo diário despendido em comportamento sedentário em ≤ 8 horas/dia, incluindo ≤ 3 horas de tempo recreativo de tela; 2) substituir o comportamento sedentário por atividade física adicional e trocar atividades físicas leves por atividade física moderada a vigorosa, preservando o sono suficiente, para proporcionar benefícios adicionais à saúde; 3) realizar a “quebra” (*Breaks*) do prolongado tempo diário despendido em comportamento sedentário sempre que possível, com a introdução de atividades leves, entre dois períodos de comportamento

sedentário, por exemplo, levantar-se e permanecer em pé por um período, antes de se sentar novamente (ROSS *et al.*, 2020).

Já as Diretrizes da OMS para Atividade Física e Comportamento Sedentário recomendam que adultos (18 a 64 anos) e idosos (≥ 65 anos) devem: 1) limitar a quantidade de tempo em comportamento sedentário. A substituição do tempo sedentário com atividades físicas de qualquer intensidade (inclusive baixa intensidade) pode proporcionar benefícios adicionais à saúde; 2) realizar mais do que as quantidades recomendadas de atividades físicas de moderada a vigorosa intensidade, para auxiliar a reduzir os efeitos deletérios de altos níveis de comportamento sedentário para a saúde. Além disso, adultos e idosos devem realizar exercícios resistidos e de flexibilidade ao menos duas vezes por semana (WHO, 2020b). Adicionalmente a estas recomendações, idosos com idade igual ou superior à 65 anos, precisam incluir exercícios em diferentes planos cardinais e equilíbrio (GIROIR, 2018).

Porém, existe também recomendações sobre comportamento sedentário para mulheres grávidas e no pós-parto e para adultos e idosos com condições crônicas (≥ 18 anos). Para a categoria mulheres grávidas e no pós-parto, recomenda-se: 1) limitar a quantidade do tempo em comportamento sedentário; 2) Substituir o tempo sedentário com atividades físicas de qualquer intensidade (inclusive baixa intensidade) para proporcionar benefícios adicionais à saúde. Adultos e idosos com condições crônicas, devem: 1) limitar a quantidade de tempo em comportamento sedentário; 2) substituir o tempo sedentário com atividade física de qualquer intensidade (inclusive baixa intensidade) para proporcionar benefícios adicionais à saúde (WHO, 2020b).

Tratando-se do Guia de Atividade Física para a População Brasileira, as recomendações destinadas à adultos e idosos para reduzir o tempo diário em comportamento sedentário, sugerem que: 1) a cada uma hora sentado ou deitado, por exemplo: assistindo televisão, utilizando equipamentos eletrônicos, entre outros, deve-se movimentar-se por pelo menos 5 minutos para mudar de posição e ficar em pé, ir ao banheiro, beber água e alongar o corpo; 2) para aqueles que permanecem prolongados períodos do dia sentados, recomenda-se aumentar os níveis diários de atividade física como mecanismo compensatório e protetivo à saúde. Estas recomendações são também direcionadas às pessoas adultas e idosas com deficiência e às gestantes e mulheres adultas no pós-parto. O Guia também traz

recomendações específicas para as crianças, jovens, escolares, comunidade escolar, pais/responsáveis de alunos e para os professores de educação que atuam em escola. Esse é um importante documento educativo para sensibilizar a população à adoção de comportamentos saudáveis (BRASIL, 2021b).

Diretrizes globais e nacionais sobre atividade física e comportamento sedentário são componentes importantes para subsidiar políticas e ações de saúde pública abrangentes e efetivas. A OMS recomenda que todos os países estabeleçam diretrizes nacionais e definam metas de atividade física e de redução do comportamento sedentário. Para ajudar a apoiar as populações a atingir as metas e manter níveis saudáveis de atividade física e reduzir os níveis de comportamento sedentário, todos os países são orientados a desenvolver e implementar políticas e programas nacionais e subnacionais adequados para permitir que pessoas de todas as idades e habilidades sejam fisicamente ativas e melhorem sua saúde (WHO, 2020b).

Dessa maneira, ao passo que o comportamento sedentário é onipresente na vida das pessoas e o corpo de evidências o inserem como um fator de risco à saúde modificável, torna-se importante implementar e direcionar ações específicas para facilitar o seu controle e promover atividade física, como o aconselhamento realizado por profissionais de saúde no contexto da APS, visto que 70% da população brasileira utiliza regularmente os serviços ofertados pelo SUS, sendo as UBS as mais referidas (47%). Estas ações estão alinhadas aos objetivos e metas propostas pela Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da ONU e pelo Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030 da OMS e são uma estratégia viável e promissora para promover o bem-estar e qualidade de vida da comunidade (SHUVAL *et al.*, 2014a; ONU, 2015; WHO, 2018c; IBGE, 2020c; ISPAH, 2020; WHO, 2020b).

2.5 PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Em países desenvolvidos e em desenvolvimento, as transições sociais, econômicas e ambientais enfrentadas ao longo das décadas, contribuíram para que as pessoas se movimentem menos e permaneçam longos períodos do dia sentados, no ambiente doméstico, no ambiente ocupacional, no lazer e no deslocamento, assistindo televisão, jogando *vídeo game*, usando computador, *smartphone*, *tablet*,

e/ou em veículos automotores (OWEN *et al.*, 2010b; OWEN *et al.*, 2011; OWEN *et al.*, 2020).

Embora os efeitos protetivos da prática regular de atividade física para a saúde estejam bem estabelecidos na literatura (WHO, 2010; USDHHS, 2018); 27,5% da população adulta mundial não atinge a quantidade mínima recomendada de atividade física por semana (WHO, 2010; USDHHS, 2018; GIROIR, 2018; GUTHOLD *et al.*, 2018; HEARTS, 2018). Na América Latina, a prevalência de inatividade física é de (39%) (GUTHOLD *et al.*, 2018). No Brasil, estima-se que 13,7% dos brasileiros, com 18 anos ou mais, residentes nas 27 capitais e no Distrito Federal, sejam inativos fisicamente e que 44,1% sejam insuficientemente ativos (BRASIL, 2020e).

A inatividade física é considerada o quarto principal fator de risco responsável por mortes em todo o mundo além de ser responsável por aproximadamente 6 - 10% das principais doenças não-transmissíveis; 6% dos casos de doenças cardiovasculares; 7% das ocorrências de diabetes tipo 2; 10% dos casos de câncer de mama e de câncer de cólon (WHO, 2009; LEE *et al.*, 2012b). Em 2008, a inatividade física causou mais de 5 milhões de mortes prematuras. No entanto, uma possível redução de 25% na prevalência dessa inatividade, poderia ter evitado mais de 1,3 milhões de mortes (WHO, 2009; LEE *et al.*, 2012b).

O impacto dessa relação sobre os custos com saúde em países desenvolvidos é preocupante, uma vez que até 3% dos recursos financeiros disponíveis, sejam utilizados devido à inatividade física (OLDRIDGE, 2008). Em 2013, a inatividade física custou \$53,8 bilhões aos sistemas de saúde do mundo, sendo que \$31,2 bilhões foram pagos pelo setor público (DING *et al.*, 2016).

Assim como a inatividade física, o comportamento sedentário apresenta uma ampla variação entre os países e considerado um importante fator de risco para a saúde (OWEN *et al.*, 2010b; BAUMAN *et al.*, 2011; REZENDE *et al.*, 2016; BIDDLE *et al.*, 2019; OWEN *et al.*, 2020). Neste sentido, Rezende e colaboradores (2016), analisaram dados de 54 países, sobre o tempo que a população despense por dia em comportamento sedentário (tempo sentado), tamanho da população, tabela de vida e mortes em geral, coletados de uma metanálise. Eles concluíram que o prolongado tempo em comportamento sedentário (tempo sentado), foi responsável por 3,8% de todas as causas de mortalidade (cerca de 433.000 mortes/ano) entre esses 54 países. A mortalidade por todas as causas, devido ao prolongado tempo sentado, foi maior nos países da região do Pacífico Ocidental, seguida pelos países da Europa,

Mediterrâneo Oriental, América e Sudeste Asiático. Os autores também apontam, que reduzir o tempo despendido em comportamento sedentário, aumentaria a expectativa de vida em 0,20 anos nesses países (REZENDE *et al.*, 2016).

O aumento da prevalência do comportamento sedentário, reflete em impacto econômico direto e indireto, em nível global. Evidências apontam, que as reduções nas prevalências de inatividade física e/ou no tempo em comportamento sedentário, resultariam diretamente em redução nos custos com saúde (BUENO *et al.*, 2016). Devido ao estilo de vida sedentário e a falta da prática regular de atividade física, foram gastos nos Estados Unidos, somente no ano de 1995, 24,3 bilhões de dólares com cuidados à saúde, conforme estudo baseado em dados secundários. Destes, 8,9 e 2,3 bilhões de dólares foram devidos a gastos com doença coronariana e hipertensão (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010).

No Brasil, haveria economia de USD\$ 1,14 bilhões dos custos em saúde, devido ao menor número de internações por diabetes mellitus tipo II e pelo menor uso de medicamentos para diabetes e hipertensão, caso a prevalência do comportamento sedentário fosse 50% menor que a atual (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010). No ano 2000, no Canadá, foi estimado que a redução de 10% no número de indivíduos que passam prolongado tempo em comportamento sedentário (Gasto Energético < 12,6 kJ/kg de peso corporal por dia) significaria a economia de USD\$ 150 milhões por ano nos custos diretos com saúde (KATZMARZYK; GLEDHILL; SHEPHARD, 2000; BUENO *et al.*, 2016).

Mais recentemente, Heron e colaboradores (2019), avaliaram os custos diretos de saúde no Reino Unido, decorrentes do prolongado tempo em comportamento sedentário. Os custos do National Health Service (NHS), associados ao prolongado tempo em comportamento sedentário (≥ 6 horas/dia) foram estimados por um período de 1 ano (2016-2017). Eles concluíram, que os custos totais do NHS atribuíveis ao prolongado tempo em comportamento sedentário foram de £ 700 milhões por ano e se ocorresse uma redução do comportamento sedentário no período avaliado, 69.276 mortes no Reino Unido poderiam ter sido evitadas (HERON *et al.*, 2019).

Assim, dado o consolidado corpo de evidências sobre os efeitos prejudiciais causados pelo prolongado tempo em comportamento sedentário na saúde e na economia, medir esse importante fator de risco, torna-se uma necessidade global (MCLAUGHLIN *et al.*, 2020; OWEN *et al.*, 2020).

Embora o tempo sentado seja considerado uma medida comum de comportamento sedentário, globalmente, apenas 29% dos países coletaram dados sobre o tempo sentado de adultos nos últimos 10 anos. Em contraste, a maioria dos países (90%), coletam regularmente dados sobre atividade física e outros comportamentos de saúde (por exemplo, tabagismo). O monitoramento dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, é um passo importante para a saúde pública, visto que as evidências poderão subsidiar ações de enfrentamento mais efetivas, podendo ser componentes padronizados dos sistemas de vigilância em todos os países. Dessa maneira, mais pesquisas de alta qualidade devem ser conduzidas para entender quanto tempo em média as pessoas passam sentadas (HEALY *et al.*, 2011; MCLAUGHLIN *et al.*, 2020; SBRN, 2020).

A medida subjetiva do Tempo Sentado Total (TST) como indicador de comportamento sedentário por meio de questionário, continua sendo o método mais popular para coleta de dados em nível de país, pois pode ser incorporada a pesquisas existentes com relativa facilidade. No entanto, devido às limitações deste método, deve-se considerar o uso de abordagens mais robustas, como dispositivos de monitoramento, bem como a coleta de dados em mais países (MCLAUGHLIN *et al.*, 2020; SBRN, 2020).

Os estudos que avaliam a prevalência do tempo sentado, podem divergir significativamente em seus resultados, pois a falta de padronização na medida de comportamento sedentário, bem como a falta de consenso sobre a melhor forma de operacionalização da medida, torna difícil a comparação entre os estudos (MIELKE, 2012; BOYINGTON *et al.*, 2015; GIBBS *et al.*, 2015; ROCHA, 2017).

Apesar do corpo de evidências sobre prevalência do tempo sentado na população adulta ser incipiente e restrito, assim como as diferentes metodologias adotadas entre eles, os dados internacionais e nacionais sobre prevalência de comportamento sedentário, evidenciam elevadas proporções de tempo despendido nesse tipo de comportamento. Percebe-se também, uma concentração maior de estudos em países de alta renda (MIELKE, 2012).

Um estudo de prevalência internacional, conduzido por Bauman e colaboradores, utilizou medida indireta de comportamento sedentário, por meio do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Participaram do estudo, 49.493 adultos, de 18 a 65 anos, residentes em 20 países. Estimou que a mediana de tempo sentado total entre estes países foi de (5,8 horas/dia), com quintis variando de <3

horas/dia a ≥ 9 horas/dia. O tempo médio sentado, variou amplamente entre os países. Por exemplo: as menores medianas de tempo sentado foram reportadas pelos adultos de Portugal, Brasil e Colômbia (medianas ≤ 3 horas/dia), enquanto adultos de Taiwan, Noruega, Hong Kong, Arábia Saudita e Japão, reportaram (medianas ≥ 6 horas/dia) (BAUMAN *et al.*, 2011).

Matthews e colaboradores (2008), avaliaram o comportamento sedentário através de medida objetiva, com uso de acelerômetros, em aproximadamente 6.000 indivíduos americanos, participantes do National Health and Nutrition Examination Survey nos EUA. Os resultados apontam que 56% dos adultos participantes do estudo, permanecem em média 7,7 horas/dia em comportamento sedentário. Sendo assim, o restante do tempo é utilizado entre atividades leves e AFMV, com predomínio de atividades leves (MATTHEWS *et al.*, 2008; MIELKE, 2012).

Uma pesquisa, com dados de 66 países, encontrou uma prevalência global no tempo sentado de adultos de 41,5% (IC95%: 41,3-41,7). Contudo, os dados variaram bastante entre as regiões do mundo. Considerando o tempo de 4h/dia sentado, observou-se 64,1% (IC95%: 63,5-64,7) na Europa; 55,2% (IC95%: 54,3-56,1) nas Américas; 41,4% (IC95%: 40,1-42,7) no Meiterrâneo Ocidental; 39,8% (IC95%: 39,3-40,3) no Pacífico Oriental; 38% (IC95%: 37,4-38,2) na África e 23,8% (IC95%: 23,1-24,5) no Sudeste da Ásia (HALLAL *et al.*, 2012).

Rezende e colaboradores (2016), descobriram que adultos de 54 países gastam em média 4,7 horas/dia (282 min/dia, média ponderada pela população do país) sentados e que 60% da população desses países, gastam mais de 3 horas/dia na posição sentada. Eles usaram dados de 2002 a 2011, coletados de três fontes principais (Eurobarômetro, abordagem STEPwise da Organização Mundial da Saúde para Vigilância (STEPS) e o Estudo de Prevalência Internacional) (WHO, 2003; BAUMAN *et al.*, 2011; LOYEN *et al.*, 2016). Além disso, analisaram dados de cinco fontes adicionais, localizadas em bancos de dados científicos (REZENDE *et al.*, 2016; MCLAUGHLIN *et al.*, 2020).

Yang e colaboradores (2019), realizaram um estudo transversal em série, representativo da população americana, para avaliar a tendência temporal da prevalência de comportamento sedentário nesta população, de 2001 a 2016, por meio da análise de dados de 51.896 participantes da pesquisa nacional de saúde americana, o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). Os dados foram coletados de maneira subjetiva, por questionário. Os resultados apontam que o

tempo total sentado diário estimado, aumentou entre 2007 a 2016 (de 5,5 para 6,4 horas/dia entre os adultos ≥ 20 anos) (YANG *et al.*, 2019).

Comparações entre os países, apontam grandes variações no tempo em comportamento sedentário (tempo sentado) medido de maneira indireta, por questionário. Países como Portugal, Brasil e Colômbia, relatam despende 2,5-3 horas/dia em comportamento sedentário, no entanto, na Arábia Saudita e no Japão, esta proporção é de 7 horas/dia (BAUMAN *et al.*, 2011; LOYEN *et al.*, 2016; BAUMAN *et al.*, 2018b).

Um estudo de revisão de escopo, de prevalência internacional, desenvolvido por Maclaughlin e colaboradores (2020), utilizou medida indireta de comportamento sedentário (tempo sentado) de 62 países (29% de todos os países do mundo), destes, 61% de alta renda e 29% de média renda, coletados nos últimos 10 anos. Esses países representam 47% da população adulta global. Os instrumentos utilizados para medir o tempo sentado total diário nestes países foram: o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), a versão modificada do IPAQ e o Questionário Global de Atividade Física. A metodologia utilizada para a seleção dos dados, ocorreu em seis estágios: 1) revisão dos dados do Observatório Global de Atividade Física; (2-4) pesquisas na base de dados PubMed, no site Demographic and Health Survey e no Google; 5) análise dos dados do Eurobarômetro e 6) pesquisas específicas nos relatórios STEPwise da OMS. Eles encontraram que o tempo sentado médio diário entre estes países foi de 4,7 horas/dia, (IC 95%: 3,5-5,1). Os países de renda mais elevada, obtiveram uma média diária de tempo sentado maior do que os países de menor renda (4,9 horas/dia x 2,7 horas/dia).

Werneck e colaboradores (2019), realizaram um estudo de metanálise harmonizada, onde descreveram a prevalência do tempo sentado em 116.982 adultos de seis países sul-americanos. Foram utilizados dados da Rede Sul-americana de Atividade Física e Comportamento Sedentário (SAPASEN). O tempo diário sentado (≥ 4 horas/dia) em cada pesquisa nacional, foi coletado de maneira indireta pelos instrumentos IPAQ (Argentina, Equador e Peru), GPAQ (Suriname) e GPAQ Adaptado (no Brasil). A maior diferença encontrada de prevalência de tempo sentado entre os países foi de 78,8% (Peru) e 14,8% (Brasil) (WERNECK *et al.*, 2019).

Pesquisas em países de baixa, média e alta renda, mostraram alta prevalência de tempo sentado diário no período de vigília. Um estudo de base populacional, analisou dados de 9.218 pessoas, com idades entre 15-65 anos,

participantes do Estudo Latino-Americano de Nutrição e Saúde (ELANS) (inquérito transversal de base populacional, realizado em oito países latino-americanos, de setembro de 2014 a fevereiro de 2015). Eles analisaram o tempo sentado total diário, bem como, em domínios específicos de comportamento sedentário. O tempo sentado total e por domínio específico, foi autoreportado, por meio de um questionário adaptado de (SALMON *et al.*, 2003). Neste estudo, os participantes relataram um tempo sentado total de 6,2 horas/dia (IC 95%: 6,0-6,3). Os homens, os adultos jovens, outras etnias, aqueles com maiores níveis socioeconômicos e de escolaridade, apresentaram maior tempo em comportamento sedentário, quando comparados às mulheres, idosos, brancos/caucasianos e aqueles com menores níveis socioeconômicos e de escolaridade. Os homens passam mais tempo jogando *videogame* 32,8% (IC95%: 14,6-51,1) e andando de carro 40,5% (IC95%: 31,3-49,8) (FERRARI *et al.*, 2020).

Ferrari e colaboradores (2019) analisaram dados do estudo de base populacional ELANS, realizado em oito países Latino-Americanos (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Peru e Venezuela), com 9.218 participantes (15-65 anos). A medida do comportamento sedentário, foi coletado de maneira indireta, por meio do IPAQ - versão longa (CRAIG *et al.*, 2003). O tempo médio sentado diário entre os países foi de 7,7 horas/dia (IC 95%: 7,5-7,7). No Brasil, o tempo sentado total médio, foi de 7,2 horas/dia (IC 95%: 7,0-7,4), sendo mais prevalente entre os homens 7,7 horas/dia (IC 95%: 7,3-8,0) (FERRARI *et al.*, 2019).

No Brasil, segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 63,0% dos brasileiros com 18 anos ou mais, residentes nas 27 capitais e no Distrito Federal, permanecem mais de três horas por dia sentados no seu tempo de lazer, assistindo televisão, usando computador, *tablet* ou celular. Esta prevalência é maior entre os adultos jovens 79,0% e aquelas pessoas com maior escolaridade 70,0% (BRASIL, 2020e).

Um estudo transversal, de base populacional, conduzido na cidade de Ribeirão Preto - São Paulo, em 2006, avaliou o tempo médio diário sentado de 930 adultos (≥ 30 anos) residentes na área urbana do Município. A medida do comportamento sedentário, foi coletada por meio do IPAQ (CRAIG *et al.*, 2003). O tempo sentado médio diário encontrado foi de 4,7 horas/dia. Os homens apresentaram valores médios de tempo sentado maiores que as mulheres, sendo que, para o

conjunto dos homens, a média diária do tempo sentado foi de 5,1 horas/dia (IC 95%: 4,7-5,4) e para as mulheres, 4,5 horas/dia (IC 95%: 4,2-4,7) (SUZUKI; MORAES; FREITAS, 2010).

Mielke e colaboradores (2014), realizaram um estudo transversal, de base populacional, no ano de 2012, em 2.927 adultos (≥ 20 anos) residentes na cidade de Pelotas - Rio Grande do Sul. Para tanto, eles conduziram uma entrevista face a face, por meio de um questionário padronizado e pré-testado, onde avaliaram o tempo despendido em comportamento sedentário em um dia normal da semana, em cinco domínios diferentes: assistir televisão, uso de computador em casa, local de trabalho, escola/universidade, deslocamento. Eles estimam que adultos permaneçam cerca de 5,8 horas/dia (d.p \pm 4,5) sentados. Este tempo é ainda maior entre os homens, os adultos mais jovens, aqueles com maior escolaridade e dos grupos socioeconômicos mais elevados (MIELKE *et al.*, 2014).

Embora o comportamento sedentário apresente diferentes prevalências entre os países, algumas características sociodemográficas e comportamentais estão associadas ao tempo em que as pessoas permanecem sentadas. Por exemplo, os homens, os adultos jovens, as pessoas com maior escolaridade, que exercem trabalhos de baixo dispêndio energético, que utilizam veículos com maior frequência para o seu deslocamento, os que possuem maior acesso a lazer eletrônico, e os menos fisicamente ativos, têm maiores chances de apresentarem prolongado tempo em comportamento sedentário (BAUMAN *et al.*, 2011; MIELKE *et al.*, 2014; LOYEN *et al.*, 2019).

Dados os impactos adversos do comportamento sedentário à saúde, torna-se importante estimar sua prevalência, variação nos domínios específicos da vida: doméstico, ocupacional, lazer e no deslocamento, bem como identificar os fatores associados, possibilitando uma maior compreensão desse comportamento, subsidiando os sistemas de vigilância em saúde pública, com dados validados e confiáveis, corroborando para o delineamento de intervenções mais efetivas em termos de saúde pública, saúde ocupacional, planejamento urbano e iniciativas relacionadas ao transporte (MIELKE *et al.*, 2014; FERRARI *et al.*, 2020; MCLAUGHLIN *et al.*, 2020).

2.6 RISCOS DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

O comportamento sedentário, assim como a inatividade física, vem sendo reconhecido nos últimos anos como um importante problema de saúde pública, uma vez que evidências apontam sua associação a inúmeros efeitos deletérios para saúde (OWEN *et al.*, 2010b; PROPER *et al.*, 2011; THORP *et al.*, 2011; BISWAS *et al.*, 2015; THYFAULT *et al.*, 2015; USDHHS, 2018; PATTERSON *et al.*, 2018; KATZMARZYK *et al.*, 2019; STAMATAKIS *et al.*, 2019; DEMPSEY *et al.*, 2020; EKELUND *et al.*, 2020; OWEN *et al.*, 2020).

Neste sentido, o estilo de vida sedentário, caracterizado por baixos níveis de atividade física, associados a prolongados períodos do dia em comportamento sedentário, aumenta a incidência de mortalidade por todas as causas (REZENDE *et al.*, 2016; PATTERSON *et al.*, 2018; LAVIE *et al.*, 2019; STAMATAKIS *et al.*, 2019; DEMPSEY *et al.*, 2020); de doenças cardiovasculares (KATZMARZYK *et al.*, 2009; PANDEY *et al.*, 2016; LAVIE *et al.*, 2019; STAMATAKIS *et al.*, 2019); síndrome metabólica (EDWARDSON *et al.*, 2012); obesidade (HAMILTON; HAMILTON; ZDERIC, 2007) ; diabetes mellitus tipo II (WILMOT *et al.*, 2012; LYNCH; OWEN, 2015); hipertensão (DEMPSEY *et al.*, 2018b; BAILEY *et al.*, 2019); cânceres (LYNCH, 2010); e depressão (ZHAI; ZHANG; ZHANG, 2015).

Este corpo de evidências, corroborou para a inclusão de diretrizes sobre comportamento sedentário, nas Recomendações Globais de Atividade Física para a Saúde de 2020, da Organização Mundial da Saúde (OMS) (DEMPSEY *et al.*, 2020; WHO, 2020b). No entanto, as diretrizes sobre comportamento sedentário presentes nas recomendações de 2020 da OMS, não abordam orientações quantificadas (baseadas no tempo) sobre tempo em comportamento sedentário, pois as evidências foram consideradas insuficientes até o momento (DEMPSEY *et al.*, 2020; WHO, 2020b).

Os mecanismos exatos dos vários efeitos adversos do comportamento sedentário no corpo humano são atualmente desconhecidos. No entanto, várias hipóteses foram propostas para a compreensão geral do impacto do comportamento sedentário no corpo humano (PARK *et al.*, 2020). Por exemplo, para FORD; CASPERSEN (2012) é a soma de todos os comportamentos sedentários realizados durante o dia, que determinará o grau de comprometimento da saúde a que um indivíduo pode estar submetido. No entanto, algumas evidências, sugerem que

determinados comportamentos sedentários, podem se associar mais a algumas morbidades do que outros (SAIDJ *et al.*, 2013; HSUEH; LIAO; CHANG, 2015).

Um estudo de revisão sistemática realizado por BIDDLE *et al.* (2016), investigou a causalidade entre o comportamento sedentário e desfechos em saúde, para tanto, utilizou os critérios de Bradford Hill para avaliar uma possível relação causal entre o comportamento sedentário e mortalidade (prematura) por todas as causas. Oito revisões sistemáticas apresentaram evidências consistentes para três dos quatro critérios de Hill escolhidos na revisão (força de associação, consistência, temporalidade e dose-resposta) para avaliar causalidade: temporalidade, consistência e força de associação.

Um estudo de metanálise objetivou quantificar a associação entre tempo total diário sentado e o risco de mortalidade por todas as causas, assim como, examinar as relações dose resposta com e sem ajuste para AFMV. O estudo apontou uma relação dose-resposta entre tempo sentado e o risco de mortalidade por todas as causas e a AFMV parece atenuar os efeitos deletérios dessa associação (CHAU *et al.*, 2013).

De Rezende e colaboradores realizou uma revisão sistemática, onde analisou dados de pesquisas em 54 países e encontrou que o tempo sentado (> 3h/dia) tem um impacto significativo na mortalidade por todas as causas, sendo responsável por 433 000, ou 3,8%, das mortes nestes países, sendo este maior em países de alta renda (REZENDE *et al.*, 2016).

Embora alguns estudos de metanálise e revisão sistemática concluíssem que as associações entre prolongado tempo em comportamento sedentário, morbidade e mortalidade são independentes da atividade física (THORP *et al.*, 2011; BISWAS *et al.*, 2015; PATTERSON *et al.*, 2018), evidências recentes avaliaram associações conjuntas entre atividade física e comportamento sedentário com mortalidade, por meio da análise de dados de exposição autoreportados dos participantes e sugerem que níveis diários e elevados de AFMV (60-75 minutos) (EKELUND *et al.*, 2016); bem como, a atividade física equivalente ao comprimento das recomendações atuais de 150-300 min AFMV por semana (adulto e idoso) WHO (2020c), parecem atenuar efetivamente a associação entre o prolongado tempo em comportamento sedentário e o risco de mortalidade (STAMATAKIS *et al.*, 2019).

Uma recente metanálise, analisou as associações conjuntas entre atividade física e comportamento sedentário, medidas de forma objetiva por acelerômetro, com

mortalidade por todas as causas. Os pesquisadores concluíram que o prolongado tempo em comportamento sedentário está associado ao maior risco de mortalidade em indivíduos menos ativos, quando mensurado por acelerometria. Eles também sugerem que cerca de 30-40 minutos de AFMV por dia, sejam suficientes para atenuar os efeitos deletérios dessa associação (EKELUND *et al.*, 2020).

No entanto, evidências experimentais de estudos controlados em laboratório, bem como, estudos de intervenção, são também essenciais, para fornecer uma melhor compreensão da plausibilidade biológica, à estrutura causal das associações e dos potenciais caminhos mecanísticos que ligam o comportamento sedentário com desfechos adversos à saúde (OWEN *et al.*, 2020). A última década foi marcada pelo desenvolvimento de modelos experimentais e estudos focados especificamente no comportamento sedentário (HAMILTON; HAMILTON; ZDERIC, 2007; DEMPSEY *et al.*, 2018b; HAMILTON, 2018) bem como, em estudos experimentais em humanos (BENATTI; RIED-LARSEN, 2015; CHASTIN *et al.*, 2015b; SAUNDERS *et al.*, 2018). Estes estudos apontam, que intervenções focadas na interrupção (Breaks) do prolongado período em comportamento sedentário, funcionam como um fator protetivo à saúde, atenuando o efeito da associação entre o prolongado tempo sentado e desfechos negativos em saúde (OWEN *et al.*, 2020).

Biddle e colaboradores, realizaram um estudo, após uma reunião em 2018, na *University of Southern Queensland*, intitulada de *think tank*, onde participaram cerca de 20 especialistas, que debateram sobre os efeitos de ficar na posição em pé por longos períodos de tempo, da interrupção (Breaks) da sessão prolongada sentado e do papel da AFMV, na associação entre o comportamento sedentário e desfechos em saúde. Os especialistas concluíram que: 1) ficar em pé, o que envolve a contração isométrica dos músculos antigravitacionais (posturais), pode trazer benefícios à saúde, decorrentes de mudanças posturais. Ficar em pé (principalmente estático) por muito tempo, assim como, permanecer longos períodos do dia sentado, são prejudiciais à saúde; 2) interromper regularmente a postura sentada, com mudanças posturais e movimentos é essencial; 3) altos níveis diários de AFMV podem atenuar os efeitos deletérios do prolongado período em comportamento sedentário, dependendo do resultado de saúde de interesse (BIDDLE *et al.*, 2019).

As evidências experimentais até o momento, identificaram predominantemente os benefícios da interrupção do prolongado período em comportamento sedentário com marcadores de risco cardiometabólico tradicionais,

como glicose pós-prandial, insulina e controle da pressão arterial em adultos saudáveis e com sobrepeso e naqueles com ou com alto risco de desenvolver diabetes tipo II (BENATTI; RIED-LARSEN, 2015; SAUNDERS *et al.*, 2018).

Estudos com modelos animais e biologia molecular, têm indicado que alguns dos processos celulares e moleculares disparados como resposta ao comportamento sedentário podem ocorrer por vias diferentes daquelas disparadas como resposta à prática de atividade física, cada uma tendo implicações distintas e até concorrentes para a saúde, podendo coexistir (HAMILTON; HAMILTON; ZDERIC, 2007; HAMILTON *et al.*, 2008; GUERRA; MIELKE; GARCIA, 2015; OWEN *et al.*, 2020; PARK *et al.*, 2020).

Alguns mecanismos biológicos podem explicar o impacto do tempo sedentário total diário no risco de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus. O prolongado período em comportamento sedentário, afeta o conteúdo e a atividade das proteínas transportadoras de glicose muscular (GLUT 4). Um estudo de revisão sistemática e metanálise realizado em animais, observou que a inatividade muscular prolongada, reduz a atividade da enzima lipoproteína lipase (LPL), que regula a concentração de lipídios no sangue e o metabolismo de carboidratos por meio de vias celulares que diferem da resposta motora normal, no entanto, os pesquisadores sugerem aprofundamento dos estudos em humanos (BAILEY *et al.*, 2019).

Bey e colaboradores, apontam que a redução da ação da LPL acarreta em declínio da síntese de HDL e da captação do triglicerídeo plasmático no músculo esquelético e elevação pós-prandial de lipídios, acarretando em uma sobrecarga calórica que está diretamente relacionada à adiposidade central, podendo provocar resposta inflamatória e resistência à insulina (BEY; HAMILTON, 2003; LYNCH, 2010).

Para a saúde pública, é relevante a combinação de evidências oriundas de estudos epidemiológicos observacionais, assim como, de estudos experimentais em laboratório, para melhor compreensão dos mecanismos que envolvem a relação entre a redução do comportamento sedentário e mudanças biológicas, que são importantes para melhores desfechos em saúde (MUNAFÒ; DAVEY SMITH, 2018; OWEN *et al.*, 2020).

Essas evidências são ferramentas importantes para a avaliação e o delineamento de políticas públicas de saúde, voltadas para a promoção da atividade física e redução do comportamento sedentário (OWEN, 2012; MCLAUGHLIN *et al.*, 2020; OWEN *et al.*, 2020; POLO *et al.*, 2020).

2.7 DETERMINANTES DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Conhecer os determinantes e os correlatos do comportamento sedentário é substancial para uma melhor compreensão sobre o tema e para o desenvolvimento de intervenções em saúde pública efetivas, baseadas em evidências, para auxiliar no seu controle. Os determinantes podem ser compreendidos como os fatores que influenciam um comportamento, possuem uma forte relação causal com o fato de permanecer ou não em comportamento sedentário e são identificados em estudos longitudinais. Já os correlatos são os fatores associados ao comportamento sedentário, identificados geralmente em estudos transversais, que avaliam apenas a associação estatística, (OWEN *et al.*, 2011; BAUMAN *et al.*, 2012; KOYANAGI; STUBBS; VANCAMPFORT, 2018).

Tratando-se dos correlatos e determinantes da prática de atividade física, estes são bem estabelecidos na literatura (BAUMAN *et al.*, 2012), os quais variam de acordo com o domínio avaliado. Considerando-se a prática de atividade física no lazer, homens, jovens e de elevado nível socioeconômico, em geral são aqueles que mais praticam atividade física (BAUMAN *et al.*, 2012). Neste contexto, evidências sugerem uma coexistência entre o comportamento sedentário e a prática de atividade física, sendo que alguns subgrupos populacionais podem ter maior probabilidade de apresentar níveis mais elevados tanto de atividade física, quanto de comportamento sedentário (OWEN *et al.*, 2000). Importante destacar também que os correlatos e determinantes do comportamento sedentário podem variar de acordo com o domínio avaliado, existindo, principalmente, uma grande diferença entre os correlatos e determinantes do tempo de televisão e do tempo despendido em outros domínios (MIELKE *et al.*, 2014). Ainda, é possível que a direção e a magnitude das associações sejam moderadas pelo contexto sociocultural e histórico, variando de forma importante entre diferentes localidades até quando se avaliam os correlatos e determinantes de um mesmo comportamento (GUERRA; MIELKE; GARCIA, 2015).

O comportamento sedentário é determinado por variáveis em diferentes níveis de influência: 1) individual (intrapessoal) (fatores biológicos, psicológicos e comportamentais); 2) interpessoal (social, cultural); 3) organizacional/comunitário; 4) ambiental; 5) político; sendo necessária a análise de uma perspectiva ecológica (OWEN *et al.*, 2011), baseada na interação entre o indivíduo e o meio a sua volta, de modo a criar uma abordagem sistêmica e efetiva. Esta abordagem coloca o indivíduo

no centro de um ecossistema e fornece uma estrutura útil e integrativa para alcançar uma melhor compreensão dos múltiplos fatores e barreiras que afetam o comportamento sedentário. Nesse sentido, retrata a interação entre fatores proximais ao indivíduo (biológicos, psicológicos, sociais) e distais, como fatores ambientais, econômicos, políticos e socioeconômicos (OWEN *et al.*, 2011; RHODES; MARK; TEMMEL, 2012; CHASTIN *et al.*, 2016; O'DONOGHUE *et al.*, 2016; KOYANAGI; STUBBS; VANCAMPFORT, 2018; NICOLSON; HAYES; DARKER, 2019).

Para OWEN *et al.* (2011), o modelo socioecológico permite compreender a influência dos correlatos do comportamento sedentário em diferentes domínios (doméstico, ocupacional, estudo, deslocamento) assim como identificar e compreender fatores modificáveis dentro dessa estrutura, para o desenvolvimento de intervenções e ações de saúde pública efetivas para a sua redução.

Nesse contexto, estudos populacionais e revisões sistemáticas, têm investigado os determinantes e correlatos do comportamento sedentário (tempo sentado no trabalho, tempo de tela (televisão), tempo total sentado) em adultos (18-65 anos) (BAUMAN *et al.*, 2011; OWEN *et al.*, 2011; CHASTIN *et al.*, 2016; O'DONOGHUE *et al.*, 2016; BAUMAN *et al.*, 2018a; NICOLSON; HAYES; DARKER, 2019) e adultos mais velhos (CHASTIN *et al.*, 2015a), fornecendo informações importantes para uma maior compreensão desta inter-relação entre os diferentes domínios do comportamento sedentário.

BAUMAN *et al.* (2011), concluíram que algumas características sociodemográficas e comportamentais estão associadas ao tempo em que as pessoas permanecem sentadas. Por exemplo, os adultos jovens, as pessoas com maior escolaridade e os menos fisicamente ativos têm maiores chances de apresentarem prolongado tempo em comportamento sedentário.

CHASTIN *et al.* (2015a) conduziram uma revisão sistemática da literatura para identificar os fatores associados ao comportamento sedentário em idosos. Eles concluíram que fatores individuais foram os mais frequentemente investigados com associação positiva consistente para idade, negativa para aposentadoria, obesidade e estado de saúde. Apenas quatro estudos consideraram determinantes ambientais sugerindo possível associação com meio de transporte, tipo de moradia, oportunidades culturais, segurança do bairro e disponibilidade de locais para descanso. Os autores também ressaltam a necessidade de mais estudos longitudinais, bem como a inclusão de uma variedade de determinantes individuais e

contextuais (interpessoais, ambiente construído ou ambientais e de políticas) potenciais para uma abordagem de sistemas capaz de identificar a complexidade e a interação entre os determinantes. Além disso, estudos futuros precisam levar em consideração os diferentes domínios e ambientes onde ocorre este comportamento, bem como focar nos determinantes modificáveis.

Nessa perspectiva, CHASTIN *et al.* (2016) desenvolveram uma estrutura dinâmica transdisciplinar internacional, baseada em sistemas, para investigar os determinantes do comportamento sedentário ao longo da vida, bem como prioridades de pesquisa e políticas de planejamento e intervenção para sua redução na população adulta e idosa. Esta abordagem permite identificar a complexidade e a interação entre os determinantes do comportamento sedentário. O quadro final desenvolvido consistiu em seis grupos de determinantes: 1) saúde física e bem-estar; 2) contexto social e cultural; 3) ambiente construído e natural; 4) psicologia e comportamento; 5) política e economia; e 6) configurações institucionais e domésticas. A realização de estudos em ambientes institucionais e domésticos foram considerados prioridades de pesquisa, devido ao potencial modificável desses determinantes.

Uma revisão sistemática de O'DONOGHUE *et al.* (2016), encontrou que mulheres mais velhas, insuficientemente ativas, com sobrepeso ou obesidade, tabagistas e que consomem elevada quantidade de salgadinhos/lanche, apresentam maiores tempos totais em comportamento sedentário e no domínio de lazer, enquanto que no contexto de transporte a maior prevalência desse comportamento foi encontrado em homens de renda elevada. Essas evidências apontam a necessidade de focar em domínios separados do comportamento sedentário. O nível socioeconômico foi o fator de nível individual com maior magnitude de associação com o comportamento sedentário ocupacional e doméstico (assistir televisão).

O maior estudo de correlatos do comportamento sedentário foi realizado em adultos europeus em idade produtiva (BENNIE *et al.*, 2013; LOYEN *et al.*, 2016). Os autores encontraram que trabalhadores do “colarinho branco” (que exercem tarefas administrativas), autônomos, de elevada escolaridade e que estudam, possuem maiores chances de permanecer em comportamento sedentário. Outros correlatos foram: elevado uso de Internet, baixa satisfação com a vida (depressão), insegurança financeira e desemprego (LOYEN *et al.*, 2016). Por outro lado, aqueles fisicamente ativos regularmente, pessoas com três ou mais filhos, residentes rurais ou de

pequenas cidades possuem menores chances de permanecer prolongado período do dia sentados.

Uma revisão recente de PRINCE *et al.* (2017b), identificou correlatos de nível individual: 1) fatores biológicos (idade, gênero, estado nutricional, estado de saúde); 2) comportamentais (estilo de vida, atividade física e hábitos sedentários); 3) psicológicos (estresse, saúde mental, atitudes e percepções) e 4) socioeconômicos (escolaridade, status de emprego e renda) como correlatos importantes do comportamento sedentário. Além disso, os autores afirmam que os fatores intrapessoais são o foco na maioria dos estudos que investigam esse comportamento.

BAUMAN *et al.* (2018a), conduziram uma revisão das principais evidências sobre correlatos do comportamento sedentário em adultos (18-59 anos) e idosos (≥ 60 anos). Os contextos, tipos e os fatores associados ao comportamento sedentário variaram entre os estudos. De forma mais ampla, os estudos investigaram correlatos do tempo sentado no trabalho, tempo assistindo televisão e correlatos do tempo total sentado (OWEN *et al.*, 2011). Na maioria das pesquisas em adultos, os principais correlatos do comportamento sedentário encontrados foram: nível de escolaridade elevado, nível socioeconômico elevado, emprego em tempo integral, obesidade, depressão, saúde mental, presença de doenças crônicas, baixo nível de atividade física. Os fatores ambientais associados foram: tipo e tamanho da habitação, bairros menos transitáveis e menor envolvimento da comunidade. Os fatores psicológicos hábito e intenção de sentar-se, foram associados ao prolongado período do dia em comportamento sedentário. Contudo, a autoeficácia em construir comportamentos mais ativos mostrou-se inversamente associada ao comportamento sedentário. Em adultos mais velhos e idosos, os correlatos do comportamento sedentário encontrados foram: aumento da idade, baixa segurança da vizinhança, ser aposentado, possuir doenças crônicas (doença arterial coronariana, obesidade, doença pulmonar crônica), atividade física insuficiente, baixa autoavaliação do estado de saúde, situação conjugal (viúvo ou separado), tabagismo.

Um estudo transversal conduzido por KOYANAGI; STUBBS; VANCAMPFORT (2018), investigou os correlatos do comportamento sedentário na população em geral, usando dados nacionalmente representativos de seis países de baixa e média renda (China, Gana, Índia, México, Rússia, África do Sul). Eles concluíram que, na amostra geral, os correlatos sociodemográficos mais importantes associados ao prolongado tempo em comportamento sedentário foram desemprego

e residência urbana. Inatividade física, obesidade, maior número de doenças crônicas, saúde autorrelatada ruim, níveis mais elevados de incapacidade e de dificuldade de mobilidade, dor/desconforto, afeto, sono/energia e cognição, foram associados ao elevado tempo em comportamento sedentário. No entanto, foram observadas diferenças entre os países.

Fatores interpessoais, como situação conjugal, deveres familiares e de cuidados, podem ser correlatos potenciais associados ao tempo sentado. Em um nível ambiental, os correlatos do comportamento sedentário incluem o ambiente físico e os atributos da vizinhança, como segurança e estrutura que facilita a caminhada. Descobriu-se que os atributos (estética) da vizinhança estão associados ao tempo em que as pessoas permanecem sentadas e as mulheres em bairros com alta mobilidade para caminhada, permanecem menos tempo assistindo à televisão. Uma correlação entre morar em uma localização urbana e prolongado período em comportamento sedentário foi encontrada em alguns estudos (NICOLSON; HAYES; DARKER, 2019).

NICOLSON; HAYES; DARKER (2019), realizaram um estudo transversal com o objetivo de identificar os correlatos individuais, sociais e ambientais do comportamento sedentário total e os contextos em que o tempo sentado se acumula em uma coorte de adultos irlandeses. Eles concluíram que homens que realizam atividade/trabalho sedentário, as pessoas com elevado nível socioeconômico e de escolaridade, aqueles com níveis insuficientes de atividade física e os que vivem na área urbana, apresentam maiores chances de permanecer prolongado tempo em comportamento sedentário.

Um estudo conduzido por BUCK *et al.* (2019) com análise de rede bayesiana para investigar e mapear as interdependências entre os fatores associados ao comportamento sedentário ao longo do curso de vida a partir de dados de grande escala, apontou que nos grupos de jovens (15-25), adultos (26-44) e adultos de meia-idade (45-64), encontrou que o nível ocupacional esteve diretamente associado ao comportamento sedentário para ambos os sexos. Nível socioeconômico e de escolaridade estiveram indiretamente associados nos grupos de adultos masculinos, enquanto no das mulheres fatores do contexto familiar estiveram indiretamente associados a esse comportamento. Apenas em idosos, os fatores do ambiente construído foram relevantes em relação ao comportamento sedentário, enquanto os fatores do ambiente doméstico e institucional foram menos importantes em comparação com as faixas etárias mais jovens. Os autores ressaltaram que a

investigação de associações condicionais por redes bayesianas proporcionou uma melhor compreensão da complexa interação de fatores associados ao comportamento sedentário, no entanto, considerando a complexidade do tema, há necessidade de um sistema mais abrangente de coleta de dados incluindo medidas objetivas do tempo sedentário.

No Brasil, alguns estudos investigaram os correlatos e determinantes do comportamento sedentário em adultos e adultos mais velhos em diferentes regiões do país. Por exemplo, MENEGUCI *et al.* (2015), exploraram os correlatos do tempo sentado em uma amostra representativa de idosos residentes na região sudeste do Brasil. Eles encontraram que algumas características sociodemográficas, clínicas e de comportamento de saúde estão associadas ao tempo em que as pessoas permanecem sentadas. Por exemplo, mulheres, pessoas com idade superior a 70 anos, aquelas com diagnóstico médico de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, com baixa escolaridade, que consomem medicamentos de uso contínuo, insuficientemente ativas e aquelas que são dependentes para realizar atividades de vida diária têm maiores chances de permanecer prolongado tempo em comportamento sedentário.

GARCIA *et al.* (2015), conduziram um estudo com o objetivo de investigar a associação entre três comportamentos sedentários (assistir televisão ≥ 4 horas/dia, tempo sentado no deslocamento para o trabalho em veículos automotores e passar prolongado tempo sentado no trabalho) e variáveis sociodemográficas: sexo, faixa etária, renda familiar mensal e nível de escolaridade. Para tanto, analisaram dados de 47.477 trabalhadores das indústrias de 24 Unidades Federativas do Brasil, coletados por questionário de 2006 a 2008. Os autores concluíram que trabalhadores mais velhos, aqueles com elevado nível de escolaridade e renda apresentaram maiores chances de permanecer prolongado período do dia sentados. No entanto, as associações entre sexo e comportamentos sedentários dependem do comportamento investigado. Os pesquisadores também ressaltam que os achados podem contribuir no planejamento de ações de enfrentamento efetivas e direcionadas à diferentes subgrupos da população.

Uma revisão integrativa conduzida por MALAQUIAS *et al.* (2018), selecionou os principais determinantes do comportamento sedentário ao longo da vida presentes na literatura nos últimos 10 anos. Os artigos foram alocados em quatro grupos, determinantes do comportamento sedentário relacionados: 1) à exposição por longos

períodos de tela; 2) a fatores emocionais e sociais; 3) a fatores físicos e a estrutura adequada; e 4) conhecimento de profissionais de saúde relacionado a atividade física. Os determinantes encontrados foram: falta de tempo, uso de computador, *videogame*, televisão, tempo de leitura, infraestrutura inadequada, gênero, envelhecimento, distúrbios psicológicos, massa corporal, tabagismo, hábitos alimentares, motivação intrínseca, gravidez e profissionais de saúde com preparo inadequado quanto a orientações de atividade física para a população. Os autores concluíram que mais estudos devem ser realizados sobre essa temática, uma vez que, são vários os fatores que influenciam o comportamento sedentário.

Um estudo observacional, longitudinal, conduzido por SILVA; TAVARES; RODRIGUES (2020), investigou os fatores associados ao comportamento sedentário em idosos residentes na área urbana da cidade de Uberaba-MG, acompanhados por 24 meses. Os autores encontraram associação positiva com fatores sociodemográficos e de saúde. Neste sentido, pessoas insuficientemente ativas, aquelas dependentes para realizar atividades de vida diária, desempregadas e com baixo desempenho físico apresentam maiores chances de permanecer prolongado período do dia em comportamento sedentário. No entanto, os pesquisadores reiteram a necessidade de novas pesquisas para aumentar a compreensão sobre a interação do comportamento sedentário na saúde do idoso.

Como apontado nessa seção, fatores sociodemográficos, biológicos e comportamentais são bastante influentes no comportamento sedentário (BAUMAN *et al.*, 2011; MIELKE, 2012; PRINCE *et al.*, 2017b; BAUMAN *et al.*, 2018a). Evidências também apontam associação positiva com fatores ambientais e políticos (CHASTIN *et al.*, 2016; NICOLSON; HAYES; DARKER, 2019). Neste contexto, adultos mais jovens, as pessoas com maior escolaridade, os menos fisicamente ativos e aqueles com maior renda têm maiores chances de apresentarem prolongado tempo em comportamento sedentário. No entanto, para a investigação dos determinantes e correlatos do comportamento sedentário, deve-se levar em consideração a forma como esse comportamento foi medido, uma vez que esses correlatos podem variar de acordo com o contexto avaliado (MIELKE, 2012). Nesse sentido, a extrapolação de resultados sobre esta temática entre países de alta e média renda por exemplo, deve ser realizada com cautela (OWEN *et al.*, 2011).

Por fim, a literatura aponta a necessidade de mais estudos longitudinais, que utilizem métodos de mensuração padronizados, mais acurados e precisos e que

investiguem correlatos e determinantes do comportamento sedentário em vários níveis de influência, com o intuito de ampliar a compreensão sobre a interação entre esses fatores e o prolongado tempo em que as pessoas permanecem sentadas em contextos diversos.

2.8 MEDIDAS DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

A pesquisa sobre comportamento sedentário cresceu rapidamente nos últimos 10 anos (LEBLANC *et al.*, 2017). Neste período, formou-se um consolidado corpo de evidências apontando o comportamento sedentário como um importante fator de risco à saúde, bem como, sua crescente prevalência a nível global. Estes achados levaram à inclusão de medidas do comportamento sedentário em pesquisas de vigilância em saúde do mundo todo. Os dados de vigilância global, permitem comparações entre países e permitem uma maior compreensão sobre os efeitos do prolongado tempo em comportamento sedentário na saúde (ATKIN *et al.*, 2012; PRINCE *et al.*, 2017a; DEMPSEY *et al.*, 2020; MCLAUGHLIN *et al.*, 2020; OWEN *et al.*, 2020).

Um dos grandes desafios nesta área de pesquisa é a falta de padronização em relação ao método mais adequado de avaliação (objetiva e subjetiva) do comportamento sedentário. A forma como o comportamento sedentário é mensurado difere bastante entre os estudos e os instrumentos de medida utilizados apresentam limitações, o que dificulta a reprodutibilidade e a comparabilidade entre diferentes estudos (BAUMAN *et al.*, 2011; MIELKE, 2012; PRINCE *et al.*, 2017a).

Portanto, o desenvolvimento de métodos precisos de avaliação do comportamento sedentário, bem como, a padronização dos instrumentos de medida, são requisitos necessários para o fornecimento de dados fidedignos, possibilitando identificar padrões e mudanças do comportamento sedentário nos indivíduos ao longo do tempo, realizar comparações entre estudos populacionais, identificar associações causais com desfechos em saúde, quantificar precisamente a magnitude da associação, bem como, descrever as relações dose-resposta, proporcionando maior consistência à pesquisa epidemiológica comportamental (ATKIN *et al.*, 2012; AUNGER; WAGNILD, 2020).

Na maioria dos estudos populacionais ou de prevalência, o comportamento sedentário é operacionalizado pela totalização do tempo destinado a todas as

manifestações do comportamento sedentário ao longo do dia. No entanto, ele também pode ser quantificado pela verificação do tempo sentado em comportamentos específicos (assistindo televisão, usando computador, *tablet*, *smartphone*, jogando vídeo game, trabalho, escola/curso/universidade e/ou em veículos automotores), ou em domínios específicos (doméstico, ocupacional, lazer, escolar ou transporte) (HEALY *et al.*, 2011; ATKIN *et al.*, 2012; MIELKE, 2012; PRINCE *et al.*, 2017a).

De maneira geral, o tempo sentado total diário, o tempo assistindo televisão e o tempo utilizando computador são os comportamentos mais avaliados, pois são aqueles que ocupam a maior parte do tempo das pessoas e que apresentam melhores atributos psicométricos no que diz respeito à validade e reprodutibilidade. A maioria dos sistemas de vigilância em saúde em operação atualmente não incluem perguntas padronizadas sobre comportamento sedentário. Os dados internacionais comparativos disponíveis são baseados em um amplo indicador de tempo sentado, por meio de pergunta de ítem único, sobre o tempo despendido sentado por dia. Essas abordagens podem subestimar o comportamento sedentário total. Além disso, identificar a prevalência e as variações do prolongado tempo sentado nos domínios do comportamento sedentário é importante para o delineamento de futuras intervenções de saúde pública, saúde ocupacional, planejamento urbano e iniciativas relacionadas ao transporte (MIELKE, 2012; MIELKE *et al.*, 2014).

Outro ponto a ser considerado para medir o comportamento sedentário é o período recordatório utilizado. Não existe consenso na literatura sobre qual seria a forma mais precisa para mensuração do comportamento sedentário. Existem estudos que utilizam como período recordatório os últimos sete dias, outros uma semana habitual ou os últimos 30 dias. A avaliação das atividades sedentárias deve distinguir as realizadas nos dias de semana das realizadas em finais de semana. Isso se deve ao fato de as atividades terem padrões diferentes e das avaliações referentes aos dias de semana apresentarem melhor reprodutibilidade por serem as mais sistematizadas (MIELKE, 2012).

Os métodos de avaliação do comportamento sedentário podem ser resumidos da seguinte forma:

Métodos objetivos: fornecem medidas mais precisas, avaliando os componentes primários do comportamento sedentário (topografia corporal e o equivalente metabólico) (KANG; ROWE, 2015; PRINCE *et al.*, 2017a; AUNGER; WAGNILD, 2020).

Métodos subjetivos: medidas de autorrelato como questionários, são importantes na avaliação dos componentes secundários do comportamento sedentário (tipo e contexto no qual o comportamento sedentário ocorre) (ATKIN *et al.*, 2012; KANG; ROWE, 2015; PRINCE *et al.*, 2017a; AUNGER; WAGNILD, 2020). A escolha do método mais adequado para a mensuração do comportamento sedentário vai depender do propósito e das características do estudo, validade do método, como também, da disponibilidade de recursos dos pesquisadores (AUNGER; WAGNILD, 2020).

Tratando-se de medidas objetivas do comportamento sedentário, os acelerômetros são os dispositivos mais utilizados. Estes pequenos dispositivos medem a frequência e amplitude de aceleração do corpo, durante o período de vigília, exigindo um tempo mínimo de uso, ou de dados válidos de pelo menos 10 horas/dia, gerando informações na forma de “counts” (<100 counts/min (<1,5 METs)) de movimento. Ainda, possuem a possibilidade de avaliação dos horários de sono (qualidade e duração do sono (AUNGER; WAGNILD, 2020; BOEREMA *et al.*, 2020).

Existem basicamente dois tipos de acelerômetros: os convencionais e os com a função inclinômetro (inclinometria). Os acelerômetros convencionais são usados predominantemente nas roupas, como no cinto ou no pulso, o que é conveniente para os usuários, pois pode ser autoaplicado. São instrumentos focados no gasto energético e são utilizados para detectar frequência, intensidade e duração dos movimentos referentes à atividade física realizada. Eles também são utilizados para a mensuração do tempo em comportamento sedentário (tempo sentado). No entanto, são limitados para distinguir posturas específicas (como sentado, reclinado, ou em pé parado), bem como, transições posturais. Os acelerômetros tri-axiais (medem a aceleração em três direções ortogonais), são comumente utilizados para a mensuração do tempo sedentário, incluindo o Actigraph (AUNGER; WAGNILD, 2020; BOEREMA *et al.*, 2020).

Já os acelerômetros com a função inclinômetro, do tipo activPAL, são atualmente considerados os instrumentos “padrão ouro” para a mensuração objetiva do tempo sentado, bem como, do comportamento sedentário total em contextos de vida livre e vem sendo amplamente utilizados em estudos epidemiológicos e de vigilância em saúde. O activPAL é um pequeno dispositivo usado na linha média anterior da coxa, fixado diretamente na pele com adesivo e usado por baixo da roupa, por 24 horas, ou mais dias. Ele mensura a aceleração e as posturas, deitado, sentado,

reclinado, em pé e andando, sendo mais preciso que a acelerometria convencional, pois consegue distinguir melhor as diferenças entre posturas (em pé, andando, sentado e deitado). Dessa maneira, estes dispositivos conseguem capturar os dois componentes primários do comportamento sedentário (postura e gasto energético) (KANG; ROWE, 2015; BYROM *et al.*, 2016; PRINCE *et al.*, 2017a; AUNGER; WAGNILD, 2020; BOEREMA *et al.*, 2020).

Alguns estudos investigaram a validade dos dispositivos baseados em acelerometria convencional e inclinometria, na mensuração do comportamento sedentário. O inclinômetro ActivPAL foi considerado mais preciso do que o acelerômetro convencional Actigraph e o Actiheart, para a maioria das medidas de comportamento sedentário (KEADLE *et al.*, 2011; BARREIRA *et al.*, 2015; JÚDICE *et al.*, 2015; KIM; BARRY; KANG, 2015). No entanto, o desempenho do Actigraph melhorou ao avaliar apenas tempos sedentários prolongados (KIM; BARRY; KANG, 2015).

A observação direta é um outro método de medida objetiva de comportamento sedentário. Neste método, um avaliador treinado, observa os participantes do estudo por um determinado período de tempo, classificando os comportamentos realizados de acordo com critérios predeterminados (por exemplo: tempo gasto em contextos específicos de comportamento sedentário ou tempo gasto em posturas específicas). Este método também é utilizado para validação de novas técnicas de mensuração do comportamento sedentário (como acelerômetros) e para mensurar populações específicas (AUNGER; WAGNILD, 2020).

Outros dispositivos de medida objetiva do comportamento sedentário, como as câmeras vestíveis (SenseCam, Autographer), monitores de frequência cardíaca com função acelerômetro (Actiheart, Actitrainer), monitores multissensores e a combinação de métodos objetivos, tem sido testados e propostos para melhorar a acurácia da mensuração (AUNGER; WAGNILD, 2020).

Embora medidas de tempo sedentário baseadas em dispositivos sejam mais precisas do que as mensuradas de maneira subjetiva por questionários, elas apresentam algumas limitações, como: custo elevado, exigem que o avaliado permaneça com o instrumento de medida durante todo o período de avaliação, elevada perda de dados, dificuldade em discriminar a postura (no caso do acelerômetro convencional ActGraph), dificuldade em fornecer informações quanto ao contexto social e ambiental nos quais ocorre o comportamento sedentário e logística

operacional complexa, especialmente para estudos de base populacional (GIBBS *et al.*, 2015; LOYEN *et al.*, 2016; YOUNG *et al.*, 2016; AUNGER; WAGNILD, 2020; BOEREMA *et al.*, 2020; MCLAUGHLIN *et al.*, 2020).

Em relação à mensuração objetiva do comportamento sedentário, existem um número substancial de métodos subjetivos (autoreportados), incluindo questionários de autorrelato, recordatórios de 24 horas, diários e avaliações ecológicas momentâneas (EMAs). Estes métodos fornecem uma ampla variedade de possibilidades em relação ao tipo de perguntas que podem ser feitas, podendo avaliar o propósito, domínio em que ocorre, postura, contexto social, comportamentos associados, nível, tempo e tipo de comportamento sedentário (ATKIN *et al.*, 2012; AUNGER; WAGNILD, 2020).

Os questionários são os instrumentos de avaliação subjetiva do comportamento sedentário mais frequentemente utilizados em sistemas nacionais de vigilância em saúde e em estudos de base populacional. Estes instrumentos são de fácil aplicação, de baixo custo e autoaplicáveis em sua maioria, embora, formatos de entrevista pessoal e por telefone, também tenham sido utilizados. Os questionários têm a vantagem de fornecer dados sobre o contexto, podendo considerar vários componentes, tipo (assistir televisão, utilizar computador, *tablet* ou *smartphone*, jogar videogame, trabalhar ou estudar sentado, ler um livro e deslocar-se em veículos automotores) e domínios (doméstico, lazer, estudo, transporte) do comportamento sedentário ou a totalização do tempo sentado (HEALY *et al.*, 2011; PRINCE *et al.*, 2017a; AUNGER; WAGNILD, 2020).

Essa é uma questão importante, visto que alguns tipos de comportamento sedentário parecem estar mais consistentemente associados a indicadores negativos de saúde do que outros. Por exemplo, a associação entre o comportamento sedentário total e os desfechos de saúde, costuma ser mais fraca do que para alguns tipos específicos de comportamento sedentário, especialmente assistir televisão e tempo total de tela. No entanto, mais pesquisas são necessárias para identificar se essas associações são independentes de outros fatores de confusão, como consumo de alimentos e nível socioeconômico (FORD; CASPERSEN, 2012; EKELUND *et al.*, 2016; PRINCE *et al.*, 2017a).

Apesar de existir uma tendência dos adultos subestimarem o tempo sentado autorreportado em cerca de 2 horas/dia a menos do que o tempo mensurado objetivamente pelos dispositivos, evidências apontam que medidas de autorrelato

apresentam confiabilidade e validade, fornecendo uma opção viável e de baixo custo para ser utilizada em estudos de vigilância em saúde, epidemiológicos, longitudinais e globais. Estudos também sugerem que instrumentos de avaliação subjetiva do comportamento sedentário que incluem perguntas de itens variados, abrangendo contextos diversos deste comportamento, como: domínio e tipo, apresentam um melhor desempenho em relação à precisão da medida do que instrumentos que incluem perguntas de item único, que mensuram o tempo total diário em comportamento sedentário. No entanto, instrumentos que incluem pergunta de item único são importantes e altamente viáveis para serem utilizados em estudos de vigilância em saúde (PRINCE *et al.*, 2017a; MCLAUGHLIN *et al.*, 2020).

Dessa maneira, utilizar medidas validas e comparáveis é essencial para uma maior compreensão da epidemiologia do comportamento sedentário, desde a determinação de associações com desfechos de saúde até o desenvolvimento e avaliação de intervenções para mudança de comportamento. Enquanto as medidas objetivas são normalmente validadas em comparação com a observação direta, as medidas subjetivas são frequentemente comparadas com as objetivas, por exemplo, com o activPAL, acelerômetro e observação direta (ATKIN *et al.*, 2012; PRINCE *et al.*, 2017a; AUNGER; WAGNILD, 2020).

Neste sentido, identificar se uma ferramenta de autorrelato é capaz de quantificar com precisão o comportamento sedentário é conhecido como validade de critério. A maioria dos estudos de validação de instrumentos de mensuração do comportamento sedentário (medida objetiva e subjetiva) relatam um nível de correlação entre duas medidas (por exemplo, questionário e tempo sedentário medido pelo acelerômetro). Dessa forma, a confiabilidade teste-reteste é frequentemente avaliada por meio do coeficiente de correlação intraclassa (ICC). Já o α de Cronbach é utilizado para testar a consistência interna de uma ferramenta. Ambas as medidas, produzem valores que variam de 0 a 1; onde 1 representa confiabilidade perfeita e resultados consistentes e 0 representa nenhuma confiabilidade ou resultados inconsistentes. Portanto, é ideal ter um ICC e um α de Cronbach o mais próximo possível de 1 (PRINCE *et al.*, 2017a).

A seguir, serão apresentados alguns instrumentos de medida subjetiva do comportamento sedentário.

Os questionários de autorrelato de item único, avaliam medidas globais do comportamento sedentário, como o tempo total sentado ao longo de um período de

recordação especificado. Para a totalização do tempo sentado, um dos questionários mais utilizados em todo o mundo é o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (<http://www.ipaq.ki.se>). Este instrumento foi elaborado e validado inclusive na América Latina e no Brasil, com o intuito de fornecer um método internacionalmente padronizado para medir a atividade física e o comportamento sedentário de jovens e adultos (15 a 69 anos) em estudos de vigilância em saúde, o que facilita a comparação de dados entre os países. O tempo sentado total diário autoreportado, avaliado pelo instrumento, leva em consideração as atividades sedentárias realizadas nos domínios: doméstico, ocupacional e no tempo de lazer (MATSUDO *et al.*, 2001; CRAIG *et al.*, 2003; HAGSTRÖMER; OJA; SJÖSTRÖM, 2006; HALLAL *et al.*, 2010a).

Entre 1997 e 1998, um Grupo de Consenso Internacional, desenvolveu quatro versões longas e quatro curtas dos instrumentos do IPAQ (administrados por entrevista por telefone ou autoadministração, com dois períodos de referência alternados, os "últimos sete dias" ou uma "semana habitual de atividade física e de tempo em comportamento sedentário recordado" (CRAIG *et al.*, 2003). A versão longa do IPAQ (módulo tempo total gasto sentado), avalia o tempo sentado em dias de semana e dias de final de semana (durante uma semana habitual), esta versão é mais indicada para estudos que requerem uma avaliação mais detalhada da atividade física e do comportamento sedentário, já a versão curta, avalia apenas em dias de semana (os últimos sete dias), recomendada para uso em estudos regionais e nacionais de vigilância em saúde. O tempo sentado total diário é reportado em horas e minutos por dia (CRAIG *et al.*, 2003; HAGSTRÖMER; OJA; SJÖSTRÖM, 2006).

De acordo com o estudo de ROSENBERG *et al.* (2008) o módulo tempo sentado do IPAQ, apresenta boa confiabilidade ($\rho = 0,82$ para teste-reteste) (IPAQ versão longa e curta) e aceitável validade ($r = 0,33$) (IPAQ versão longa) e ($r = 0,34$) (IPAQ versão curta) em relação ao acelerômetro.

Contudo, estudos recentes sugerem que os questionários podem apresentar estimativas de tempo sentado diferentes quando comparadas às medidas diretas (acelerômetros), no sentido de subestimar os valores (PRINCE *et al.*, 2017a; AUNGER; WAGNILD, 2020; PRINCE *et al.*, 2020). Por exemplo, o IPAQ versão curta, demonstrou subestimar o tempo sentado total diário em cerca de 2,7 horas/dia (IC95%: 1,6 - 3,8 horas/dia) em comparação aos valores encontrados por acelerometria (PRINCE *et al.*, 2020).

No entanto, este erro de mensuração não é específico do IPAQ. Uma metanálise recente, analisou a validade de critério de todos os questionários de item único disponíveis e encontrou correlações fracas com medidas objetivas de tempo sentado total diário ($r = 0,34$) (IC 95%: 0,30 - 0,39) (BAKKER *et al.*, 2020). Essa discrepância entre as medidas pode ser atribuída ao viés de desejabilidade social ou pode simplesmente refletir a dificuldade em estimar a quantidade total de tempo despendido sentado (AUNGER; WAGNILD, 2020).

Os questionários baseados em domínio, são frequentemente usados para estimar o tempo sedentário total, somando o tempo gasto em contextos específicos de comportamento sedentário. Por exemplo, o *Sedentary behavior Questionnaire* (SBQ) (Questionário de Comportamento Sedentário), foi projetado para avaliar o tempo sentado despendido em nove atividades sedentárias (assistir televisão, usar computador/videogame, ouvir música, falar ao telefone, trabalhar, tocar instrumento musical, fazer artes e ofícios, dirigir/andar de carro, ônibus ou trem). Os 9 itens foram preenchidos separadamente para dias típicos da semana e finais de semana (SBRN, 2021b).

ROSENBERG *et al.* (2010) avaliaram a fidedignidade e a validade do *Sedentary behavior Questionnaire* em uma amostra de 49 adultos com excesso de peso. A fidedignidade do SBQ foi avaliada por meio de teste-reteste, utilizando-se o coeficiente de correlação intraclass (CCI) e o coeficiente de correlação de Spearman. Todos os itens obtiveram de moderada a excelente fidedignidade, tanto em dias da semana (intervalo = 0,64-0,90), quanto em dias de final de semana (intervalo = 0,51-0,93). A validade foi avaliada por meio da associação entre o comportamento sedentário e o IMC, tendo o SBQ resultados significativos entre o comportamento sedentário e o IMC em relação aos escores gerais e o item ver televisão (ARAÚJO, 2017; SBRN, 2021b).

MIELKE *et al.* (2014) desenvolveram um questionário autorrelatado validado para ser aplicado em adultos (≥ 18 anos) o qual possui um módulo específico sobre tempo despendido em comportamento sedentário. Este questionário, estima o tempo total em comportamento sedentário, somando-se os escores de tempo sentado obtidos em cinco domínios específicos de comportamento sedentário: doméstico e lazer (assistir televisão e utilizar o computador em casa), ocupacional (trabalho), estudo (escola/universidade) e deslocamento passivo (MIELKE, 2012).

O instrumento possui duas perguntas, para cada domínio do comportamento sedentário: a primeira, investiga se o respondente realiza a atividade sedentária, a segunda, avalia o tempo total despendido realizando a atividade durante um dia de uma semana habitual. O tempo deve ser reportado em horas e minutos por dia e posteriormente convertido em minutos por dia pelo pesquisador. O tempo sentado total diário é estimado por meio da soma de cada escore de domínio específico de comportamento sedentário e apresentado em minutos por dia. O questionário foi submetido a um estudo de confiabilidade teste-reteste de sete dias em uma amostra de 78 indivíduos. Os escores dos coeficientes de correlação intraclasse (ICC) e de concordância de Lin (CCC), entre avaliadores, foram iguais ou superiores a 0,7 (moderado/bom) para todos os itens do comportamento sedentário e para o escore total ($p < 0,001$) (MIELKE, 2012; MIELKE *et al.*, 2014).

Medidas de tempo sedentário obtidas por questionários baseados em domínios específicos de comportamento sedentário, tendem a produzir estimativas mais precisas do tempo sedentário total do que questionários de item único, talvez, porque seja mais fácil para os participantes se lembrarem do tempo gasto realizando atividades específicas, em vez do tempo total despendido sentado. Apesar disso, questionários de vários itens ainda tendem a subestimar o tempo sedentário total e apresentarem uma correlação fraca com medidas objetivas de tempo sedentário (HEALY *et al.*, 2011; AUNGER; WAGNILD, 2020; BAKKER *et al.*, 2020; PRINCE *et al.*, 2020).

Outro método de avaliação subjetiva do comportamento sedentário e que pode ser aplicado no contexto da Atenção Primária à Saúde é o *Rapid Assessment Disuse Index* (RADI). O RADI é um questionário, desenvolvido para identificar e quantificar rapidamente níveis diários de comportamento sedentário e de inatividade física de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Este instrumento, foi submetido a um estudo de validação onde avaliou-se a confiabilidade teste-reteste e a validade por meio das correlações entre as respostas do questionário e a acelerometria. O instrumento obteve boa confiabilidade (CCI= 0,79) e validade moderada (AUC= 0,72), mostrando-se uma opção promissora para ser aplicado no contexto da Atenção Primária à Saúde (SHUVAL *et al.*, 2014b).

Existem outras opções de métodos de avaliação subjetiva do comportamento sedentário que podem ser utilizados em estudos de vigilância em saúde e populacionais, como: questionários baseados em domínios específicos de

comportamento sedentário (que estimam o tempo sedentário total, por domínio de interesse), recordatórios de 24 horas, diários, avaliações ecológicas momentâneas e relatórios por procuração (desenvolvidos para serem aplicados em populações que necessitam de cuidados especiais) (HEALY *et al.*, 2011; ATKIN *et al.*, 2012; AUNGER; WAGNILD, 2020).

A escolha do método de avaliação mais apropriado vai depender da disponibilidade financeira do pesquisador, da relevância e adequação do método para a população de interesse. É importante salientar, que medidas de autorrelato e de dispositivos, fornecem informações diferentes, mas complementares. Ao decidir qual método utilizar é importante considerar o grau de variabilidade presente entre e dentro dos estudos. Isto é fundamental, pois a variabilidade dos métodos de avaliação pode afetar consideravelmente a força da associação com os desfechos de saúde e influenciar a interpretabilidade. Outro ponto substancial a ser considerado é o cuidado ao comparar os resultados de estudos que utilizam medidas diferentes de avaliação do comportamento sedentário (PRINCE *et al.*, 2017a; AUNGER; WAGNILD, 2020).

2.9 ACONSELHAMENTO PARA A REDUÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

A pesquisa sobre comportamento sedentário é relativamente recente em comparação com a atividade física. Contudo, na última década, consolidou-se um robusto corpo de evidências sobre os efeitos prejudiciais à saúde associados ao prolongado tempo que passamos sentados, o que vem causando grande preocupação entre os países, pois acaba impactando negativamente os sistemas de saúde pública globais. Neste sentido, um número crescente de países têm realizado recomendações para reduzir o comportamento sedentário e interromper o tempo sentado em vários níveis de especificidade, seja incorporando-as em suas diretrizes de atividade física ou publicando diretrizes específicas para esse comportamento, direcionadas para todas as faixas etárias, para diferentes condições de saúde e contextos de vida diária (doméstico, ocupacional, lazer, transporte) (DEMPSEY *et al.*, 2020; MCLAUGHLIN *et al.*, 2020; NGUYEN *et al.*, 2020).

Como já comentado anteriormente, o comportamento sedentário pode ser caracterizado por atividades específicas, podendo ocorrer em diferentes domínios (OWEN *et al.*, 2011). Além disso, ao longo da vida, as pessoas passam o tempo em

diferentes ambientes sociais como (amigos, alunos, colegas, família) e organizacionais (escola e trabalho), mostrando que os padrões e a prevalência do comportamento sedentário acabam dependendo da idade e do estágio de vida em que as pessoas se encontram (BERNAARDS; HILDEBRANDT; HENDRIKSEN, 2016). É também influenciado por múltiplos fatores que operam a nível individual, interpessoal, organizacional, ambiental, social e político (MANINI *et al.*, 2015; BLACKBURN *et al.*, 2020). Conseqüentemente, as intervenções focadas em reduzir o tempo em comportamento sedentário, devem ser específicas ao contexto e relevantes para os segmentos populacionais que estão sendo almejados (MANINI *et al.*, 2015; BERNAARDS; HILDEBRANDT; HENDRIKSEN, 2016; BLACKBURN *et al.*, 2020; PEACHEY *et al.*, 2020).

Neste sentido, as intervenções para a redução do comportamento sedentário podem ser realizadas em diferentes contextos, tais como lazer, escolas, locais de trabalho, comunidades e na Atenção Primária à Saúde, direcionadas à grupos populacionais diversos, como crianças, jovens, adultos e idosos e contemplar diferentes estratégias e abordagens de ação (OWEN *et al.*, 2011; MANINI *et al.*, 2015; BLACKBURN *et al.*, 2020; PEACHEY *et al.*, 2020).

Uma variedade de estratégias e estruturas foram aplicadas às intervenções para a redução do comportamento sedentário, incluindo adaptação individualizada a nível comunitário, incorporando abordagens comportamentais, ambientais e multicomponentes (MANINI *et al.*, 2015; BOROWSKI *et al.*, 2017; BLACKBURN *et al.*, 2020; PEACHEY *et al.*, 2020). As intervenções comportamentais focam o indivíduo, baseiam-se em teorias de mudança de comportamento e têm o potencial de influenciar os determinantes comportamentais para promover hábitos mais saudáveis e melhorar a qualidade de vida. Estas estratégias de educação em saúde podem ser realizadas no contexto da Atenção Primária, por meio do aconselhamento para a redução do comportamento sedentário e promoção da atividade física. As intervenções ambientais podem ter como objetivo modificar a configuração da casa, da escola e/ou do local de trabalho, bem como reestruturar os espaços e/ou instalações ao ar livre para reduzir o tempo sentado e aumentar os níveis de atividade física. As intervenções com multicomponentes podem incluir uma combinação de componentes ambientais e comportamentais, os quais podem gerar efeitos potenciais na redução do comportamento sedentário a longo prazo (PRINCE *et al.*, 2014;

SHUVAL *et al.*, 2014a; MANINI *et al.*, 2015; BOROWSKI *et al.*, 2017; BLACKBURN *et al.*, 2020; PEACHEY *et al.*, 2020; POLO *et al.*, 2020).

As intervenções podem ser delineadas com vistas em reduzir o comportamento sedentário total diário, reduzir algum comportamento específico (tempo assistindo televisão), ou mesmo, proporcionar alterações comportamentais em alguns domínios nos quais ele é mais frequente (introdução de pausas (“breaks”) no tempo sentado durante o trabalho) (HEALY *et al.*, 2008a; MIELKE *et al.*, 2014; LYNCH; OWEN, 2015; MANINI *et al.*, 2015; BLACKBURN *et al.*, 2020).

Em relação aos contextos e os tipos de comportamento as quais as intervenções abordam, elas podem ser conduzidas: 1) no local de trabalho (focando especificamente o tempo em comportamento sedentário); 2) fora do local de trabalho (focando especificamente o tempo em comportamento sedentário); 3) fora do local de trabalho (abordando a atividade física e o tempo em comportamento sedentário) e 4) fora do local de trabalho (com foco na atividade física e mensuração do comportamento sedentário, como desfecho secundário) (BOROWSKI *et al.*, 2017).

O corpo de evidências sobre intervenções comunitárias com foco na redução do comportamento sedentário em adultos é mais recente e restrito, quando comparado a atividade física, no entanto, estudos mostram efetividade positiva destas intervenções na redução do comportamento sedentário nesta população (GARDNER *et al.*, 2016; BLACKBURN *et al.*, 2020; PEACHEY *et al.*, 2020).

Um estudo conduzido por OWEN *et al.* (2011) com o objetivo de identificar os determinantes do comportamento sedentário em adultos, bem como intervenções com abordagens efetivas na redução deste comportamento, identificou duas intervenções conduzidas em adultos, porém, com abordagens distintas, focando dês da redução de um comportamento sedentário específico (tempo diário assistindo televisão), como também na redução do tempo diário despendido em diversas atividades sedentárias (assistindo televisão, utilizando computador, entre outras). Foram utilizadas abordagens com dispositivo de bloqueio de TV, consulta prévia com orientações e um plano personalizado orientando para a redução do comportamento sedentário. Os pesquisadores identificaram efetividade de ambas as intervenções na redução deste comportamento.

PRINCE *et al.* (2014) realizaram uma metanálise de intervenções em adultos que combinaram ações de promoção da atividade física e redução do comportamento sedentário e encontraram resultados significativos na redução do tempo sentado

(diferença padronizada entre médias: -0,37 min/dia; IC 95%: -0,69 a -0,05). No entanto, as intervenções com abordagem específica, com foco na redução do comportamento sedentário, resultaram em maior redução desse comportamento (CS: -1,28; IC 95%: - 1,68, -0,87).

Estes achados são corroborados pelo estudo de revisão sistemática e metanálise de MARTIN *et al.* (2015) que apontou que intervenções voltadas para mudanças no estilo de vida em geral reduziram o comportamento sedentário em 24 min/dia, enquanto intervenções focando apenas no comportamento sedentário reduziram 42 min/dia deste comportamento. O que pode explicar estas evidências é o fato de que os determinantes do comportamento sedentário são distintos daqueles da atividade física, neste sentido, reduções mais efetivas no comportamento sedentário, poderão ser obtidas com intervenções que abordem especificamente esses determinantes (OWEN *et al.*, 2011; BAUMAN *et al.*, 2012; CHASTIN *et al.*, 2015a).

MANINI *et al.* (2015) apresentaram um estudo com os resultados das discussões realizadas no workshop “Comportamento Sedentário: Identificando Prioridades de Pesquisa”, onde discutiram a efetividade de intervenções conduzidas para a redução do comportamento sedentário e recomendaram que estas intervenções devem considerar uma perspectiva do curso de vida, pois o comportamento sedentário é dependente da idade e do estágio de vida. Além disso, intervenções ambientais nos locais onde os indivíduos têm alta exposição ao comportamento sedentário, como no ambiente de trabalho, podem ser estratégias promissoras para reduzir este comportamento. Os autores ressaltam ainda a necessidade de intervenções com o objetivo de identificar a quantidade mínima necessária de redução desse comportamento para produzir benefícios significativos à saúde.

Um estudo de revisão sistemática conduzido por KOOHSARI *et al.* (2015) analisou as evidências atuais sobre associações de atributos ambientais (onde as pessoas residem) com comportamentos sedentários de adultos residentes em países de renda elevada. Os pesquisadores encontraram que algumas características do ambiente do bairro, como segurança, presença e proximidade de espaços públicos abertos para a prática de atividade física, uso misto do solo, entre outras, são efetivas na redução deste comportamento em adultos.

GARDNER *et al.* (2016) realizaram um estudo de revisão sistemática onde analisaram a efetividade de estratégias de mudança de comportamento utilizadas em intervenções para a redução de comportamento sedentário em adultos e identificaram que as intervenções baseadas na reestruturação ambiental, persuasão ou educação foram mais efetivas na redução do tempo sentado e que o automonitoramento, resolução de problemas e reestruturação do ambiente social ou físico, foram técnicas de mudança de comportamento particularmente úteis. Eles identificaram também, que as intervenções comportamentais são promissoras para reduzir o comportamento sedentário, e aquelas concebidas com o objetivo principal de reduzir este comportamento são as mais efetivas.

Um estudo de revisão sistemática conduzido por BOROWSKI *et al.* (2017) avaliou a efetividade de intervenções fora do local de trabalho para reduzir o comportamento sedentário em adultos. Eles concluíram que as intervenções para reduzir este comportamento são promissoras. No entanto, os pesquisadores ressaltam que devido ao pequeno corpo de evidências e à variabilidade dos métodos dos estudos, não é possível sugerir com segurança sobre quais tipos de intervenções são mais efetivas para reduzir o comportamento sedentário neste contexto e sugerem que são necessários estudos de ensaios bem controlados de maior duração com amostras maiores, usando intervenções baseadas na teoria com prescrições consistentes para reduzir o tempo em comportamento sedentário de forma mais efetiva.

Uma revisão sistemática conduzida com o objetivo de avaliar a eficácia de intervenções com multicomponentes e aconselhamento na redução do comportamento sedentário de adultos e idosos, concluiu que as intervenções são efetivas e podem reduzir significativamente o tempo sentado entre 30-61 minutos por dia (SHRESTHA *et al.*, 2019).

Um estudo de revisão sistemática e metanálise, investigou a eficácia e a complexidade das intervenções com foco na redução do comportamento sedentário ao longo da vida. Os resultados da revisão geral demonstraram que as intervenções podem induzir reduções relevantes no tempo em comportamento sedentário diário em cerca de (-20 min/dia; IC 95%: -66,88 a 27,67). Contudo, os pesquisadores sugerem que estudos de intervenções futuras devem aplicar métodos mais rigorosos para melhorar a qualidade da pesquisa, considerando tamanhos de amostra maiores,

ensaios clínicos controlados e randomizados e medidas válidas e confiáveis de comportamento sedentário (BLACKBURN *et al.*, 2020).

Embora as evidências sobre a quantidade mínima ideal de redução do tempo em comportamento sedentário necessária para produzir benefícios significantes à saúde estejam em estágio incipiente, um estudo de metanálise, conduzido por PEACHEY *et al.* (2020), avaliou a eficácia geral das intervenções para reduzir o comportamento sedentário em adultos e comparou os resultados das diferentes estratégias de abordagem entre os estudos (ambientais, comportamentais e multicomponentes). As reduções no tempo sentado foram semelhantes entre o local de trabalho (-29,96 min/dia; IC 95%: -44,05 a -15,87) e outros contextos (-30,47 min/dia; IC 95%: -44,68 a -16,26), como comunidade, doméstico e ambientes recreativos. As intervenções ambientais tiveram a maior redução no tempo diário em comportamento sedentário (-40,59 min/dia; IC 95%: -61,65 a -19,53), seguido por multicomponentes (-35,53 min/dia; IC 95%: -57,27 a -13,79) e intervenções comportamentais (-23,87 min / dia; IC 95%: -37,24 a -10,49). Estes resultados apontam efetividade das intervenções na redução do tempo total diário em comportamento sedentário em cerca de 30 minutos por dia, o que poderia representar um limiar eficaz para observar benefícios à saúde a longo prazo, como a melhora dos biomarcadores de risco cardiometabólico (BLACKBURN *et al.*, 2020).

No que tange às intervenções de mudança de comportamento, elas podem ser caracterizadas como conjuntos coordenados de atividades destinadas a mudar padrões de comportamento especificados, como o prolongado período diário em comportamento sedentário e níveis elevados de inatividade física. Em geral, esses padrões de comportamento são mensurados em termos de prevalência ou incidência de comportamentos específicos em populações específicas (por exemplo, fornecimento de aconselhamento para cessação do tabagismo, para a promoção da atividade física e redução do comportamento sedentário realizado por profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde) (PROCHASKA; VELICER, 1997; KREUTER; CHHEDA; BULL, 2000; HEATH *et al.*, 2012; SHUVAL *et al.*, 2014a). Estas intervenções são importantes pois tem o potencial de auxiliar os indivíduos a adotarem comportamentos mais saudáveis, melhorando a qualidade de vida a longo prazo (MICHIE; VAN STRALEN; WEST, 2011).

O desenvolvimento de intervenções eficazes para a redução do comportamento sedentário depende da compreensão do que funciona na mudança

deste comportamento e por quê. Dessa forma, avanços recentes na ciência comportamental permitem a identificação de componentes de intervenção que podem explicar a variação na eficácia entre os estudos. MICHIE; VAN STRALEN; WEST (2011) desenvolveram uma taxonomia que descreve 93 técnicas de mudança de comportamento que podem ser usadas em intervenções dentro de qualquer domínio comportamental, por exemplo, as intervenções podem procurar educar a população-alvo sobre a necessidade de mudança, persuadi-la induzindo emoções positivas ou negativas em torno do comportamento, ou treinar as habilidades necessárias para alcançar a mudança (GARDNER *et al.*, 2016).

Dentre as diferentes opções de estratégias que podem ser utilizadas em intervenções de abordagem comportamental para a redução do comportamento sedentário, destacam-se as estratégias transdisciplinares de educação em saúde, como o aconselhamento para a população adulta (MICHIE; VAN STRALEN; WEST, 2011; ADAHL *et al.*, 2014; SHUVAL *et al.*, 2014b; CHASTIN *et al.*, 2017; PEACHEY *et al.*, 2020; POLO *et al.*, 2020). Esta ação pode ser realizada pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, especialmente em Unidades Básicas de Saúde, visto que são locais privilegiados para a realização desta prática, por serem espaços de construção e implementação de ações assistenciais, preventivas, de promoção e educação em saúde (BRASIL, 2011b; PAIM *et al.*, 2011). Outro ponto importante e que corrobora para a realização desta ação no contexto da Atenção Primária é a abrangência e a capilaridade dos serviços ofertados, visto que cerca de 70% dos brasileiros utilizam regularmente os serviços públicos de saúde, destes 47% frequentam as Unidades Básicas de Saúde (IBGE, 2020d; POLO *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021).

Por meio do aconselhamento os profissionais de saúde podem fornecer informações atualizadas e de qualidade para a população, abordando questões de saúde, qualidade de vida, benefícios da prática regular de atividades físicas e da redução do comportamento sedentário. No entanto, para obter maior efetividade com ações de aconselhamento, é necessário seguir estratégias específicas, fundamentadas em teorias de mudança de comportamento, como o modelo 5 As. Neste método o profissional de saúde escuta seu paciente, compreende as barreiras que dificultam a mudança de comportamento, fornece suporte necessário e monitora a mudança positiva de comportamento do indivíduo, o que possibilita a adesão à longo prazo (WHITLOCK *et al.*, 2002; GLASGOW; EMONT; MILLER, 2006; MERIWETHER

et al., 2008; SHUVAL *et al.*, 2014b; GAGLIARDI *et al.*, 2015; GARDNER *et al.*, 2016; CHASTIN *et al.*, 2017; POLO *et al.*, 2020; MORAES; LOCH; RECH, 2021).

Além do aconselhamento realizado durante a consulta médica, os profissionais de saúde têm a possibilidade de utilizar outras estratégias educacionais para intervir em um nível individual e auxiliar na redução do comportamento sedentário de seus pacientes, como o uso de ferramentas digitais (telefones celulares, Internet e tecnologia vestível), estratégias viáveis de implementação e que possibilitam a ampliação da prática do aconselhamento além da consulta clínica, o que pode ajudar o paciente a efetivar e manter a mudança comportamental a longo prazo, melhorando sua saúde (SHUVAL *et al.*, 2014a; GARDNER *et al.*, 2016; CHASTIN *et al.*, 2017; NICOLSON; HAYES; DARKER, 2020; MEMON *et al.*, 2021).

Nesse contexto, o aconselhamento de atividade física recebido de profissionais de saúde têm apresentado resultados promissores na mudança de comportamento de adultos e é recomendado como parte de intervenções comunitárias integradas. No entanto, sua prevalência é baixa (37%) e ainda menor em países de alta renda (34%) quando comparada a outros (43%). Importantes instituições e organizações de saúde internacionais, como a OMS, o *American College of Sports Medicine* e a *International Society for Physical Activity and Health* recomendam que os profissionais de saúde promovam a atividade física por meio de aconselhamento. Além disso, evidências apontam um efeito positivo do aconselhamento sobre os níveis de atividade física (HEATH *et al.*, 2012; GAGLIARDI *et al.*, 2015; ISPAH, 2020; KRIST *et al.*, 2020; WHO, 2020b; SANTOS *et al.*, 2021).

No Brasil, a pesquisa investigou o aconselhamento de atividade física recebido por adultos na Atenção Primária à Saúde em Unidades Básicas de saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2009; HALLAL *et al.*, 2010b; HÄFELE; SIQUEIRA, 2016; MORAES; LOCH; RECH, 2021; SANTOS *et al.*, 2021). Contudo, apenas dois estudos avaliaram a prevalência e analisaram a associação entre aconselhamento e atividade física de lazer nesse contexto (HÄFELE; SIQUEIRA, 2016; SANTOS *et al.*, 2021).

O estudo de HAFELE; SIQUEIRA (2016), apontou que a prevalência de aconselhamento para atividade física de 525 adultos de 35 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana da cidade de Pelotas-RS foi de apenas 35,4% (IC95% 31,3-39,6) e o recebimento desse aconselhamento está associado ao aumento da idade, ao diagnóstico médico referido de hipertensão arterial, ao uso de algum medicamento de maneira contínua e ao maior número de vezes em que o usuário esteve na Unidade

Básica de Saúde no último ano. Já no estudo de SANTOS *et al.* (2021), conduzido em 779 adultos de 15 Unidades Básicas de Saúde da área urbana da cidade de São José dos Pinhais-PR, a prevalência de aconselhamento de atividade física foi de 43% (IC95%: 39,5-46,4%), significativamente maior em pessoas com idade ≥ 40 anos, casados, obesos, que consomem medicamentos prescritos, e que realizam caminhada no lazer.

A pesquisa de comportamento sedentário em adultos (≥ 18 anos) cresceu exponencialmente na última década e demonstra força em vários estágios da estrutura da epidemiologia comportamental. A estrutura da epidemiologia comportamental é usada para categorizar a pesquisa do comportamento sedentário em seis fases (ou seja, relação com resultados de saúde, desenvolvimento e validação de ferramentas de medição, prevalência e variações dentro e entre as populações, determinantes e correlatos, intervenções de desenvolvimento e teste e evidências para informar as diretrizes e políticas de saúde pública). Nessa perspectiva, várias revisões sistemáticas e meta-análises sobre o comportamento sedentário em adultos foram conduzidas em todas as fases da estrutura da epidemiologia comportamental (PRINCE *et al.*, 2014; MARTIN *et al.*, 2015; GARDNER *et al.*, 2016; BOROWSKI *et al.*, 2017; SHRESTHA *et al.*, 2018; SHRESTHA *et al.*, 2019; BLACKBURN *et al.*, 2020; PEACHEY *et al.*, 2020; MEMON *et al.*, 2021).

No entanto, mais pesquisas devem se concentrar na mensuração, prevalência/epidemiologia e determinantes do comportamento sedentário, para melhor informar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Estudos de intervenção futuros devem aplicar métodos mais rigorosos para melhorar a qualidade da pesquisa, considerando tamanhos amostrais maiores, estudos controlados randomizados de maior duração e medidas válidas e confiáveis de comportamento sedentário. Além disso, existe a necessidade de estudos que esclareçam quais intervenções comportamentais são mais efetivas para reduzir comportamento sedentário e melhorar a saúde (MANINI *et al.*, 2015; GARDNER *et al.*, 2016; BOROWSKI *et al.*, 2017; BLACKBURN *et al.*, 2020; MEMON *et al.*, 2021).

Mais recentemente os pesquisadores começaram a explorar práticas de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário na Atenção Primária à Saúde. Embora entidades como a OMS, *Canadian Society for Exercise Physiology*, ISPAH, apoiem a implementação de programas e políticas de saúde pública que visam aumentar os níveis de atividade física e limitar o comportamento sedentário da

população (ISPAH, 2020; ROSS *et al.*, 2020; WHO, 2020b); as ações com aconselhamento para a redução do comportamento sedentário realizadas por profissionais de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde, especialmente em Unidades Básicas de Saúde, encontram-se em estágio incipiente de desenvolvimento (SHUVAL *et al.*, 2014a).

Dessa maneira, é imprescindível identificar qual a prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário recebido de profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde, bem como, os indivíduos mais expostos a esse aconselhamento. Essa abordagem e os resultados são essenciais para que os profissionais de saúde possam implementar e direcionar ações específicas para reduzir o comportamento sedentário em grupos populacionais com maior exposição ao tempo sentado, principalmente em países de renda média-alta como o Brasil.

Para localizar os estudos que avaliaram prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário, bem como os fatores associados ao aconselhamento, foi realizada uma revisão sistematizada (GRANT; BOOTH, 2009) em fevereiro de 2021. Esse método sistematizado permite identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes. A busca das evidências foi conduzida a partir dos descritores específicos localizados nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e *Medical Subjects Headings* (Mesh).

Com base nos descritores, foram elaboradas sintaxes que posteriormente foram inseridas em três bases de dados: 1) Bireme (sintaxes nos idiomas inglês e português); 2) PubMed (sintaxe no idioma inglês); 3) Scielo (sintaxes nos idiomas inglês e português) (Tabela 2) e todos os descritores ou palavras-chave marcados como “todos os campos” [*All Fields*].

Tabela 3 - Sintaxes inseridas nas bases de dados e resultados da busca de estudos, 2021
(continua)

Base	Sintaxe	Filtros	Resultados
Bireme	(sedentary behaviour) AND (counseling)	Idioma: inglês (Estados Unidos)	31
	(comportamento sedentário) AND (aconselhamento)	Idioma: português	86
PubMed	((sedentary behaviour) OR ("sitting time")) AND (((counseling) OR (directive counseling)) OR (motivational counseling)) OR (motivational interviewing))	Idioma: inglês (Estados Unidos)	455

Tabela 4 - Sintaxes inseridas nas bases de dados e resultados da busca de estudos, 2021
(conclusão)

Base	Sintaxe	Filtros	Resultados
Scielo	("sedentary behaviour") OR ("sitting time") AND ("counseling") OR ("motivational interviewing") OR ("motivational counseling") OR ("directive counseling")	Idioma: inglês (Estados Unidos)	23
	("comportamento sedentário") AND ("aconselhamento") OR ("aconselhamento à distância") OR ("conselho dirigido")	Idioma: português	185

Fonte: Autoria própria (2021)

Os critérios de inclusão utilizados na identificação e triagem dos estudos foram: 1) estudos originais ou de revisão; 2) amostra de adultos ≥ 18 anos; 3) estudos que tenham identificado a prevalência e analisado os fatores associados ao recebimento de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário; 4) estudos em inglês e português.

A busca na base de dados Bireme com a sintaxe no idioma inglês, recuperou 31 estudos, dos quais 24 foram excluídos após a leitura do título e resumo. Em seguida, com a leitura na íntegra dos estudos remanescentes ($n = 7$), foram excluídas 6 referências por não atenderem aos critérios de inclusão, totalizando 1 estudo (Tabela 2). Ao utilizar a sintaxe no idioma português, nesta mesma base de dados, foram recuperados 86 estudos, dos quais 72 foram excluídos após a leitura do título e resumo. Após a leitura na íntegra dos 14 estudos remanescentes, foram excluídas 13 referências, as quais não atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 1 estudo (Tabela 2).

Em relação a busca na base de dados PubMed, com a sintaxe no idioma inglês, foram recuperados 455 estudos dos quais 419 foram excluídos após a leitura do título e resumo. Em seguida, com a leitura na íntegra dos estudos remanescentes ($n = 36$), foram excluídas 35 referências por não atenderem aos critérios de inclusão, totalizando 1 estudo (Tabela 2).

A busca na base de dados Scielo, com a sintaxe no idioma inglês, recuperou 23 estudos, contudo, após a etapa de leitura dos títulos e resumos, nenhuma referência atendeu aos critérios de inclusão (Tabela 2). Ao realizar a busca nesta mesma base com a sintaxe no idioma português, foram recuperados 185 estudos, no entanto, após a etapa de leitura dos títulos e resumos, nenhuma referência atendeu aos critérios de inclusão (Tabela 2).

De acordo com a revisão da literatura, apenas um estudo explorou a prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário. SHUVAL *et al.* (2014a) avaliaram 157 pacientes de uma clínica universitária de Atenção Primária à Saúde (Dallas, Texas, Estados Unidos). O aconselhamento sobre comportamento sedentário foi operacionalizado com a resposta dicotômica para a questão: “Nos últimos 12 meses, você recebeu aconselhamento de comportamento sedentário do seu médico?” (sim/não). Aqueles que responderam “sim”, foram questionados em 7 perguntas sobre conteúdo do aconselhamento recebido, com base na estrutura 5As (avaliar, aconselhar, acordo, ajudar/auxiliar e acompanhar), com resposta dicotômica (sim/não) (SHUVAL *et al.*, 2014a).

Foram analisadas variáveis 1) sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade), 2) condições de saúde (estado nutricional, diagnóstico de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, dislipidemia)), 3) comportamentais (tabagismo, tempo em comportamento sedentário e AFMV). O tempo em comportamento sedentário e de AFMV dos pacientes foi obtido de acelerômetros (Actigraph GT3X, Pensacola, Flórida, EUA). Os dados foram analisados com a estatística descritiva (frequências absoluta e relativa) e apresentados em (%), para a identificação do sentido e força das possíveis associações entre o desfecho e os fatores, foi utilizada a regressão logística multivariada (análise inferencial). Um modelo hierarquizado foi elaborado para analisar as possíveis associações entre a variável dependente e os fatores e covariáveis (CS e AFMV) e o nível de significância mantido em 5%. Na análise bivariada, foi utilizado o teste de qui-quadrado de *Pearson* (χ^2) para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas e a análise de variância (ANOVA) foi aplicada para analisar a relação entre as variáveis categóricas e contínuas. Os fatores e covariáveis associadas à variável dependente em ($p \leq 0,20$) na análise bivariada, foram inseridas no modelo ajustado e os resultados apresentados como (OR e IC 95%) (SHUVAL *et al.*, 2014a).

A prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário foi de 10% ($n=16$), o tempo médio total neste comportamento foi de 9 horas/dia ($\pm 1,3$) e os pacientes obesos eram mais propensos a receber aconselhamento (OR = 7,0; IC95% 1,4-35,2). Embora o aconselhamento não tenha apresentado associação com o tempo em que as pessoas permanecem sentadas, os autores apontam que esta ação tem potencial de ser implementada no contexto da

Atenção Primária à Saúde, adotando em sua estrutura operacional a metodologia 5As de autocuidado apoiado (SHUVAL *et al.*, 2014a).

Embora apenas um estudo tenha sido identificado durante a revisão da literatura, uma crescente base de evidências internacionais composta por estudos de revisão (com análise de intervenções com multicomponentes, o que incluiu o aconselhamento) e por estudos originais (com intervenções focadas no aconselhamento motivacional), mostram efetividade positiva desta ação na redução do comportamento sedentário (CARR *et al.*, 2013; AADAHL *et al.*, 2014; BOROWSKI *et al.*, 2017; CHIANG *et al.*, 2019; BLACKBURN *et al.*, 2020; PEACHEY *et al.*, 2020; NIESTE *et al.*, 2021).

Um estudo internacional com intervenção multicomponente no local de trabalho, incluído aconselhamento, foi conduzido em 40 adultos de meia idade, sedentários e com sobrepeso. Os pesquisadores avaliaram a efetividade da intervenção na redução do comportamento sedentário e do risco de doença cardiometabólica. Os participantes foram randomizados em dois grupos: 1) controle (n = 17) (manteve seus comportamentos de vida diária por 12 semanas) e 2) intervenção (n=23) (realizou um programa baseado em teoria, utilizou um cicloergômetro portátil no trabalho e um pedômetro por 12 semanas). Em comparação com o controle, o grupo intervenção reduziu o comportamento sedentário diário em 58,7 min/dia (IC95%: -118,4 a 0,99). Os achados sugerem que a intervenção de tecnologia multicomponente no local de trabalho foi efetiva na redução desse comportamento (CARR *et al.*, 2013).

Uma revisão sistemática e metanálise investigou a eficácia de intervenções com entrevista motivacional (aconselhamento) em ambientes de cuidados médicos, para melhorar desfechos em saúde. Foram incluídos quarenta e oito ensaios clínicos randomizados que compararam a efetividade de intervenções com e sem aconselhamento em ambientes de cuidados médicos. O efeito geral mostrou uma vantagem estatisticamente significativa para a entrevista motivacional: (OR: 1,55; IC95%: 1,40-1,71). Considerando a adesão ao aconselhamento médico, a entrevista motivacional teve um efeito estatisticamente significativo (OR: 1,47; IC95%: 1,19-1,81) no automonitoramento dos pacientes, o que inclui o encorajamento para reduzir comportamentos sedentários, como a redução do tempo diário assistindo televisão (LUNDAHL *et al.*, 2013).

AADAHL *et al.* (2014) realizaram um ensaio clínico randomizado, controlado baseado na comunidade, em 149 adultos sedentários, recrutados de um estudo de base populacional “*The Health2010 Study*”, com o objetivo de avaliar o efeito de uma intervenção individualizada de aconselhamento motivacional face a face para a redução do comportamento sedentário. Para tanto, os participantes foram randomizados em dois grupos: 1) controle (n=73) (estilo de vida diário); 2) intervenção (n=93) (com 4 sessões individuais de aconselhamento baseado em teoria). Eles encontraram uma redução média de (-0,27 horas/dia) no grupo intervenção, correspondendo a 2,9% do tempo sentado inicial (horas/dia), porém, não foi significativa. No entanto, os pesquisadores concluíram que um programa de intervenção baseado na comunidade, na teoria, e individualizado pode ser efetivo para a redução desse comportamento melhorando a saúde cardiometabólica de adultos sedentários. Do ponto de vista da saúde pública, se sustentados a longo prazo, os efeitos podem ter um impacto significativo a nível populacional.

Uma revisão sistemática e metanálise conduzida por CHU *et al.* (2016) avaliou a eficácia de intervenções no local de trabalho (educacionais/comportamentais, ambientais e multicomponentes) para reduzir o tempo sentado de adultos que realizam trabalhos administrativos. As intervenções multicomponentes, ambientais e educacionais foram efetivas e reduziram entre 16-89 minutos por dia esse comportamento.

Um ensaio randomizado por cluster com intervenção multicomponente, (incluindo aconselhamento de saúde face a face e por telefone) para a redução do tempo sentado em trabalhadores de escritório, mostrou efetividade positiva dessa ação na redução do comportamento sedentário, após três meses de intervenção (-8 horas) (HEALY *et al.*, 2016).

THOMSEN *et al.* (2017) investigaram a eficácia de uma intervenção com aconselhamento motivacional e envio de mensagens por sms para reduzir o tempo diário sentado em pacientes com artrite reumatoide (AR). Neste ensaio clínico randomizado, 150 pacientes com artrite reumatóide participaram do estudo, 75 foram randomizados para o grupo intervenção e 75 para o grupo controle. O grupo de intervenção recebeu três sessões individuais de aconselhamento motivacional e serviço de mensagens curtas ou mensagens de texto com o objetivo de reduzir o comportamento sedentário durante o período de intervenção de 16 semanas. A redução do tempo diário sentado medido objetivamente pelo monitor ActivPAL foi o

desfecho primário. O grupo intervenção reduziu em -1,61 horas/dia o tempo diário sentado e melhorou os níveis de colesterol.

Um estudo conduzido por CHIANG *et al.* (2019), avaliou a efetividade de um programa de aconselhamento motivacional de 12 semanas na redução do comportamento sedentário, dos sintomas depressivos e na melhora da qualidade de vida relacionada à saúde de 115 mulheres adultas com síndrome metabólica, pacientes de um centro de saúde comunitário da área urbana de Taiwan. Os participantes foram randomizados aleatoriamente a um dos três grupos: 1) grupo experimental (recebeu aconselhamento motivacional individualizado por telefone, além de um folheto educacional sobre modificação do estilo de vida e como lidar com o estresse, por um período de 12 semanas); 2) grupo de comparação (recebeu o mesmo folheto, mas nenhum aconselhamento); 3) grupo controle (não recebeu aconselhamento e folheto). O comportamento sedentário foi mensurado pré e pós-intervenção, por meio do *The International Physical Activity Questionnaire-Short Form*. Os pesquisadores concluíram que o aconselhamento motivacional foi efetivo e reduziu o tempo total sentado em 374 minutos/semana (12,2%) (grupo experimental x grupo de comparação), melhorou os sintomas depressivos e a qualidade de vida relacionada à saúde.

Um estudo de revisão sistemática avaliou a eficácia de intervenções para reduzir o comportamento sedentário em idosos que não trabalham. Os pesquisadores concluíram que as intervenções que incorporaram definição de metas, feedback individualizado e sessões motivacionais, reduziram em até 54 minutos o tempo sentado total diário (AUNGER; WAGNILD, 2020).

Uma revisão sistemática e metanálise avaliou a eficácia e o efeito de intervenções para reduzir o comportamento sedentário em populações clínicas. Os pesquisadores descobriram que as intervenções no geral reduziram o comportamento sedentário diário em 1 hora/dia e as maiores reduções ocorreram após intervenções comportamentais com multicomponentes, incluindo aconselhamento motivacional, automonitoramento, apoio social e tecnologias. Além disso, reduzir o tempo sedentário em 1 hora/dia melhora os marcadores cardiometabólicos de risco à saúde (NIESTE *et al.*, 2021).

Como visto nesta seção, apenas um estudo explorou a prevalência do aconselhamento para a redução do comportamento sedentário (SHUVAL *et al.*, 2014a). No entanto, o contexto específico deste estudo pode não representar a

realidade sociocultural dos países da América Latina. Assim, é imprescindível ampliar esse conhecimento, com base em estudos robustos com amostra representativa de Unidades Básicas de Saúde para identificar os indivíduos mais expostos ao aconselhamento sobre comportamento sedentário. Essa abordagem e seus resultados poderão subsidiar e direcionar ações específicas de educação em saúde junto a grupos populacionais desfavorecidos, para que eles planejem e incorporem comportamentos saudáveis.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO E DELINEAMENTO DE PESQUISA

Esta pesquisa é caracterizada como um estudo analítico, com abordagem quantitativa, do tipo observacional, com delineamento transversal e com análises exploratórias (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2011).

3.1.1 Descrição e objetivos do Programa Cidade Ativa Cidade Saudável

Os programas comunitários para a promoção de atividade física e redução do comportamento sedentário, apresentam resultados promissores e são recomendados como parte de ações integradas na comunidade. Neste sentido, no ano de 2017, a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SEMEL) implementou o “*Programa Cidade Ativa, Cidade Saudável*” (CACS), projetado como uma ação multissetorial, em parceria com as Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social, para melhorar os indicadores de saúde da população e incentivar a prática de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis, de maneira orientada e permanente. No entanto, é importante ressaltar que diversas atividades eram desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer antes de 2017, mas a implementação do “*Programa Cidade Ativa, Cidade Saudável*” possibilitou a reorganização sistemática destas ações, o que contribuiu para a otimização de recursos e ampliação do atendimento e oferta de diversas ações e atividades para a população (FERMINO, 2020; SILVA *et al.*, 2021a).

Fazem parte do quadro do programa os 163 funcionários alocados na SEMEL, subdivididos em quatro divisões: 1) Lazer e Eventos Populares: O chefe de divisão e os coordenadores são responsáveis por gerir e desenvolver os programas, atividades e eventos de lazer otimizando a utilização dos espaços públicos de lazer do município. Os professores horistas e estagiários são responsáveis por conduzir e aplicar as atividades do programa na comunidade; 2) Esportes Populares: O chefe de divisão e os coordenadores responsáveis por gerenciar e desenvolver intervenções em atividades físicas e esporte para a comunidade nos Centros e Núcleos de Esporte e Lazer. Os professores horistas são responsáveis por ministrar aulas específicas, como as de lutas e dança. Os estagiários auxiliam os coordenadores nas atividades diárias

dos Núcleos de Esporte e Lazer; 3) Esporte de Rendimento: O chefe de divisão e os coordenadores são responsáveis pela gestão e promoção de ações que desenvolvam o esporte de base, amador e profissional no município; 4) Atendimento Operacional: O chefe de divisão é responsável por coordenar as ações e os auxiliares de manutenção e de serviços gerais são responsáveis pela manutenção e zelo dos espaços públicos para a prática de atividades físicas da cidade. Vale ressaltar que, todas as divisões possuem atribuições no programa, para desenvolver as intervenções ou promover a divulgação do mesmo (SILVA *et al.*, 2021a).

Os recursos financeiros são provenientes, em sua maior parte, da SEMEL sendo aplicada toda a verba destinada à secretaria para o desenvolvimento do programa no período (aproximadamente R\$ 8.000.000,00). Cerca de 63% do total (R\$ 5.000.000,00) foram utilizados em pagamento de funcionários. Os colaboradores do programa pertencem aos mais variados segmentos da comunidade, entre eles órgãos governamentais, iniciativas comunitárias e empresas do Setor Privado (SILVA *et al.*, 2021a).

As atividades ofertadas no programa, são desenvolvidas pela SEMEL, por meio de suas divisões, descritas a seguir:

A Divisão de Lazer e Eventos Populares, oferta à comunidade, programas como o “Ônibus do Lazer” (crianças e adolescentes), “Maturidade Ativa” (idosos), “Ginástica Aeróbica e Ritmos” (jovens e adultos) e os “eventos populares” do programa CACS (população em geral). Na Divisão de Esportes Populares, o esporte é desenvolvido no âmbito comunitário, ofertando atividades de iniciação esportiva e esportes coletivos, lutas, aulas de ginásticas e ritmos, caminhada e corrida de rua, tênis de mesa, xadrez e atividades para a terceira idade. A Divisão de Esporte de Rendimento é responsável por desenvolver o esporte a nível competitivo na Cidade, seja esporte de base, amador e rendimento. São desenvolvidas as modalidades de vôlei de quadra e praia, futebol, futsal, basquete, handebol, tênis de mesa, xadrez, atletismo e ginástica rítmica. A oferta destas atividades, e a frequência com que são desenvolvidas varia de acordo com a divisão e local de atendimento (SILVA *et al.*, 2021a).

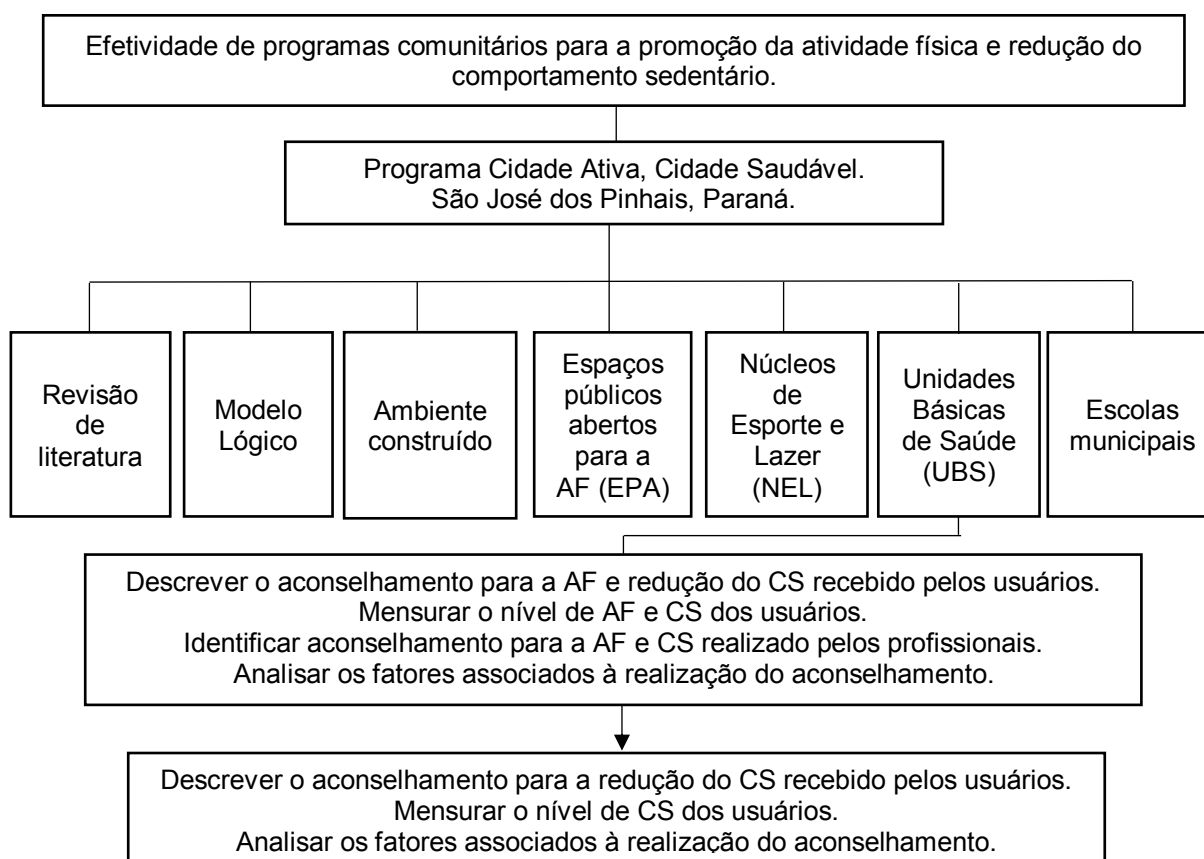
Assim, no ano de 2018, a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer de São José dos Pinhais - PR, firmou parceria com o “Grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde” (GPAAFS) da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), para avaliar a efetividade das ações e das atividades do “Programa Cidade

Ativa, Cidade Saudável”. Para tanto, o “Grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde”, organizou “subprojetos”, para avaliar as ações do Programa, em diferentes contextos da cidade: Espaços Públicos de Lazer; Núcleos de Esporte e Lazer; Unidades Básicas de Saúde e Escolas. O “subprojeto” das Unidades Básicas de Saúde, foi concebido para avaliar a prevalência de aconselhamento para a atividade física e os possíveis fatores associados, no sentido de ampliar a compreensão da possível associação entre o aconselhamento recebido na Atenção Primária à Saúde e o nível de atividade física. No entanto, observou-se também a necessidade de ampliar a compreensão em relação à possível associação entre aconselhamento recebido na Atenção Primária à Saúde e o nível de comportamento sedentário, devido à falta de evidências em países da América Latina (FERMINO, 2020; SILVA *et al.*, 2021a).

Dessa forma, esta lacuna observada, foi transformada em objetivo no presente estudo, que faz parte do projeto maior, concebido para explorar o aconselhamento para a Atividade Física. Assim, foram conduzidas, análises exploratórias de dados secundários deste projeto maior.

O modelo conceitual para a melhor compreensão da avaliação da efetividade das ações e atividades do “Programa Cidade Ativa, Cidade Saudável” de São José dos Pinhais, Paraná (2017-2018), pode ser visualizado na (Figura 2). O “Grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde”, organizou “subprojetos”, para avaliar as ações do Programa, em diferentes contextos da cidade: Espaços Públicos de Lazer; Núcleos de Esporte e Lazer; Unidades Básicas de Saúde e Escolas. O presente estudo, faz parte do projeto maior e desenvolvido no “subprojeto” das Unidades Básicas de Saúde.

Figura 2 - Modelo conceitual da avaliação da efetividade das ações e atividades do “Programa Cidade Ativa Cidade Saudável”



Fonte: Autoria própria (2021)

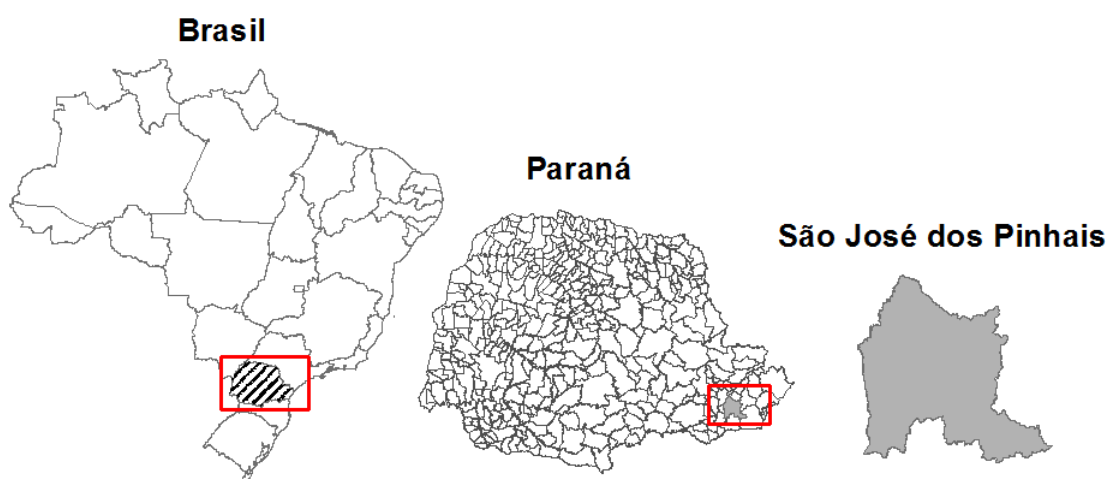
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de São José dos Pinhais, situada ao leste do estado do Paraná, Sul do Brasil e pertence à região metropolitana de Curitiba, capital do estado do Paraná (Figura 3). A cidade está posicionada geograficamente a 906 metros de altitude, 25 ° 32 ' 05 " S de latitude e longitude em 49 ° 12 ' 23 " e localizada a 19 quilômetros de Curitiba (centro a centro). Ela é uma cidade desenvolvida de médio porte 329.058 mil habitantes (IBGE, 2020a), (Figura 3) possui área de 946,24 km² (79% rural) (Figura 4), 90% da população reside na área urbana e a densidade populacional é de 347,9 hab./km² (IBGE, 2020a).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de São José dos Pinhais é de 0,758 (alto), e ocupa a 21^a posição em relação aos 399 municípios do estado do Paraná, e a 400^a posição em relação aos 5.565 municípios do Brasil (IBGE, 2018). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de longevidade é de 0,859,

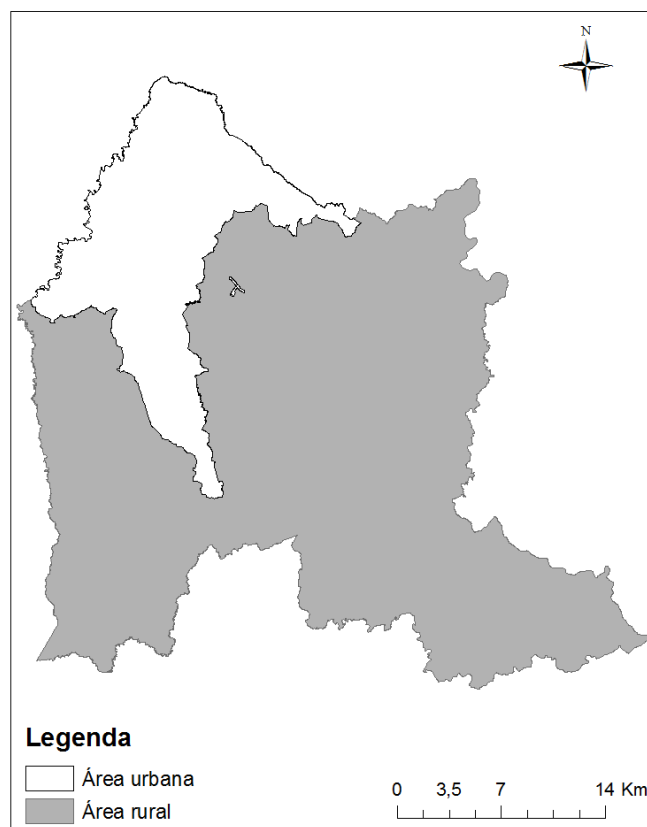
considerado muito bom ($\geq 0,800$) e a expectativa de vida do município é de 76,53 anos (IPARDES, 2019). O Índice de Gini *per capita* (0,4599) (índice que mede o grau de concentração da distribuição de renda domiciliar per capita de uma determinada população em um determinado espaço geográfico) são elevados (IBGE, 2020b). A cidade apresenta uma taxa bruta de Natalidade geral de 14,07 por mil habitantes ano e uma taxa de Mortalidade geral é de 4,95 por mil habitantes ano e o Produto Interno Bruto *per capita* é de R\$ 73.428,00 (IPARDES, 2020) (Tabela 3).

Figura 3 - Localização de São José dos Pinhais em relação ao Paraná e o Brasil



Fonte: Rafael Luciano de Mello (2021)

Figura 4 - Município de São José dos Pinhais, Paraná



Fonte: Rafael Luciano de Mello (2021)

Tabela 5 - Indicadores sociodemográficos e de saúde de São José dos Pinhais, Paraná, Curitiba, Paraná e Brasil

Indicadores	São Jose dos Pinhais	Curitiba	Brasil
População estimada em 2020	329.058	1,948.626	211, 800.000
Mulheres	51%	52%	51%
Natalidade bruta (taxa)	14,1%	11,1%	14,2%
Mortalidade infantil (taxa)	10,6%	11,9%	16,7%
Mortalidade geral (taxa)	4,9%	5,7%	6,1%
Analfabetismo (≥ 15 anos) (taxa)	3,4%	2,1	9,6
Escolarização (6-14 anos)	97,4%	97,6%	99,3%
Índice de Desenvolvimento Humano	0,758	0,823	0,727
Renda <i>per capita</i> (R\$)	846,9	1,581.0	767,0
Índice de Gini <i>per capita</i>	0,4599	0,5652	0,6086

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em Síntese (2020); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População Estimada (2020); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira (2020); Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Perfil avançado do município de São José dos Pinhais-PR (2020); Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Perfil avançado do município de Curitiba-PR (2020)

A cidade possui 22 secretarias para gerenciar os setores da administração municipal, como a Secretaria Municipal de Educação, Esporte e Lazer, Finanças, Saúde, etc. (SEMS, 2016). Em relação à saúde pública, a Secretaria Municipal de

Saúde (SEMS) é responsável pelo planejamento, organização e operacionalização das políticas de saúde no Município (SEMS, 2016).

Os atendimentos à saúde ocorrem com ações e serviços de saúde comunitária, controle epidemiológico, serviços de emergências, educação sanitária, controle de saneamento básico, entre outros (SEMS, 2016). Além disso, o município dispõe de 413 estabelecimentos de saúde (Tabela 4) (BRASIL, 2017a). Entre eles estão as 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS's) (56% na área urbana), sob responsabilidade do Departamento de Atenção Primária em Saúde, cujo principal objetivo é fornecer subsídios para funcionamento das Unidades, baseado nas legislações e políticas de saúde vigentes (SEMS, 2016).

Tabela 6 - Tipo e número de estabelecimentos de saúde em São José dos Pinhais, Paraná, 2017

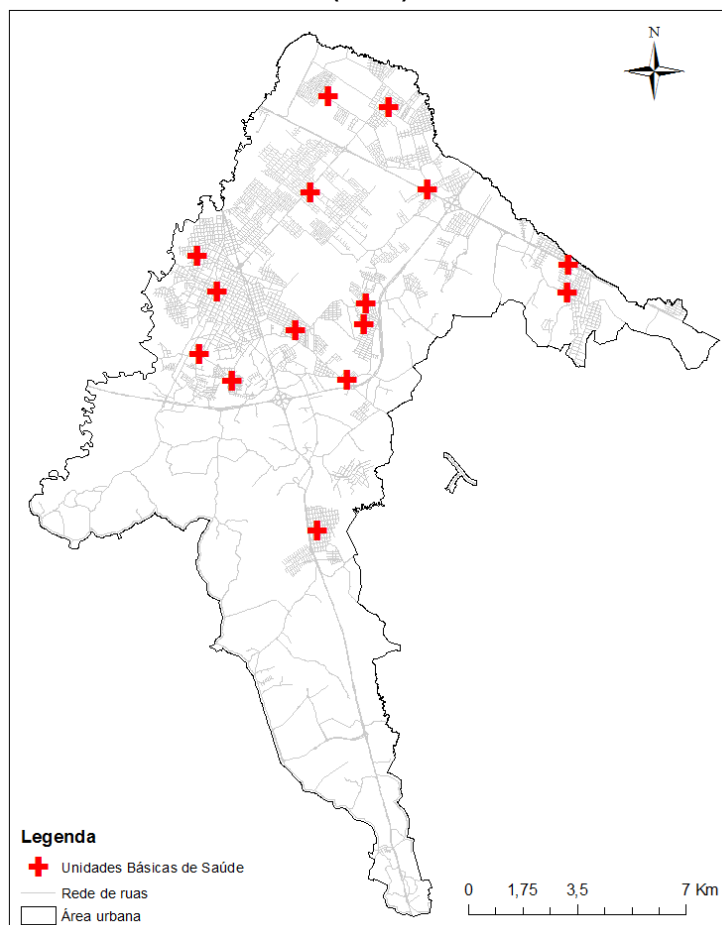
Tipo	n
Centro de atenção psicossocial (CAPS)	3
Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde	27
Clínica e/ou ambulatório especializado	28
Consultórios	250
Hospital geral	2
Policlínica	59
Posto de saúde	1
Unidades de pronto atendimento (UPA)	1
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	29
Unidade Móvel de nível pré-hospitalar (urgência e emergência)	6
Outros	7
Total	413

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (2017)¹

Das 27 UBS, 15 (55%) estão localizadas na Área Urbana do município (SEMS, 2016). A (Figura 5) apresenta a distribuição das 15 Unidades Básicas de Saúde da área urbana (SEMS, 2016). As UBS's se diferenciam devido ao número de habitantes na região abrangente de cada Unidade, assim como a modalidade de atendimento e o número de equipes que atendem em cada unidade (Tabela 5) (SEMS, 2016).

¹ Posição em dezembro. Situação da base de dados nacional com defasagem de 45 dias. Posição dos dados, no site do Datasus, 6 de agosto de 2018. <https://datasus.saude.gov.br/>.

Figura 5 - Distribuição das UBS da área urbana de São José dos Pinhais, Paraná (n=15)



Fonte: Rafael Luciano de Mello (2021)

Tabela 7. Características das Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais, Paraná

(continua)

Nome das Unidades Básicas de Saúde	População estimada no bairro*	Área	Modalidade de atendimento em saúde	Porte	Tipo de equipes
Afonso Pena	58.565	Urbana	Unidade Básica Urbana	4	--
Agaraú	2.000	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Borda do Campo	10.186	Urbana	Unidade de Saúde da Família	3	ESF
Cachoeira	2.859	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Caic	9.068	Urbana	Unidade de Saúde da Família	3	ESF
Campina do Taquaral	1.493	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Campo Largo da Roseira	3.077	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Castelhano	236	*	Posto Avançado da UBS Córrego Fundo	*	*
Central	20.367	Urbana	Unidade Básica Urbana	2	AB
Cidade Jardim	21.010	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	ESF
Contenda	4.918	Urbana	Unidade de Saúde da Família	2	Habilitada
Córrego Fundo	2.775	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Cotia	1.300	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Cristal	7.978	Urbana	Unidade de Saúde da Família	2	ESF
Faxina	3.240	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada

Tabela 8. Características das Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais, Paraná

(conclusão)					
Nome das Unidades Básicas de Saúde	População estimada no bairro*	Área	Modalidade de atendimento em saúde	Porte	Tipo de equipes
Guatupê	18.635	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	Habilitada
Ipê	16.067	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	Habilitada
Malhada	3.500	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Marcelino	3.800	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Martinópolis	16.647	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	ESF
Moradias Trevisan	8.414	Urbana	Unidade de Saúde da Família	3	ESF
Murici	3.677	Rural	Unidade Básica Rural	1	Não habilitada
Quississana	13.309	Urbana	Unidade de Saúde da Família	2	ESF
Riacho Doce	13.839	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	ESF
São Marcos	15.889	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	ESF
Veneza	8.840	Urbana	Unidade de Saúde da Família	4	ESF
Xingu	18.940	Urbana	Unidade de Saúde da Família	3	ESF
Total	290.629				

Notas: **ESF:** Estratégia de Saúde da Família; **AB:** Atenção Básica; ***Posto avançado Córrego Fundo:** mesma equipe da equipe Córrego Fundo, atendimento todas as quartas-feiras; **S/Nº:** sem número; **N.D.:** Não disponível; **Porte 1:** mínimo de uma equipe de atenção básica, com área construída de cerca de 300 m²; **Porte 2:** mínimo de duas equipes de atenção básica, com área construída de cerca de 415 m²; **Porte 3:** mínimo de três equipes de atenção básica, com área construída de cerca de 500 m²; **Porte 4:** mínimo de quatro equipes de atenção básica, com área construída de cerca de 580 m². *População estimada para 2012, com base no censo de 2010

Fonte: Leticia Pechnicki dos Santos (2020)

As Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais, atendem segundo o modelo de Saúde da Família, que é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da Saúde desta comunidade (SJP, 2020a).

Essas ações, realizadas pelas equipes multiprofissionais de Saúde da Família, no contexto das UBS, envolvem: o planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área adstrita; acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas, ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças, ações individuais e/ou de enfermagem, consultas e procedimentos odontológicos, realização de procedimentos médicos e de enfermagem, imunizações, inalações, curativos, administração de medicamentos orais e injetáveis, dispensação de medicamentos, coleta de material para exames laboratoriais, acolhimentos em urgências básicas de médicos, de enfermagem e de odontologia, realização de encaminhamentos de urgências, emergências e de casos de maior complexidade, encaminhamento para consultas de nutrição, fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia, encaminhamento para consultas e ambulatórios e visitas domiciliares, quando necessário (SJP, 2020a).

Em São José dos Pinhais, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), está sob responsabilidade do Departamento de Atenção Básica à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde (SEMS) do Município. Atende com equipe multidisciplinar, formada por psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos psiquiatras, médicos ginecologistas, entre outros. O profissional de educação física não faz parte da equipe do NASF na Unidade Básica de Saúde, porém, está lotado no Ginásio de Esportes, na região adstrita da Unidade Básica de Saúde mais próxima. No Ginásio, o profissional de educação física desenvolve aulas de atividades físicas e esportivas para a comunidade e funciona como um apoio ao NASF, recebendo os pacientes encaminhados pelos profissionais de saúde do NASF, para praticarem atividades físicas nas aulas ofertadas no ginásio, sob sua responsabilidade, como também, incentiva estes pacientes a praticarem atividades físicas no complexo esportivo onde localiza-se o ginásio. O NASF está incorporado

em duas Unidades Básicas de Saúde do Município: Unidade Básica de Saúde Guatupê e a Unidade Básica de Saúde São Marcos, além das atividades estendidas em outras unidades. A atuação do NASF na Unidade São Marcos também tem abrangência para às Unidades Básicas de Saúde Contenda e Campo Largo da Roseira. Na Unidade Básica de Saúde Guatupê, as ações da equipe do NASF, também contemplam os pacientes da Unidade Básica de Saúde Ipê (BRASIL, 2020c; SJP, 2020a).

O NASF trabalha com o princípio do apoio matricial, isto é, um trabalho em equipe que compartilha seus conhecimentos em suas áreas de atuação para cuidar de um determinado território. Esse apoio matricial serve como uma educação em saúde que informa os serviços do NASF para cada profissional (BRASIL, 2020c; SJP, 2020a).

3.3 POPULAÇÃO

A população alvo foi delimitada em usuários adultos (≥ 18 anos) atendidos nas 15 Unidades Básicas de Saúde, da área urbana de São José dos Pinhais, Paraná, pois a população urbana representa 90% de todo o município (IBGE, 2011; SEMS, 2016; SJP, 2019b).

3.4 TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra para o “grande projeto” foi estimado com base na média de atendimentos de adultos registrados nos meses de janeiro e fevereiro de 2019, nas 15 UBS's da área urbana (N=34.275) (SJP, 2019b). Esse procedimento, foi adotado devido ao fato de os registros das Unidades Básicas de Saúde estarem desatualizados. As informações apresentadas são das 15 Unidades Básicas de Saúde da Área Urbana do Município (Tabela 5).

Para representar a população, o cálculo amostral (LUIZ; MAGNANINI, 2000) considerou a prevalência de aconselhamento para a atividade física recebido na Atenção Primária à Saúde de 30% (MORAES *et al.*, 2019), nível de confiança de 95%, erro amostral de quatro pontos percentuais e efeito de delineamento de 1,5. Com estes dados, o número mínimo de participantes foi calculado em 745 pessoas. Com o acréscimo de 10% para possíveis perdas e recusas, estimou-se a necessidade em

abordar ao menos 820 usuários. O número de pessoas a serem abordadas foi proporcionalmente calculado de acordo com o número de atendimentos realizados em cada UBS e variou entre 31 e 92 participantes (Tabela 6).

No entanto, como o presente estudo utilizou dados secundários do projeto maior, o número de participantes necessários para representar a população foi estimado “*a priori*” com outros indicadores relevantes. Assim, foi considerada a prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário estimado no estudo piloto em 17,3% (IC95%: 9,0-26,0), nível de confiança de 95%, erro amostral de quatro pontos percentuais e efeito do delineamento de 1,5. Com isso, a amostra mínima foi calculada em 503 adultos, mas com o acréscimo de 10% para perdas e recusas seria necessário abordar 554 adultos nas UBS.

Cálculos realizados *a posteriori* mostraram que, para este estudo, o número de participantes entrevistados (n=779) apresentou poder de 79,7%.

Tabela 9 - Número de atendimentos realizados em janeiro e fevereiro de 2019 nas Unidades Básicas de Saúde da Área Urbana de São José dos Pinhais, Paraná

n	Nome das UBS	Jan	Fev	Média	%(34.275)	Participantes a serem entrevistados
1	Afonso Pena	5.218	2.439	3.829	11,2	92
2	Borda do Campo	2.670	1.209	1.940	5,7	46
3	Caic	2.112	951	1.532	4,5	37
4	Central	3.216	1.986	2.601	7,6	62
5	Cidade Jardim	3.391	1.607	2.499	7,3	60
6	Cristal	1.650	956	1.303	3,8	31
7	Guatupê	5.059	2.313	3.686	10,8	88
8	Ipê	3.284	1.476	2.380	6,9	57
9	Martinópolis	3.188	1.416	2.302	6,7	55
10	Moradias Trevisan	2.603	1.330	1.967	5,7	47
11	Quississana	1.631	1.022	1.327	3,9	32
12	Riacho Doce	3.200	1.581	2.391	7,0	57
13	São Marcos	3.420	1.713	2.567	7,5	61
14	Veneza	2.530	1.585	2.058	6,0	49
15	Xingu	2.558	1.227	1.893	5,5	46
	Total	45.730	22.811	34.275	100%	820

Notas: Jan: Janeiro; Fev: Fevereiro

Fontes: Santos (2020) e São José dos Pinhais - Saúde Transparente (2019). Compilação própria, 2019

3.5 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes foram sistematicamente selecionados, com base na posição em que se encontravam na sala de espera da UBS, sendo contabilizados de um a cinco, da esquerda para direita, tendo como referência a entrada da UBS. O terceiro usuário foi abordado e convidado para a participação no estudo. No caso de recusa ou do participante não atender aos critérios de inclusão, foi selecionado a primeira pessoa à esquerda. Foram incluídos apenas adultos (≥ 18 anos) e excluídos os não residentes da cidade, que estivessem utilizando a UBS pela primeira vez e/ou aquelas com alguma limitação física que dificultasse a prática de atividade física ou alguma limitação cognitiva/fonativa que impedisse a compreensão do questionário.

3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os usuários adultos (≥ 18 anos) residentes de São José dos Pinhais-PR e que estavam nas Unidades Básicas de Saúde, nos dias de coleta.

Foram excluídos os usuários 1) que estavam frequentando a Unidade Básica de Saúde pela primeira vez (HAFELE; SIQUEIRA, 2016); 3) com alguma limitação física que impedisse e/ou dificultasse a prática de atividades físicas (cadeirantes, metelantes, etc); ou 5) com alguma limitação cognitiva e/ou fonativa que não permitisse a adequada compreensão do questionário (deficiência auditiva, distúrbios mentais, etc) (PARANÁ, 2016).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Parecer número 2.882.260) (ANEXO A). Os usuários foram informados sobre a voluntariedade para a participação na pesquisa e, os que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), de acordo com as recomendações do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde.

Para os usuários analfabetos ou analfabetos funcionais, foi solicitada a presença de uma testemunha imparcial, sem envolvimento direto com o projeto de

pesquisa. Este procedimento foi utilizado com um usuário (0,1%). Assim, o TCLE foi lido na frente da testemunha e do usuário. A testemunha assinou o documento certificando que todas as informações foram apresentadas ao usuário e as possíveis dúvidas foram esclarecidas pelo entrevistador. O usuário e a testemunha colocaram sua impressão digital no local específico do TCLE.

4 COLETA DE DADOS

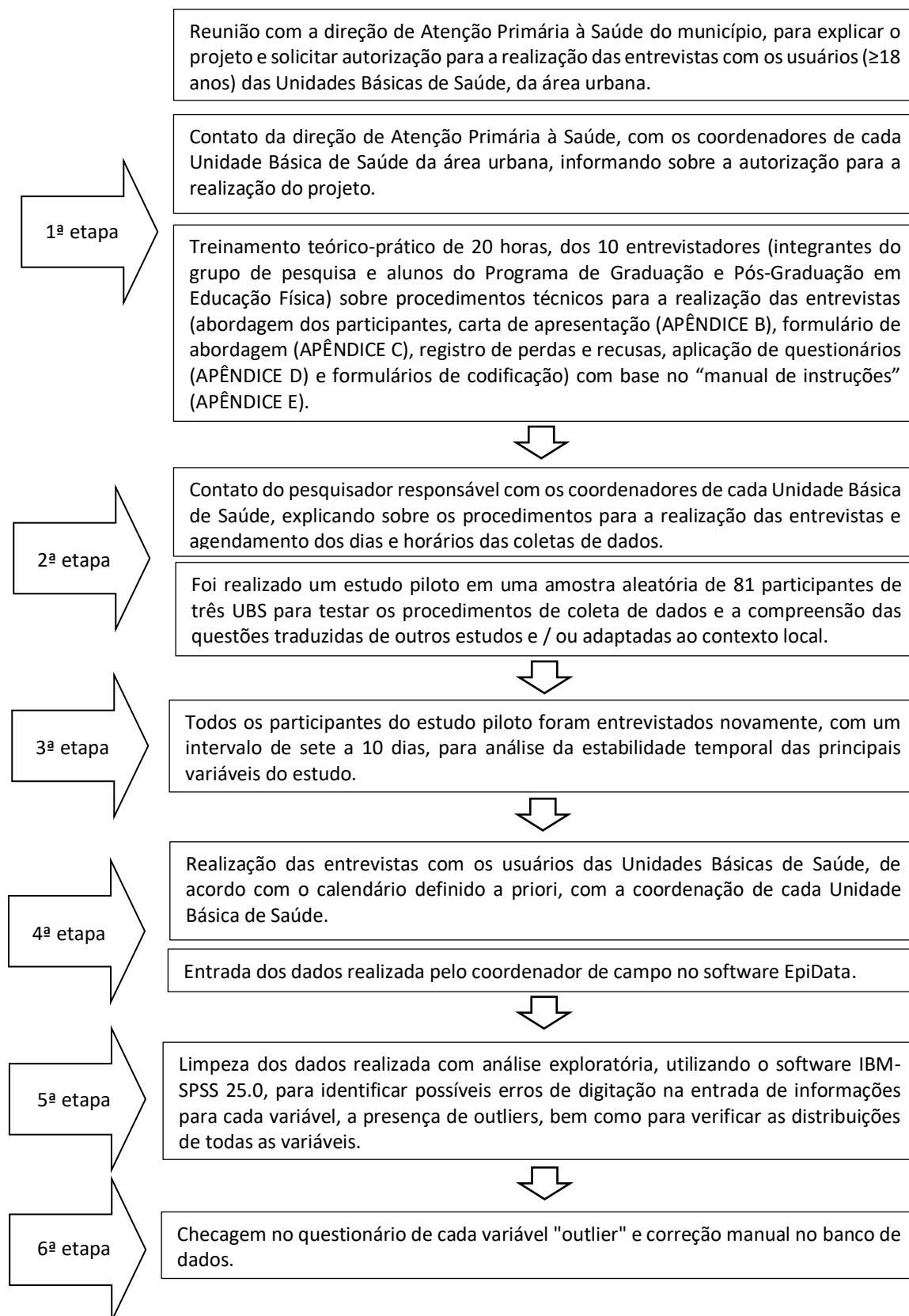
As entrevistas presenciais foram realizadas por 10 entrevistadores treinados, entre abril e outubro de 2019. Os dados foram coletados antes ou após a consulta com os profissionais de saúde, em sala individual e reservada, de forma que não houvesse influência externa nas respostas.

4.1 CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS

O controle de qualidade dos dados foi garantido em seis etapas. Primeiramente, todos os entrevistadores (integrantes do grupo de pesquisa e alunos do Programa de Graduação e Pós-Graduação em Educação Física) receberam treinamento teórico-prático de 20 horas sobre procedimentos técnicos para a realização das entrevistas (abordagem dos participantes, carta de apresentação (APÊNDICE B), formulário de abordagem (APÊNDICE C), registro de perdas e recusas, aplicação de questionários (APÊNDICE D) e formulários de codificação) com base no “manual de instruções” (APÊNDICE E) preparado pela equipe principal do projeto. Todos esses procedimentos foram rigorosamente seguidos pelos entrevistadores, cegados quanto aos objetivos e hipóteses da investigação e supervisionados pelo coordenador de campo. Em segundo lugar, foi realizado um estudo piloto em uma 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 entrevistados novamente, com um intervalo de sete a 10 dias, para análise da estabilidade temporal das principais variáveis do estudo. A estabilidade temporal (reprodutibilidade) do "aconselhamento para AF" foi analisada em percentual de concordância e o teste kappa de Cohen, que apresentou concordância de 70% e Kappa moderado ($p < 0,001$). Em quarto lugar, a entrada dos dados foi realizada pelo coordenador de campo no software EpiData. Em quinto lugar, a limpeza dos dados foi realizada com análise exploratória, utilizando o software IBM-SPSS 25.0, para identificar possíveis erros de digitação na entrada de informações para cada variável, a presença de outliers, bem como para verificar as distribuições de todas as variáveis. Por fim, cada variável "outlier" foi checada pessoalmente no questionário e corrigida manualmente no banco de dados.

As etapas adotadas para a realização da coleta e controle de qualidade dos dados, estão apresentadas na (Figura 6).

Figura 6 - Etapas de realização da coleta e controle de qualidade dos dados. Unidades Básicas de Saúde da área urbana de São José dos Pinhais, Paraná



Fonte: Autoria própria (2021)

4.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados com procedimentos padronizados, questionários validados ou com instrumentos elaborados com base em pesquisas semelhantes, adaptados ao contexto local (HIRVENSALO *et al.*, 2003; HALLAL *et al.*, 2010a; DURO *et al.*, 2015; SALLIS *et al.*, 2015). Foram avaliadas variáveis sobre o aconselhamento para a redução do comportamento sedentário, variáveis sociodemográficas, de saúde e comportamentais (comportamento sedentário e atividade física no tempo de lazer).

O questionário apresentava 23 blocos, 160 questões e foi previamente testado em estudo piloto, realizada com 81 usuários de três Unidades Básicas de Saúde e foi adaptado para a coleta principal para 18 blocos e 132 questões (APÊNDICE D). As questões de interesse para este estudo estão apresentadas na (Tabela 7).

Tabela 10 - Variáveis de estudo, instrumentos utilizados e respectivos blocos do questionário

Variáveis	Instrumento	Questões	Bloco	Nome do bloco
Nível de atividade física no domínio de Lazer	IPAQ	5-13	2	Nível de atividade física no lazer
Nível de comportamento sedentário sentado	Adaptado	29-38	6	Comportamento sedentário
Aconselhamento para a redução do comportamento sedentário	Adaptado	39-43	7	Aconselhamento para comportamento sedentário
Doenças crônicas	Adaptado	99	17	Dados de saúde
Número de doenças crônicas*	Adaptado	-	-	Dados de saúde
Consumo de medicamentos de uso contínuo	Adaptado	100-101	17	Dados de saúde
Peso e altura autorreportados (Índice de Massa Corporal)	Autoreportados	102-103	17	Dados de saúde
Tabagismo	Autoreportado	104-105	17	Dados de saúde
Acesso à serviços de saúde	Autoreportado	106	17	Dados de saúde
Sexo	Observado	111	18	Dados sociodemográficos
Idade	Data de nascimento	112	18	Dados sociodemográficos
Cor da pele	IBGE	113	18	Dados sociodemográficos
Situação conjugal	IBGE	114	18	Dados sociodemográficos
Escolaridade	Autoreportado	116	18	Dados sociodemográficos
Nível econômico	ABEP	117-119	18	Dados sociodemográficos

Notas: **IPAQ:** International Physical Activity Questionnaire; **IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; **UBS:** Unidade Básica de Saúde; **ABEP:** Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; *Variável criada, categorizada e analisada, a partir do somatório dos escores das doenças crônicas autorreportadas (questão 99, bloco 17, Dados de saúde)

Fonte: Autoria própria (2021)

4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.3.1 Aconselhamento para a redução do comportamento sedentário

O aconselhamento para a redução do comportamento sedentário foi avaliado com base na resposta dicotômica (“não”, “sim”) para a questão: “*Durante o último ano, alguma vez que você esteve na UBS, você recebeu aconselhamento sobre comportamento sedentário? (para ficar menos tempo sentado)?*”. Esta medida foi utilizada em estudos semelhantes para avaliar o aconselhamento para a atividade física, a qual foi adaptada para avaliar o aconselhamento para o comportamento sedentário e ao contexto local (SHUVAL *et al.*, 2014a; DURO *et al.*, 2015; HAFELE; SIQUEIRA, 2016; HÄFELE; SIQUEIRA, 2019). A estabilidade temporal (teste-reteste) foi avaliada em estudo piloto com 81 usuários de três UBS no intervalo de sete a dez dias.

4.3.2 Variáveis preditoras

Com base na revisão da literatura (BAUMAN *et al.*, 2011; OWEN *et al.*, 2011; THORP *et al.*, 2011; SHUVAL *et al.*, 2014a; CHIANG *et al.*, 2019), as variáveis preditoras testadas incluíram características sociodemográficas (sexo, faixa etária, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, nível econômico), condições de saúde (IMC, diagnóstico de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, dislipidemia, doença arterial coronariana, doença do aparelho circulatório (varizes), osteoporose, doença pulmonar, depressão), número de morbidades, consumo de medicamentos de uso contínuo, acesso à serviços de saúde (número de visitas na unidade no último ano), características comportamentais (tabagismo, atividade física no tempo de lazer e tempo diário em comportamento sedentário). Estas variáveis são descritas abaixo.

4.3.2.1 Características sociodemográficas

O sexo foi observado (“masculino”, “feminino”), a idade agrupada em três faixas etárias (“adultos jovens: 18-39 anos”, “adultos de meia idade: 40-59 anos” e “idosos: \geq 60 anos”) (RECH *et al.*, 2012). A situação conjugal foi avaliada em três categorias (“solteiro”, “casado/união estável” e “divorciado/viúvo”) e agrupados em

“solteiro/divorciado/viúvo” e “casado/união estável” (IBGE, 2016). A cor da pele foi autoreportada em cinco categorias (“branca”, “preta”, “amarela”, “parda”, “indígena”) e recategorizada em “brancos” e “não brancos” (demais categorias) (IBGE, 2016). A escolaridade foi avaliada em cinco categorias de ensino (“analfabeto/fundamental I incompleto”, “fundamental I completo/fundamental II incompleto”, “fundamental II completo/médio incompleto”, “médio completo/superior incompleto” e “superior completo”) e agrupadas em três categorias (“fundamental incompleto”, “fundamental completo”, “médio completo ou mais”) (BRASIL, 2020e). O nível socioeconômico foi avaliado com o questionário padronizado e classificado em sete categorias (A1, A2, B1, B2, C, D, E) (ABEP, 2018). Para fins de análise, as categorias foram agrupadas e a variável operacionalizada em nível econômico “baixo” (C+D+E) e “elevado” (A+B).

4.3.2.2 Condições de saúde

O estado nutricional, foi calculado com dados de massa corporal e estatura autoreportadas MARANHÃO NETO; POLITO; LIRA (2005) e os participantes classificados em três categorias (“baixo peso ou peso normal: $\leq 24,9$ kg/m²”; “excesso de peso: 25-29,9 kg/m²”; “obesidade: ≥ 30 kg/m²”) (WHO, 1995). A presença de doenças crônicas, foi avaliada com resposta dicotômica (“não”, “sim”) e estabelecida pelo autorelato de diagnóstico médico para hipertensão, diabetes, dislipidemia, doença arterial coronariana, doença do aparelho circulatório (varizes), osteoporose, doença pulmonar e depressão (BRASIL, 2020f). Estas medidas foram baseadas do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado pelo Ministério da Saúde, o qual é realizado desde 2006 (BRASIL, 2020f). Alguns estudos de validação, avaliaram a validade de critério (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo) das medidas autoreportadas de doenças crônicas, utilizadas no presente estudo, essas medidas estão apresentadas na (Tabela 8). O número de doenças crônicas, foi analisado em quatro categorias, de acordo com o número de morbidades (“0 morbidades”, “1 morbidade”, “2 morbidades”, ≥ 3 morbidades). Os participantes também reportaram a utilização de medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas. Esta variável foi analisada em três categorias, de acordo com o número de medicamentos (“0 medicamentos”, “1-3 medicamentos”, “ ≥ 4 medicamentos”) (HAFELE; SIQUEIRA, 2016; BRASIL, 2020f).

Tabela 11 - Medidas de validade, reprodutibilidade, sensibilidade e especificidade de indicadores de saúde (hipertensão, diabetes, dislipidemia e doença arterial coronariana) presentes em sistemas de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas brasileiros, obtidos a partir de medidas autoreportadas da população

Autor(a)	DC	SEN	ESP	VPP	VPN
(CHRESTANI; SANTOS; MATIJASEVICH, 2009)	HA	84,3% (IC95%: 81,7-86,7)	87,5% (IC95%: 86,0-88,9)	73,9% (IC95%: 71,0-76,6)	93,0% (IC95%: 91,8-94,1)
(MENEZES; OLIVEIRA, 2019)	DM	58,8% (IC95%: 45,2-71,2)	87,8% (IC95%: 83,7-91,0)	44,8% (IC95%: 33,5-56,6)	92,7% (IC95%: 89,1-95,2)
(FONTANELLI <i>et al.</i> , 2018)	DISL	50,6% (IC95%: 40,9-60,2)	90,19% (IC95%: 87,2-92,5)	51,64% (IC95%: 42,6-60,6)	89,82% (IC95%: 87,3-91,9)
(MOREIRA <i>et al.</i> , 2020)	DAC	92,4%	48,5%	70,1 %	83,0%

Notas: **DC:** diagnóstico de doenças crônicas autoreportadas; **HA:** diagnóstico de hipertensão arterial; **DM:** diagnóstico de diabetes mellitus; **DISL:** diagnóstico de dislipidemia; **DAC:** diagnóstico de doença arterial coronariana; **VAL:** validade; **REP:** reprodutibilidade; **SEN:** sensibilidade; **ESP:** especificidade; **VPP:** valor preditivo positivo; **VPN:** valor preditivo negativo; **IC95%:** intervalo com 95% de confiança

Fonte: Autoria própria (2021)

4.3.2.3 Acesso à serviços de saúde

Para a caracterização da amostra e da Unidade Básica de Saúde, foi perguntado ao usuário: “*quantas vezes esteve na unidade no último ano?*”. Esta variável foi analisada em três categorias (“1-3 vezes/ano”, “4-7 vezes/ano”, “≥8 vezes/ano”) (HAFELE; SIQUEIRA, 2016).

4.3.2.4 Comportamentos de risco à saúde

4.3.2.4.1 Tabagismo

O tabagismo foi avaliado com resposta dicotômica (“não”, “sim”) (BRASIL, 2020f).

4.3.2.4.2 Atividade física no domínio de lazer

A prática de atividades físicas, em uma semana habitual, foi avaliada com o módulo de lazer da versão longa do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (MATSUDO *et al.*, 2001; CRAIG *et al.*, 2003; HALLAL *et al.*, 2010a). O IPAQ foi proposto por um grupo de pesquisadores, durante uma reunião, em abril de 1998, em Genebra, Suíça, para avaliar mundialmente as atividades físicas de maneira padronizada nos quatro domínios (doméstico, lazer, ocupação, deslocamento CRAIG *et al.* (2003), com um questionário adaptado para vários contextos, culturas e populações. O intuito era que fosse possível realizar comparações globais (HALLAL *et al.*, 2010a). O IPAQ foi traduzido, adaptado e validado para utilização no contexto brasileiro e é frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos (MATSUDO *et al.*, 2001; TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013; DURO *et al.*, 2015). Os participantes reportaram a frequência semanal e o volume médio diário em que realizaram caminhada e atividades físicas de intensidade moderadas à vigorosas (AFMV).

O escore de minutos por semana (min/sem) de caminhada, atividades físicas moderadas e vigorosas foi obtido pelo produto da frequência semanal e o volume médio diário destas modalidades. O escore de AFMV foi calculado com a soma dos minutos por semana de atividades físicas moderadas e atividades físicas vigorosas multiplicado por dois. O escore de AF total foi calculado com a soma dos minutos por

semana de caminhada, de atividades físicas moderadas e atividades físicas vigorosas multiplicado por dois (CRAIG *et al.*, 2003).

A caminhada, a AFMV e a AF total, foram operacionalizadas e analisadas de maneira qualitativa nominal em três categorias (“0-9 min/sem”, “10-149 min/sem”, “≥150 min/sem”) de acordo com as recomendações atuais da *World Health Organization* (WHO, 2020b).

4.3.2.4.3 Comportamento sedentário

O tempo diário em comportamento sedentário, foi avaliado com questionário desenvolvido e validado para o contexto brasileiro (MIELKE *et al.*, 2014). O instrumento foi submetido a um estudo de confiabilidade teste-reteste de sete dias em uma amostra de 78 indivíduos. Os escores dos coeficientes de correlação intraclassa (ICC) e de concordância de Lin (CCC), entre avaliadores, foram iguais ou superiores a 0,7 (moderado/bom) para todos os itens do comportamento sedentário e para o escore total ($p < 0,001$) (MIELKE, 2012; MIELKE *et al.*, 2014).

Os participantes reportaram o volume médio diário em que permaneceram sentados em quatro domínios (“doméstico”, “trabalho”, “estudo”, “deslocamento”) (OWEN *et al.*, 2010a) e avaliado com base na resposta dicotômica (“*não*”, “*sim*”) para cinco situações mais comuns do dia-a-dia (“assistindo televisão”, “utilizando computador em casa”, “trabalho”, “aula/curso/estudos”, “deslocamento sentado em veículos automotores”) (OWEN *et al.*, 2011; MIELKE *et al.*, 2014).

O escore médio do tempo diário (horas por dia - hrs/dia) despendido em comportamento sedentário, foi estimado para cada comportamento (“assistindo televisão”, “utilizando computador”, “trabalho”, “aula/curso/estudos”, “deslocamento”). Após, os escores de cada comportamento foram somados para estimar o tempo sentado total diário (MIELKE *et al.*, 2014). Como a literatura aponta que dados autorreportados podem apresentar outliers, nove casos para os quais a somatória do tempo de comportamento sedentário em todos os domínios excedeu 990 minutos/dia foram excluídos da análise (valores aberrantes) (MIELKE *et al.*, 2014). Com o objetivo de identificar o gradiente de exposição dos participantes ao comportamento sedentário diário”, esta variável foi classificada e analisada em quartis (1° quartil: 0-1,7 horas/dia, 2° quartil: 1,8-3,3 horas/dia, 3° quartil: 3,4-6,1 horas/dia, 4° quartil: ≥6,2

horas/dia), permitindo, um retrato mais específico do tempo em comportamento sedentário diário por quartil.

5 ANÁLISE DE DADOS

A digitação dos dados foi realizada no *software* Epidata e cada variável foi revisada com a análise exploratória para identificar possíveis erros de digitação, os quais foram manualmente corrigidos no banco de dados.

Em seguida, os dados foram analisados com a estatística descritiva, distribuição de frequências absolutas e relativas. Inicialmente, as análises inferenciais foram realizadas distribuindo a prevalência de aconselhamento entre as categorias das variáveis preditoras e a associação analisada com a regressão de *Poisson*. Após a elaboração do modelo bruto, a análise multivariável foi realizada seguindo um modelo hierarquizado (VICTORA *et al.*, 1997). Assim, todas as variáveis do mesmo nível ou do nível superior que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada, foram selecionadas para o ajuste no modelo multivariável. O modelo múltiplo final foi elaborado a partir da estrutura hierárquica com os seguintes níveis e variáveis: nível 1: características sociodemográficas; nível 2: condições de saúde; nível 3: acesso à serviços de saúde e nível 4: comportamentos de risco à saúde, tabagismo, atividade física e comportamento sedentário. As análises foram realizadas no *software* SPSS 26 e o nível de significância mantido em 5%.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DOS PARTICIPANTES

Foram abordados 935 adultos, a taxa de recusa foi de 14% (n=134) e a perda de 2% (n=22), o que resultou em 779 participantes. A maior proporção dos entrevistados era do sexo feminino (69,8%), estavam na faixa etária entre 18-39 anos (44,7%), eram casados ou em união estável (64,0%), de cor de pele branca (73,0%), com pelo menos ensino médio completo (50,4%) e de nível econômico baixo (71,2%) (Tabela 9).

Em relação as doenças crônicas, cerca de 69% apresentavam excesso de peso/ obesidade e as morbidades variaram entre 5,6 - 35,9%, para doença pulmonar e hipertensão, respectivamente. Quanto ao número de morbidades, cerca de 83% dos participantes, reportou possuírem doenças crônicas, destes, cerca de 33%, reportaram pelo menos uma morbidade. Pouco mais da metade dos participantes (50,3%) reportaram o consumo de medicamentos, dos quais cerca de 15%, utilizavam pelo menos quatro diferentes fármacos (Tabela 9).

Em média, os usuários entrevistados frequentavam as Unidades Básicas de Saúde, cinco vezes no último ano ($\pm 6,0$) (Tabela 10), destes (50,6%), reportaram ter frequentado a UBS entre uma a três vezes. Quanto ao consumo de tabaco, cerca de (19,8%) dos participantes, relataram ser fumantes (Tabela 9).

Tabela 12 - Características descritivas de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

Variável	Categoria	(continua)	
		n	%
<i>Características sociodemográficas</i>			
Sexo	Masculino	235	30,2
	Feminino	544	69,8
Faixa etária (anos)	18-39	348	44,7
	40-59	290	37,2
	≥ 60	141	18,1
Situação conjugal	Solteiro, divorciado ou viúvo	280	36,0
	Casado ou em união estável	497	64,0
<i>Características sociodemográficas</i>			
Cor da pele	Branca	566	73,0
	Não Branca	209	27,0
Escolaridade (ensino)	Fundamental incompleto	247	31,7
	Fundamental Completo	139	17,8

Tabela 13 - Características descritivas de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

Variável	Categoria	(conclusão)	
		n	%
Escolaridade (ensino)	Médio completo ou mais	393	50,4
Nível econômico	Baixo	555	71,2
	Elevado	224	28,8
<i>Condições de saúde</i>			
Estado nutricional	Peso normal	242	31,5
	Excesso de peso	294	38,2
	Obesidade	233	30,3
Hipertensão	Não	499	64,1
	Sim	280	35,9
Diabetes	Não	657	84,3
	Sim	122	15,7
Dislipidemia	Não	655	84,1
	Sim	124	15,9
Doença arterial coronariana	Não	728	93,5
	Sim	51	6,5
Doença do aparelho circulatório (varizes)	Não	659	84,6
	Sim	120	15,4
Osteoporose	Não	713	91,5
	Sim	66	8,5
Doença pulmonar	Não	735	94,4
	Sim	44	5,6
Depressão	Não	665	85,4
	Sim	114	14,6
Número de doenças crônicas	0	133	17,1
	1	255	32,7
	2	164	21,1
	≥3	227	29,1
Número de medicamentos de uso contínuo	0	387	49,7
	1-3	277	35,6
	≥ 4	115	14,8
<i>Acesso à serviços de saúde</i>			
Número de visitas à unidade no último ano	1-3	394	50,6
	4-7	203	26,1
	≥8	182	23,4
<i>Comportamentos de risco à saúde</i>			
Tabagismo	Não	663	85,1
	Sim	116	14,9

Fonte: Autoria própria (2021)

Tabela 14 - Descrição das visitas às Unidades Básicas de Saúde nos últimos 12 meses. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

Variável	Média±d.p.	Mediana	IC95%	Amplitude	Amplitude interquartil
Número de visitas (vezes/ano)	5,5±6,0	3,0	5,04-5,89	1-56	4

Notas: d.p.: desvio padrão; IC95%: intervalo com 95% de confiança

Fonte: Autoria própria (2021)

6.2 NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Quanto ao nível de atividade física no domínio de lazer, 13,4% e 12,6% relataram realizar pelo menos 150 minutos por semana de caminhada e atividade física moderada a vigorosa, respectivamente. Quando utilizado o ponto de corte de pelo menos 10 minutos de atividade física, este número aumentou para 13,9% na caminhada e diminuiu para 7,1% na atividade física moderada a vigorosa. Cerca de 73% e 80% dos participantes reportou realizarem menos de 10 minutos por semana de caminhada e AFMV, respectivamente. Atinente ao cálculo do escore semanal de atividade física, 24,8% dos participantes, cumpriram a recomendação da OMS de realizarem pelo menos 150 minutos de atividade física por semana, no tempo de lazer (Tabela 11).

Assistir televisão e estudar sentado, foram as atividades com maior e menor frequência reportadas pelos participantes 71% e 8,0% respectivamente (Tabela 12). Assistir televisão e trabalhar sentado (≥ 4 horas por dia), foram as atividades sedentárias mais prevalentes entre os participantes (20%) e (13%), respectivamente. No entanto, permanecer (≥ 4 horas por dia) sentado no deslocamento, foi a menos prevalente (Tabela 13).

Com relação ao tempo total diário despendido em comportamento sedentário, o quartil mais elevado de tempo sentado por dia, foi superior a seis horas. Quanto ao nível de comportamento sedentário total diário analisado por quartis, cerca de 25% dos usuários reportaram permanecer pelo menos 6,2 horas por dia sentado. Quando analisado pelo ponto de corte de pelo menos 4 horas por dia nesse comportamento, este valor subiu para 46% (Tabela 14).

Tabela 15 - Descrição do nível de atividade física de lazer de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

Variável	Categoria	n	%	Média	DP	Mediana	IC95%	Mínimo	Máximo	AIQ
Caminhada (min/sem)	0-9	567	72,8							
	10-149	108	13,9							
	≥ 150	104	13,4	50,1	113,8	0	42,1-58,1	0	1080	60
AFMV (min/sem) ^a	0-9	626	80,4							
	10-149	55	7,1							
	≥ 150	98	12,6	63,8	197,7	0	49,9-77,8	0	2160	0
AF total (min/sem) ^b	0-9	466	59,8							
	10-149	120	15,4							
	≥ 150	193	24,8	114,0	226,9	0	98,0-130,0	0	2160	140

Notas: DP: desvio padrão; IC95%: intervalo com 95% de confiança; AIQ: Amplitude interquartil; ^amin/sem de AF moderadas + (min/sem de AF vigorosas*2); ^bmin/sem caminhada + min/sem atividade moderada + (min/sem atividade vigorosa*2)

Fonte: Autoria própria (2021)

Tabela 16 - Prevalência de comportamentos sedentários em adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde (≥1 min/dia). São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

Variável	n	%	Média	DP	Mediana	IC95%	Mínimo	Máximo	AIQ
Sentado assistindo televisão	551	70,7	113,8	123,9	60,0	105,1-122,5	0	720	180
Sentado utilizando computador	172	22,1	24,7	71,2	0	19,7-29,7	0	720	0
Sentado no trabalho	305	39,2	74,0	156,0	0	63,0-84,9	0	900	60
Sentado estudando	65	8,3	13,8	52,0	0	10,2-17,5	0	360	0
Sentado no deslocamento	459	58,9	40,5	63,9	20,0	36,0-45,0	0	480	60

Notas: min/dia: minutos por dia; DP: desvio padrão; IC95%: intervalo com 95% de confiança; AIQ: amplitude interquartil

Fonte: Autoria própria (2021)

Tabela 17 - Percentual de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde que reportaram o comportamento (≥ 4 hrs/dia). São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

Variável	n	%	Média	DP	Mediana	IC95%	Mínimo	Máximo	AIQ
Sentado assistindo televisão	155	19,9	1,9	2,1	1,0	1,8-2,0	0	12,0	3,0
Sentado utilizando computador	25	3,2	0,4	1,2	0	0,3-0,5	0	12,0	0
Sentado no trabalho	103	13,2	1,2	2,6	0	1,1-1,4	0	15,0	1,0
Sentado estudando	23	3,0	0,2	0,9	0	0,2-0,3	0	6,0	0
Sentado no deslocamento	20	2,6	0,7	1,1	0,3	0,6-0,8	0	8,0	1,0

Notas: min/dia: minutos por dia; DP: desvio padrão; IC95%: intervalo com 95% de confiança; AIQ: amplitude interquartil

Fonte: Autoria própria (2021)

Tabela 18 - Descrição do nível de comportamento sedentário de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

Variável	Quartis	Categorias	n	%	Média	DP	Mediana	IC95%	Mínimo	Máximo	AIQ
CS ^a											
Hrs/dia sentado ^b	1°	0-1,7	193	24,8							
	2°	1,8-3,3	192	24,6							
	3°	3,4-6,1	197	25,3							
	4°	$\geq 6,2$	197	25,3	4,3	3,5	3,3	4,0-4,5	0	16,5	4,3
		<4	423	54,3							
		≥ 4	356	45,7	4,3	3,5	3,3	4,0-4,5	0	16,5	4,3

Notas: DP: desvio padrão; IC95%: intervalo com 95% de confiança; AIQ: Amplitude Interquartil; ^aComportamento Sedentário; ^bhoras por dia sentado assistindo televisão + hrs/dia sentado utilizando computador + hrs/dia sentado no trabalho + hrs/dia sentado estudando + hrs/dia sentado no deslocamento (quartis)

Fonte: Autoria própria (2021)

6.3 ACONSELHAMENTO PARA A REDUÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

A prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário recebido, foi de 12,2% (IC95%: 10,0 -14,0%) (Tabela 15). Médicos e farmacêuticos, foram os profissionais reportados com maior e menor frequência por realizarem o aconselhamento (100% e 0%, respectivamente) (Figura 7). A identificação dos benefícios de evitar o comportamento sedentário foi o conteúdo de aconselhamento reportado com maior frequência (80%), enquanto o uso de estratégias para saber se começou a realizar as recomendações para a redução desse comportamento foi o menos reportado (1,1%) (Figura 8).

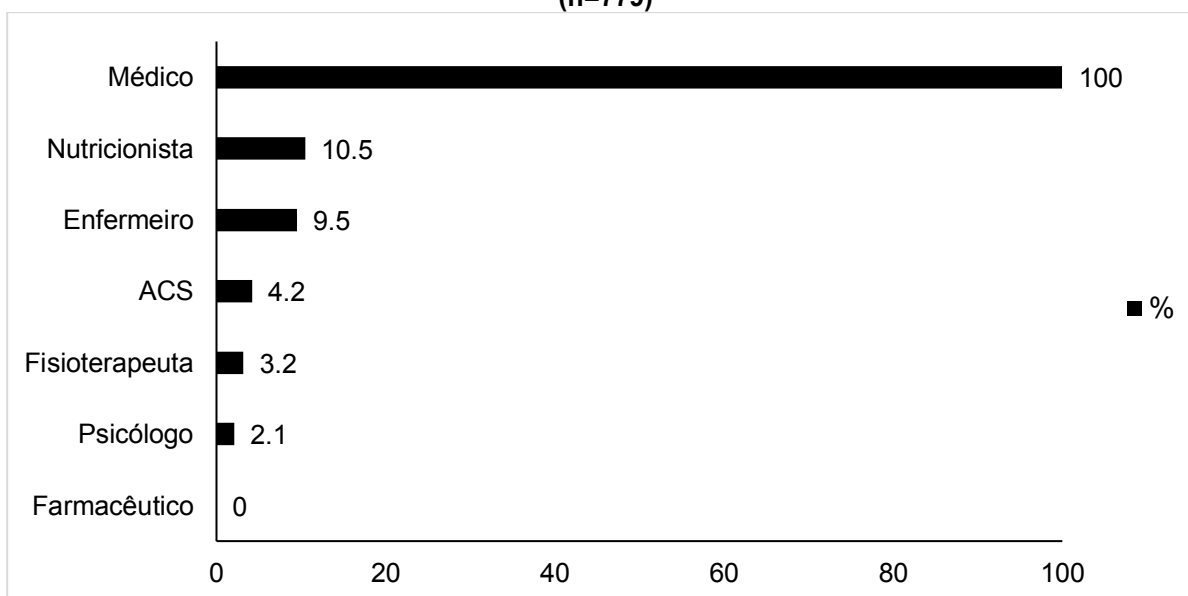
Tabela 19 - Prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

Variável	Categoria	n	%	IC95%
Recebeu aconselhamento para a redução do comportamento sedentário? ^a	Não	684	87,8	
	Sim	95	12,2	10,0-14,0

Notas: ^anos últimos 12 meses; **IC95%:** intervalo com 95% de confiança

Fonte: Autoria própria (2021)

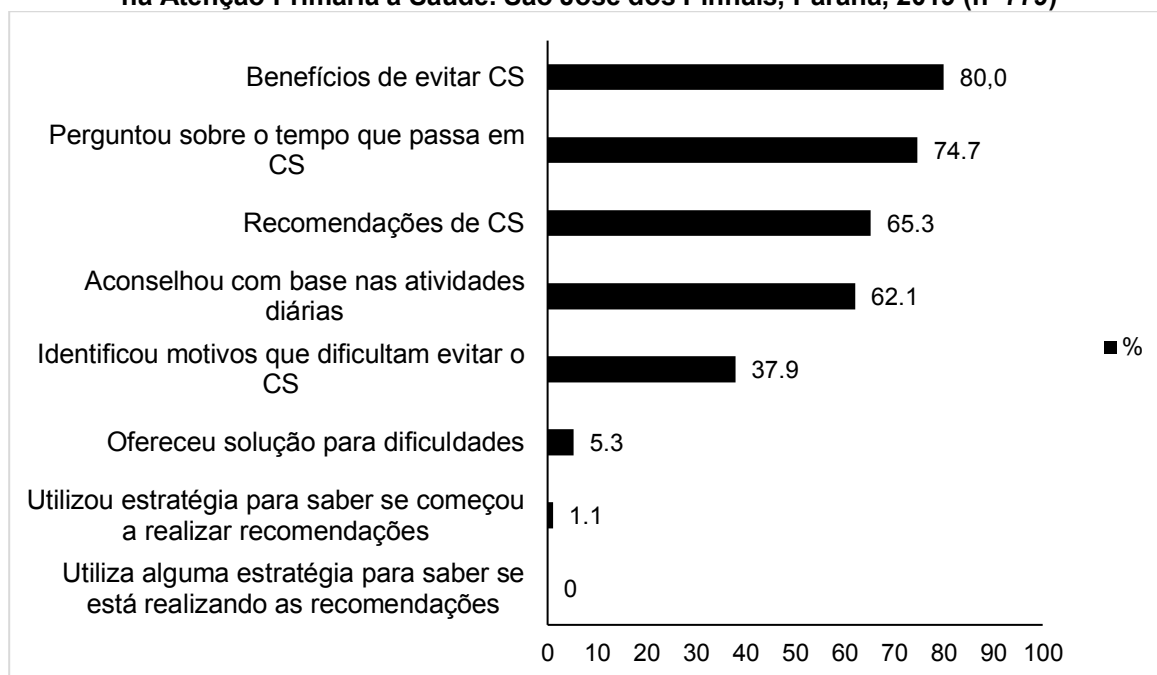
Figura 7 - Prevalência de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)



Notas: ACS: Agente Comunitário de Saúde

Fonte: Autoria própria (2021)

Figura 8 - Prevalência do conteúdo de aconselhamento recebido de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)



Notas: CS: Comportamento Sedentário

Fonte: Autoria própria (2021)

6.4 FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO PARA A REDUÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Na análise bivariada, sexo feminino (RP: 1,62; IC95%: 1,01-2,58; p=0,044), faixa etária ≥ 60 anos (RP: 1,64; IC95%: 1,02-2,65; p=0,041), escolaridade (“ensino fundamental completo”: RP: 0,64; IC95%: 0,35-1,16; p=0,147), obesidade (RP: 2,88; IC95%: 1,73-4,79; p < 0,001), hipertensão (RP: 1,82; IC95%: 1,25-2,64; p=0,002), diabetes (RP: 1,62; IC95%: 1,05-2,50; p=0,029), doença do aparelho circulatório (varizes) (RP: 1,46; IC95%: 0,93-2,30; p=0,099), osteoporose (RP: 1,56; IC95%: 0,90-2,78; p=0,112), número de doenças crônicas (“2”: RP: 2,16; IC95%: 1,04-4,49; p=0,039 | “ ≥ 3 ” RP: 2,60; IC95%: 1,30-5,19; p=0,007), número de medicamentos de uso contínuo (“1-3 medicamentos”: RP: 2,19; IC95%: 1,40-3,43; p=0,001 | “ ≥ 4 medicamentos” RP: 2,76; IC95%: 1,65-4,60; p < 0,001), tabagismo (RP: 0,52; IC95%: 0,26-1,05; p=0,070), caminhada (“10-149 min/sem”: RP: 1,60; IC95%: 0,98-2,60; p=0,057 | “ ≥ 150 min/sem”: RP: 1,66; IC95%: 1,02-2,70; p=0,040), AF total (“10-149 min/sem”: RP: 1,45; IC95%: 0,88-2,40; p=0,143 | “ ≥ 150 min/sem”: RP: 1,45; IC95%: 0,95-2,24; p=0,085) e tempo por dia sentado (“1,8-3,3 hrs/dia”: RP=1,92; IC95%: 0,98-3,76; p=0,055 | “3,4-6,1 hrs/dia”: RP=1,71; IC95%: 0,86-3,38; p=0,121 | “ $\geq 6,2$ hrs/dia”:

RP=3,18; IC95%:1,72-5,89; $p<0,001$) apresentaram nível de significância $p<0,20$ (critério estatístico) e foram selecionadas para compor o modelo múltiplo de análise (análise multivariável) (Tabela 16).

Após o ajuste para as possíveis variáveis de confundimento (Tabela 16), a maior prevalência de aconselhamento manteve-se significativamente associada ao sexo feminino (RP: 1,78; IC95%: 1,11-2,85; $p=0,015$) e a faixa etária ≥ 60 anos (RP: 1,77; IC95%: 1,04-3,02; $p=0,035$), com ligeiro aumento na magnitude de associação. A probabilidade de receber aconselhamento para a redução do comportamento sedentário também foi maior entre os obesos (RP: 2,72; IC95%: 1,38-5,36; $p=0,004$), aqueles que consomem 1 a 3 medicamentos de uso contínuo (RP: 1,91; IC95%: 1,02-3,58; $p=0,042$), e aqueles que permanecem um tempo igual ou superior a 1,8 horas por dia sentado ($p<0,05$). A maior magnitude de associação foi encontrada entre aqueles que permanecem pelo menos 6,2 horas por dia sentado (RP: 3,83; IC95%: 2,09-7,03; $p<0,001$).

Tabela 20 - Fatores associados ao aconselhamento para a redução do comportamento sedentário recebido por adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

				Análise bivariada			Análise multivariável		
		n	%	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Nível 1 - Características sociodemográficas									
Sexo	Masculino	20	8,5	1			1 ^d		
	Feminino	75	13,8	1,62	1,01 - 2,58	0,044	1,78	1,11 - 2,85	0,015
Faixa etária (anos)	18 - 39	36	10,3	1			1 ^e		
	40 - 59	35	12,1	1,16	0,75 - 1,80	0,491	1,18	0,75 - 1,86	0,460
	≥ 60	24	17,0	1,64	1,02 - 2,65	0,041	1,77	1,04 - 3,02	0,035
Situação conjugal	Solteiro, divorciado ou viúvo	31	11,1	1			-	-	-
	Casado ou em união estável	64	12,9	1,16	0,77 - 1,74	0,463	-	-	-
Cor da pele	Branco	69	12,2	1			-	-	-
	Não Branco	26	12,4	1,02	0,66 - 1,55	0,925	-	-	-
Escolaridade (ensino)	Fundamental incompleto	36	14,6	1			1 ^f		
	Fundamental completo	13	9,4	0,64	0,35 - 1,16	0,147	0,70	0,38 - 1,26	0,239
	Médio completo ou mais	46	11,7	0,80	0,53 - 1,20	0,290	0,93	0,59 - 1,47	0,779
Nível socioeconômico	Baixo	67	12,1	1			-	-	-
	Elevado	28	12,5	1,03	0,68 - 1,56	0,869	-	-	-
Nível 2 - Condições de saúde									
Estado nutricional	Peso normal	18	7,4	1			1 ^g		
	Excesso de peso	26	8,8	1,18	0,66 - 2,11	0,556	1,31	0,63-2,71	0,461
	Obesidade	50	21,5	2,88	1,73 - 4,79	<0,001	2,72	1,38-5,36	0,004
Hipertensão	Não	47	9,4	1			1 ^h		
	Sim	48	17,1	1,82	1,25 - 2,64	0,002	1,13	0,65-1,95	0,658
Diabetes	Não	73	11,1	1			1 ⁱ		
	Sim	22	18,0	1,62	1,05 - 2,50	0,029	1,00	0,58-1,71	0,996

(continua)

Tabela 21 - Fatores associados ao aconselhamento para a redução do comportamento sedentário recebido por adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

				Análise bivariada			Análise multivariável		
		n	%	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Dislipidemia	Não	77	11,8	1			-	-	-
	Sim	18	14,5	1,23	0,76 - 1,98	0,385	-	-	-
Doença arterial coronariana	Não	87	12,0	1			-	-	-
	Sim	8	15,7	1,31	0,67 - 2,55	0,424	-	-	-
Doença do aparelho circulatório (varizes)	Não	75	11,4	1			1 ^j		
	Sim	20	16,7	1,46	0,93 - 2,30	0,099	0,93	0,55-1,55	0,784
Osteoporose	Não	83	11,6	1			1 ^k		
	Sim	12	18,2	1,56	0,90 - 2,70	0,112	1,01	0,56-1,80	0,970
Doença pulmonar	Não	89	12,1	1			-	-	-
	Sim	6	13,6	1,12	0,52 - 2,42	0,762	-	-	-
Depressão	Não	78	11,7	1			-	-	-
	Sim	17	14,9	1,27	0,78 - 2,06	0,332	-	-	-
Número de doenças crônicas	0	9	6,8	1			1 ^l		
	1	22	8,6	1,27	0,60 - 2,69	0,524	0,72	0,28-1,83	0,499
	2	24	14,6	2,16	1,04 - 4,49	0,039	0,83	0,26-2,67	0,761
	≥3	40	17,6	2,60	1,30 - 5,19	0,007	0,68	0,18-2,53	0,568
Número de medicamentos de uso contínuo	0	28	7,2	1			1 ^m		
	1-3	44	15,9	2,19	1,40 - 3,43	0,001	1,91	1,02-3,58	0,042
	≥ 4	23	20,0	2,76	1,65 - 4,60	<0,001	2,21	0,98-4,98	0,055
Nível 3 - Acesso à serviços de saúde									
Número de visitas à UBS no último ano	1-3	41	10,4	1			1 ⁿ		
	4-7	22	10,8	1,04	0,63 - 1,69	0,871	0,88	0,53-1,45	0,628
	≥8	32	17,6	1,69	1,10 - 2,59	0,016	1,42	0,91-2,22	0,115

Tabela 22 - Fatores associados ao aconselhamento para a redução do comportamento sedentário recebido por adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

				Análise bivariada			Análise multivariável		
		n	%	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
(continuação)									
Nível 4 – Comportamentos de risco à saúde									
Tabagismo	Não	87	13,1	1			1 ^o		
	Sim	8	6,9	0,52	0,26 - 1,05	0,070	0,70	0,34-1,42	0,328
Caminhada (min/sem)	0-9	59	10,4	1			1 ^p		
	10-149	18	16,7	1,60	0,98 - 2,60	0,057	1,27	0,57-2,83	0,545
	≥ 150	18	17,3	1,66	1,02 - 2,70	0,040	1,19	0,57-2,47	0,634
AFMV (min/sem) ^a	0-9	77	12,3	1					
	10-149	5	9,1	0,73	0,31 - 1,74	0,492	-	-	-
	≥ 150	13	13,3	1,07	0,62 - 1,86	0,787	-	-	-
AF total (min/sem) ^b	0-9	48	10,3	1			1 ^q		
	10-149	18	15,0	1,45	0,88 - 2,40	0,143	1,12	0,55-2,81	0,589
	≥ 150	29	15,0	1,45	0,95 - 2,24	0,085	1,17	0,61-2,24	0,635
Horas por dia sentado (quartis) ^c	0 - 1,7	12	6,2	1			1 ^r		
	1,8 - 3,3	23	12,0	1,92	0,98 - 3,76	0,055	2,24	1,17-4,26	0,014
	3,4 - 6,1	21	10,7	1,71	0,86 - 3,38	0,121	2,11	1,11-4,04	0,023
	≥ 6,2 (4 ^o quartil)	39	19,8	3,18	1,72 - 5,89	<0,001	3,83	2,09-7,03	P<0,001

Notas: RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo com 95% de confiança; UBS: unidade básica de saúde; ^amin/sem de AF moderadas + (min/sem de AF vigorosas*2); ^bmin/sem caminhada + min/sem atividade moderada + (min/sem atividade vigorosa*2); ^chrs/dia sentado assistindo televisão + hrs/dia sentado utilizando computador + hrs/dia sentado no trabalho + hrs/dia sentado estudando + hrs/dia sentado no deslocamento;

^dajustado para faixa etária e escolaridade;

^eajustado para sexo e escolaridade;

^fajustado para sexo e faixa etária;

^gajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, hipertensão, diabetes, doenças do aparelho circulatório, osteoporose, número de doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo;

^hajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, diabetes, doenças do aparelho circulatório, osteoporose, número de doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo;

ⁱajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, hipertensão arterial, doenças do aparelho circulatório, osteoporose, número de doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo;

Tabela 23 - Fatores associados ao aconselhamento para a redução do comportamento sedentário recebido por adultos na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais, Paraná, 2019 (n=779)

										(conclusão)
		Análise bivariada			Análise multivariável					
	n	%	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p		
Notas:										
¹ajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, número de doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo;										
²ajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho circulatório, número de doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo;										
³ajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho circulatório, osteoporose, número de medicamentos de uso contínuo;										
⁴ajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho circulatório, osteoporose, número de doenças crônicas;										
⁵ajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho circulatório, osteoporose, número de doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo;										
⁶ajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho circulatório, osteoporose, número de doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo, número de visitas à unidade no último ano, caminhada, atividade física total, comportamento sedentário;										
⁷ajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho circulatório, osteoporose, número de doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo, número de visitas à unidade no último ano, tabagismo, atividade física total, comportamento sedentário;										
⁸ajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho circulatório, osteoporose, número de doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo, número de visitas à unidade no último ano, tabagismo, caminhada, comportamento sedentário;										
⁹ajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho circulatório, osteoporose, número de doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo, número de visitas à unidade no último ano, tabagismo, caminhada, atividade física total, comportamento sedentário;										
¹⁰ajustado para: sexo, faixa etária, escolaridade, estado nutricional, hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho circulatório, osteoporose, número de doenças crônicas, número de medicamentos de uso contínuo, número de visitas à unidade no último ano, tabagismo, caminhada, atividade física total, comportamento sedentário;										

Fonte: Autoria própria (2021)

7 DISCUSSÃO

O objetivo geral do estudo é identificar a prevalência e analisar os principais preditores individuais do aconselhamento recebido por adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde de São José dos Pinhais, Paraná, uma cidade de médio porte da região sul do Brasil. A metodologia utilizada permitiu representar os usuários das unidades da área urbana da cidade, assim como identificar a prevalência e analisar os principais preditores individuais do aconselhamento, os quais foram mensurados com procedimentos e instrumentos válidos e internacionalmente padronizados o que permite a comparabilidade com a literatura. Ademais, este é o primeiro estudo conduzido na América Latina que utilizou essa abordagem, sendo esses os pontos fortes e inovadores desta dissertação.

A prevalência de aconselhamento recebido de profissionais de saúde foi de 12% (IC95%: 10,0-14,0), e o fato de receber aconselhamento foi positivamente associado com sexo feminino, faixa etária (≥ 60 anos), obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), consumo de 1-3 medicamentos e com tempo igual ou superior a 1,8 horas por dia sentado, tendo sido mais prevalente entre aqueles que permanecem pelo menos 6,2 horas por dia sentado. Médicos são os profissionais de saúde que mais realizam aconselhamento e *“orientar os usuários da UBS sobre os benefícios de reduzir comportamento sedentário”* foi o conteúdo mais reportado.

Cerca de um em cada 10 usuários reportou receber aconselhamento, prevalência similar ao encontrado em um estudo piloto com abordagem quantitativa que explorou práticas de aconselhamento sobre comportamento sedentário e atividade física em uma clínica de Atenção Primária à Saúde (Dallas, Texas, Estados Unidos), que foi, em média, de 10% (SHUVAL *et al.*, 2014a). A similaridade da baixa prevalência entre os estudos pode ser justificada por motivos como: 1) a não familiarização ou experiência dos profissionais de saúde da Atenção Primária com as técnicas de comunicação necessárias para realizar o aconselhamento; 2) os profissionais de saúde estarem mais familiarizados a aconselhar seus pacientes para aumentarem o nível diário de atividade física, dando menor ênfase à redução do comportamento sedentário como estratégia preventiva de educação em saúde; 3) o possível esquecimento dos usuários a respeito do aconselhamento recebido; 4) a percepção de barreiras entre os usuários da APS e profissionais de saúde; 5) a falta de protocolos para a realização do aconselhamento, o que poderia influenciar na

percepção do usuário em relação ao aconselhamento recebido. Por exemplo, embora os profissionais de saúde aconselhem seus pacientes, estas recomendações podem ser interpretadas como uma sugestão informal, sem base técnica e por fim; 6) o baixo reconhecimento dos efeitos deletérios do excesso de tempo sentado na saúde. Dessa maneira, evidencia-se a necessidade de algumas ações, como por exemplo, o treinamento de equipes de saúde em protocolos e metodologias de aconselhamento para serem incorporadas nas práticas clínicas (SHUVAL *et al.*, 2014a; MORAES *et al.*, 2019; KHARMATS; PILLA; SEVICK, 2020; KRIST *et al.*, 2020; PARK *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021).

Assistir televisão sentado e sentado no deslocamento foram as atividades sedentárias mais reportadas pelos usuários, 71% (2hrs/dia) e 59% (1hr/dia) respectivamente. Estes achados vão ao encontro do estudo de YANG *et al.* (2019), conduzido com uma amostra nacionalmente representativa da população dos Estados Unidos, em que aproximadamente 65% dos adultos desse país passaram duas ou mais horas por dia assistindo televisão entre 2015 e 2016. Outro estudo de base populacional, realizado com adultos brasileiros (≥ 20 anos), apontou que dentre os cinco domínios do comportamento sedentário avaliados (assistir televisão, uso de computador dentro de casa, tempo sentado no trabalho, na escola/universidade e no deslocamento em veículos automotores), assistir à televisão sentado e deslocar-se em veículos automotores foram as atividades sedentárias mais prevalentes entre os participantes, 86% e 64%, respectivamente (MIELKE *et al.*, 2014). Esses achados devem ser destacados porque o tempo sentado assistindo televisão é responsável pela maioria do tempo despendido em atividades sedentárias e é utilizado em muitos estudos como um marcador de comportamento sedentário (SUGIYAMA *et al.*, 2008; TUDOR-LOCKE; JOHNSON; KATZMARZYK, 2010; HEALY *et al.*, 2011; TREMBLAY *et al.*, 2017). Ademais, estudos apontam que o prolongado tempo despendido nesse comportamento está associado de forma deletéria à biomarcadores de risco cardiometabólico, câncer, depressão e mortalidade prematura o que requer a implementação de intervenções preventivas para o seu controle (THORP *et al.*, 2010; DEMPSEY *et al.*, 2018a; STAMATAKIS *et al.*, 2019; NIESTE *et al.*, 2021).

Permanecer quatro ou mais horas por dia assistindo televisão e sentado no trabalho foram os comportamentos sedentários mais prevalentes entre os usuários, 20% e 13% deste estudo respectivamente. Prevalência similar foi encontrada no estudo de WERNECK *et al.* (2019), o qual constatou que aproximadamente 15% dos

adultos brasileiros passam mais de quatro horas por dia assistindo televisão. Outro estudo retrospectivo de base populacional, com 39.693 adultos brasileiros, conduzido por SILVA *et al.* (2021b), encontrou aumento da prevalência do tempo de televisão auto reportado (≥ 4 horas/dia) de 266%, durante a pandemia da COVID-19. Uma revisão sistemática conduzida por HARVEY; CHASTIN; SKELTON (2013), com 372.550 adultos e idosos de seis países (Austrália, Canadá, Noruega, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos), encontrou que aproximadamente 60% destes permanecem por mais de quatro horas por dia sentados em frente a alguma tela (televisão, computador, *tablet*, *videogame*, *smartphone*, *tablet*), e cerca de 15% reportaram assistir mais de quatro horas de televisão por dia. No Brasil, uma pesquisa do Ministério da Saúde apontou que cerca de 63% dos adultos permanecem mais de três horas por dia do seu tempo de lazer em comportamento de tela, o que inclui assistir televisão, com maior prevalência entre os adultos jovens (79%) e pessoas com maior escolaridade (70%) (BRASIL, 2020f). Trabalhar sentado igual ou superior a quatro horas dia foi o segundo comportamento sedentário mais prevalente entre os usuários, resultados semelhantes foram encontrados, num estudo conduzido por CLEMES *et al.* (2016), em que o tempo sentado no trabalho representou 60% do tempo total sentado diário dos participantes. Esses achados sugerem a necessidade de implementação de programas, práticas e políticas de saúde pública em nível comunitário, voltadas à educação em saúde da população, estimulando-os à redução do tempo sentado diário e a adesão à prática regular de atividade física, como estratégia preventiva à saúde.

Os participantes deste estudo sentam em média 4,3 horas/dia sentados. Quando categorizados em quartis, os que estavam no terceiro (3,4-6,1 horas/dia sentado) e quarto ($\geq 6,2$ horas/dia sentado) quartil foram mais aconselhados do que nos outros quartis. Ao utilizar o ponto de corte maior ou igual a quatro horas dia, a prevalência de tempo sentado total diário entre os usuários foi de 46%. De fato, estudos de base populacional têm encontrado resultados semelhantes. Por exemplo, MIELKE *et al.* (2014), conduziram um estudo em Pelotas (Rio Grande do Sul), com 2.927 adultos, com 20 anos ou mais e encontrou por medida de autorrelato que a média de tempo sentado total diário foi de 4,5 horas/dia (AIQ: 2,5-8). Em outro estudo, realizado por SUZUKI; MORAES; FREITAS (2010), na cidade de Ribeirão Preto (São Paulo), com adultos de 30 anos ou mais, a média de tempo sentado total diário auto reportado foi de 4,7 horas/dia, semelhante ao encontrado no presente estudo. Estudos

de base populacional usando medidas autorreferidas sugerem que o tempo sentado total diário de adultos varia normalmente entre 5 e 8 horas por dia (BAUMAN *et al.*, 2011; BENNIE *et al.*, 2013; FERRARI *et al.*, 2019). No entanto, estudos populacionais e grandes coortes que utilizaram medida objetiva do tempo sentado encontraram proporções muito maiores do que o indicado em estimativas anteriores baseadas em autorrelatos, variando entre 7,7-11,5 horas por dia (DU *et al.*, 2019; DUNSTAN *et al.*, 2021). Estas evidências são coerentes e semelhantes às encontradas por HALLAL *et al.* (2007), onde ressaltam que estudos de prevalência de comportamento sedentário podem diferir amplamente dependendo do método adotado em cada estudo para avaliação do tempo sentado. Apesar das diferentes metodologias adotadas entre os estudos, os dados internacionais sobre prevalência de comportamento sedentário evidenciam elevadas proporções de tempo despendido nesse tipo de comportamento. Além disso, pesquisas de tendências nos últimos 10 anos sugerem que o tempo sentado autorreferido aumentou cerca de uma hora por dia (DU *et al.*, 2019; YANG *et al.*, 2019). Essas descobertas são plausíveis e estão de acordo com o corpo de evidências sobre determinantes e correlatos do comportamento sedentário, onde fatores individuais, sociais, ambientais além do avanço tecnológico têm contribuído para a elevação do tempo despendido em comportamento sedentário (OWEN *et al.*, 2011; O'DONOGHUE *et al.*, 2016; PRINCE *et al.*, 2017b).

Observou-se no presente estudo, que o aconselhamento esteve associado ao sexo feminino. Esta associação pode ser justificada por motivos como, no caso brasileiro, as mulheres utilizam mais os serviços públicos de saúde do que os homens, principalmente relacionado às causas reprodutivas, mas também pelo fato de as mulheres avaliarem seu estado de saúde de maneira mais negativa e referirem mais doenças crônicas que os homens, o que já foi evidenciado em outros estudos (SIQUEIRA *et al.*, 2009; IBGE, 2020d). Outro ponto importante e que parece ter relação com esta associação é o fato de os profissionais de saúde aconselharem clinicamente para às condições de saúde significativamente mais frequentes em mulheres, como hipertensão, diabetes e excesso de peso (DURO *et al.*, 2015). No entanto, SHUVAL *et al.* (2014a), verificaram em seu estudo que a variável sexo não esteve associada ao recebimento de aconselhamento sobre comportamento sedentário. Porém, em alguns estudos que avaliaram fatores associados ao recebimento de aconselhamento de atividade física em adultos, o sexo feminino esteve associado ao desfecho (GLASGOW *et al.*, 2001; DURO *et al.*, 2015).

No presente estudo, usuários idosos com 60 anos ou mais receberam mais aconselhamento comparado àqueles de meia idade. Este achado pode ser justificado por motivos como, o aumento da população idosa no Brasil onde espera-se que ganhos de longevidade desempenhem um papel crescente nas próximas décadas (MYRRHA *et al.*, 2017). Segundo projeções do IBGE (2013) a proporção de pessoas acima de 60 anos aumentará de 11%, em 2010, para 32%, em 2060, ao passo que a população acima de 80 anos crescerá de 2% para 8% nesse mesmo período. Ademais, as condições crônicas passaram a ser as principais causas de morbimortalidade entre os idosos. O elevado número dessas condições acarreta grandes mudanças no perfil de morbimortalidade e demanda dos serviços de saúde, uma vez que a população idosa, por apresentar mais fragilidade orgânica e elevado índice de agravos, é a que mais utiliza tais serviços, o que poderia levar os profissionais de saúde a aconselharem este grupo populacional para a redução do comportamento sedentário (SCHMIDT *et al.*, 2011; BARNES; SCHOENBORN, 2012; DURO *et al.*, 2015; MYRRHA *et al.*, 2017; IBGE, 2020d). No entanto, no estudo de SHUVAL *et al.* (2014a), esta variável não esteve associada com o recebimento de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário. Contudo, estudos que exploraram práticas de aconselhamento de atividade física em adultos e idosos encontraram associação positiva entre indivíduos mais velhos e o desfecho, o que pode ser explicado pelo fato dos profissionais de saúde reconhecerem os benefícios de qualquer movimento ao idoso e ao adulto mais velho, o que vai de encontro aos achados do presente estudo (SIQUEIRA *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2021).

Quanto ao estado nutricional dos usuários, obesos (IMC ≥ 30 kg/m²) receberam duas vezes mais aconselhamento em relação àqueles com (IMC < 25 kg/m²). Este achado vai ao encontro do estudo de SHUVAL *et al.* (2014a), realizado com 157 pacientes adultos e idosos, em uma clínica de Atenção Primária à Saúde (Dallas, Texas, Estados Unidos) em que a prevalência de recebimento de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário foi maior entre pacientes obesos (OR: 7,0; IC95%: 1,4-35,2). O sobrepeso e a obesidade são os principais fatores de risco para a carga global de morbidade. Em 2016, dados globais mostraram que 39% dos adultos estavam com sobrepeso e 13% com obesidade (WHO, 2018d). No Brasil, uma em cada quatro pessoas de 18 anos ou mais de idade estava obesa em 2019, o equivalente a 41 milhões de pessoas. Destas, cerca de 30% eram mulheres e 22% homens (IBGE, 2020e). Ademais, a literatura tem preconizado

que a obesidade pode impactar negativamente a percepção de saúde e a qualidade de vida do indivíduo, o que exige maiores cuidados em termos de saúde (HONDA, 2004). Logo, a probabilidade desses indivíduos receberem orientação nas Unidades Básicas de Saúde, ainda que pequenas, são maiores que as dos demais grupos (SIQUEIRA *et al.*, 2009). Em alguns estudos sobre fatores associados ao recebimento de aconselhamento de atividade física a obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) também apresentou associação positiva com o aconselhamento recebido, o que parece de acordo com os conhecimentos atuais relacionados à utilização de serviços de saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2009; HALLAL *et al.*, 2010b; LOPES *et al.*, 2014; DURO *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2021).

A “utilização de 1-3 medicamentos de uso contínuo” apresentou associação positiva com o aconselhamento. Estes achados podem ser justificados pelo fato de que pessoas que utilizam medicamentos de uso contínuo são as mais necessitadas em termos de saúde, o que pode levar os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde à aconselharem com maior frequência este grupo populacional (SIQUEIRA *et al.*, 2009). Um inquérito populacional realizado na Espanha em 2013 com 2.700 pessoas observou que o consumo de medicamentos aumenta com a idade e com a prevalência de doenças crônicas: pessoas acima de 65 anos chegam a consumir cerca de 5 medicamentos a mais que os adultos abaixo desta idade (LASFUENTES *et al.*, 2013). No Brasil, um estudo descritivo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 observou que a prevalência da utilização de medicamentos para tratar doenças crônicas foi de aproximadamente 80% no tratamento de hipertensão arterial, diabetes e asma (TAVARES *et al.*, 2015; GOMES; SILVA; GALVÃO, 2017). Ainda, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 apontam que das pessoas que conseguiram atendimento de saúde, cerca de 61% tiveram algum medicamento receitado, sendo que 85% conseguiram obter todos os medicamentos prescritos no último atendimento (IBGE, 2020e). Estas evidências mostram que esse grupo populacional é mais vulnerável e necessitado de atendimento médico, o que pode contribuir para a maior frequência de recebimento de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário como estratégia educacional em saúde. Apesar de positivo aconselhar indivíduos obesos, em virtude de sua maior demanda por cuidados, deve-se considerar também a necessidade de se aconselhar para promover saúde de maneira equitativa, dadas as características da Atenção Primária à Saúde. Ressalta-se seu papel como principal nível de atenção

responsável pelas ações de prevenção e promoção da saúde, devendo, assim, garantir que o aconselhamento seja ofertado a todos os usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde (LOPES *et al.*, 2014). Todos os profissionais de saúde devem realizar o aconselhamento para a redução do comportamento sedentário e promoção de atividade física a fim de universalizar esta prática, além de propiciar o empoderamento e a construção da autonomia das pessoas em seu cuidado em saúde.

Alguns preditores não foram associados ao aconselhamento: a situação conjugal, a cor da pele, o nível de escolaridade, o nível socioeconômico, a presença e o número de morbidades (exceto o estado nutricional “obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)”), o número de visitas à unidade, o tabagismo, a caminhada, a atividade física moderada a vigorosa e a atividade física total. Estes resultados vão ao encontro dos verificados por SHUVAL *et al.* (2014a), que analisaram os possíveis preditores do aconselhamento sobre comportamento sedentário (o sexo, a faixa etária, o nível de escolaridade, o estado nutricional (IMC), a presença de morbidades (hipertensão arterial, diabetes tipo II, dislipidemia), o tabagismo, a atividade física moderada a vigorosa e o comportamento sedentário). Nesse estudo os níveis de atividade física moderada a vigorosa e de comportamento sedentário foram mensurados de maneira objetiva por meio de acelerômetros (Actigraph GT3X, Pensacola, Flórida, EUA). Apenas a obesidade foi associada ao desfecho, o que vai ao encontro dos achados no presente estudo. Esses resultados podem ser interpretados de maneira positiva, visto que, independentemente da presença ou não de doenças crônicas, os usuários recebem aconselhamento na mesma proporção (HAFELE; SIQUEIRA, 2016). Isso vai de encontro aos princípios da Atenção Primária à Saúde, buscando por meio de ações no âmbito individual e coletivo, a promoção e a proteção da saúde de uma maneira integral e equitativa (BRASIL, 2012a).

Os médicos serem reportados predominantemente como responsáveis pelo aconselhamento pode sugerir que esses profissionais incorporaram em suas práticas clínicas o aconselhamento para a redução do comportamento sedentário com maior frequência, evidenciando uma ampliação das práticas destes profissionais e um abandono das abordagens baseadas na medicina curativa, com enfoque na medicalização (HAFELE; SIQUEIRA, 2016). Estudos nacionais que analisaram os fatores associados ao aconselhamento de atividade física no contexto da Atenção Primária à Saúde também identificaram o médico, como o profissional de saúde que

mais aconselha em suas práticas clínicas (FLORINDO *et al.*, 2013; DURO *et al.*, 2015; HAFELE; SIQUEIRA, 2016; SANTOS *et al.*, 2021). No entanto, os achados indicam a necessidade do treinamento permanente dos demais trabalhadores da área da saúde em técnicas e metodologias de educação em saúde, uma vez que se espera que qualquer profissional de saúde realize ações de aconselhamento, o que pode favorecer o processo de aprendizagem e autonomia dos pacientes, uma vez que a equipe interdisciplinar identifica melhor os conflitos, propondo ações terapêuticas mais efetivas dentro das reais necessidades de saúde da população (LOPES *et al.*, 2014; HAFELE; SIQUEIRA, 2016; KRIST *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021).

Tão importante quanto conhecer os fatores associados ao aconselhamento para a redução do comportamento sedentário é identificar o que é aconselhado aos usuários. Entender a percepção dos usuários em relação ao conteúdo aconselhado permite compreender de que maneira esse aconselhamento é conduzido pelos profissionais de saúde, identificar as dificuldades em aplicar os conceitos preconizados pelo modelo 5 A's, bem como a necessidade de educação permanente, visando capacitar os profissionais de saúde em metodologias de aconselhamento para aplicarem em suas práticas clínicas (GLASGOW *et al.*, 2001; SHUVAL *et al.*, 2014a; MORAES; LOCH; RECH, 2021). No presente estudo, os usuários perceberam uma maior prevalência de aconselhamento sobre benefícios da redução do tempo em comportamento sedentário, seguido do questionamento sobre quanto tempo diário permanece em comportamento sedentário. Quando questionados sobre a identificação dos motivos que dificultam evitar o comportamento sedentário e o oferecimento de solução para as dificuldades, a prevalência diminuiu consideravelmente. SHUVAL *et al.* (2014a), também avaliaram a percepção dos pacientes em relação ao conteúdo do aconselhamento sobre comportamento sedentário recebido de profissionais de saúde, dentro da estrutura 5 A's. Nesse estudo, os autores encontraram que os conteúdos mais prevalentes foram se o profissional de saúde havia questionado sobre o tempo em que permanece em comportamento sedentário (9%), seguido da pergunta se o profissional aconselhou verbalmente (8%), porém, os conteúdos menos reportados foram, se havia recebido aconselhamento mais detalhado (2%) e se havia recebido uma prescrição escrita, orientando como reduzir o tempo diário em comportamento sedentário (0%). Observou-se no presente estudo que o conteúdo menos prevalente foi se utiliza alguma estratégia para saber se está realizando as recomendações. De fato,

evidências apontam que o modelo 5 A's é efetivo em potencializar a mudança comportamental das pessoas que recebem aconselhamento de profissionais de saúde (GLASGOW; EMONT; MILLER, 2006; SHUVAL *et al.*, 2014a; MORAES; LOCH; RECH, 2021), no entanto, o cumprimento de todas as etapas do modelo 5 A's, tanto pelos profissionais de saúde, como pelos pacientes é substancialmente importante para a efetivação e manutenção da mudança comportamental (WHITLOCK *et al.*, 2002; SHUVAL *et al.*, 2014a). Ademais, estudos sugerem que intervenções com tecnologia digital podem ser eficazes e auxiliar as pessoas para reduzirem o tempo diário em que permanecem sentadas (MANINI *et al.*, 2015; STEPHENSON *et al.*, 2017; KHARMATS; PILLA; SEVICK, 2020; NIESTE *et al.*, 2021).

No presente estudo, houve associação entre aqueles que permanecem um tempo igual ou superior a 1,8 horas por dia sentado ($p < 0,05$). A maior magnitude de associação foi encontrada entre aqueles que permanecem pelo menos 6,2 horas por dia sentado (RP: 3,83; IC95%: 2,09-7,03; $p < 0,001$). A associação positiva encontrada entre permanecer prolongado período do dia em comportamento sedentário e receber aconselhamento, pode ser explicada pelo fato de que altos níveis diários de comportamento sedentário, estão associados a maiores riscos de morbidade, mortalidade e mais utilização de serviços de saúde (BISWAS *et al.*, 2015; PATTERSON *et al.*, 2018; EKELUND *et al.*, 2019a; KATZMARZYK *et al.*, 2019; DUNSTAN *et al.*, 2021), o que pode fazer com que os profissionais de saúde aconselhem este grupo populacional com maior frequência, visto que evidências globais apontam que os adultos passam em média 7,7, a 11,5 horas do seu dia sentados (EKELUND *et al.*, 2019b; FERRARI *et al.*, 2019; DUNSTAN *et al.*, 2021). Estes achados são positivos, pois podem indicar que os profissionais de saúde conhecem os efeitos deletérios causados à saúde em decorrência da elevada exposição à comportamentos sedentários. Ademais, a incorporação de recomendações para reduzir comportamento sedentário e interromper o tempo sentado nas diretrizes e guias de atividade física globais e nacionais, colaboraram para a disseminação da informação sobre a importância de se sentar menos e de ser mais ativo em todos os dias da semana (USDHHS, 2018; ISPAH, 2020; ROSS *et al.*, 2020; WHO, 2020b; BRASIL, 2021b). Evidências recentes também têm contribuído no sentido de informar a sociedade sobre a efetividade de intervenções comportamentais e com multicomponentes, o que inclui o aconselhamento, na redução do comportamento sedentário. Estas intervenções focam em abordagens

baseadas na teoria que têm o potencial de influenciar os determinantes comportamentais para promover comportamentos mais saudáveis (AADAHN *et al.*, 2014; GARDNER *et al.*, 2016; BOROWSKI *et al.*, 2017; CHASTIN *et al.*, 2017; CHIANG *et al.*, 2019; BLACKBURN *et al.*, 2020; ISPAH, 2020; PEACHEY *et al.*, 2020; NIESTE *et al.*, 2021). Além disso, alguns estudos recentes relataram que o aumento da atividade física diária pode compensar os efeitos deletérios à saúde (mortalidade por todas as causas, doença cardiovascular e câncer) causados pelo prolongado tempo sentado (EKELUND *et al.*, 2016; REES-PUNIA *et al.*, 2019; STAMATAKIS *et al.*, 2019; XU *et al.*, 2019; GILCHRIST *et al.*, 2020; LEE *et al.*, 2020), outro fator importante e que pode influenciar positivamente o profissional de saúde a realizar o aconselhamento para a redução do comportamento sedentário e promoção da atividade física em seus pacientes.

Com os resultados apresentados, os profissionais e gestores de saúde podem aprimorar, implementar e direcionar ações específicas de aconselhamento para reduzir o comportamento sedentário em grupos populacionais com maior exposição ao tempo sentado (SHUVAL *et al.*, 2014a). Por exemplo, sabe-se que a redução do comportamento sedentário possui importância para a promoção da saúde pública, visto que atua na prevenção e no tratamento de diversas doenças crônicas (MANINI *et al.*, 2015; ISPAH, 2020; DUNSTAN *et al.*, 2021; NIESTE *et al.*, 2021), exigindo do sistema de saúde a integração de intervenções para a redução do tempo sentado com a finalidade de beneficiar a comunidade (SIQUEIRA *et al.*, 2009). No presente estudo, foi identificado que os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da área urbana de São José dos Pinhais - PR realizam o aconselhamento para a redução do comportamento sedentário como abordagem preventiva, porém, a prevalência e/ou a percepção do aconselhamento recebido é muito baixa em relação aos benefícios que pode proporcionar. Ademais, o recebimento de aconselhamento esteve associado ao sexo feminino, a faixa etária mais elevada, a obesidade, ao consumo de medicamentos e ao prolongado período do dia sentado, no entanto, o aconselhamento deve ser realizado a todos os grupos populacionais, considerando a elevada prevalência global do comportamento sedentário, bem como o princípio da equidade do SUS. Dessa maneira, os gestores das UBS poderiam além de treinar suas equipes de saúde em metodologias e protocolos de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário e promoção da atividade física, implementar ações dessa prática no formato de palestras educativas para os usuários dos serviços de saúde,

estimular os profissionais de saúde a enviar mensagens por meios eletrônicos (aplicativos, e-mail), com materiais educativos aos pacientes, ampliando a capilaridade das ações com aconselhamento para a redução do comportamento sedentário na Atenção Primária à Saúde, levando informações sobre o tema a um número maior de usuários. Estas ações interdisciplinares dentro das Unidades Básicas de Saúde do Município, poderão auxiliar os usuários a gerenciarem sua saúde no sentido da adesão à hábitos saudáveis, melhorando sua qualidade de vida, gerando economia aos sistemas de saúde.

Algumas limitações devem ser consideradas para a adequada interpretação dos resultados. A amostra foi limitada à Unidades Básicas de Saúde da Área Urbana de uma cidade de médio porte do Sul do Brasil, mas que possui uma ampla área rural (79% do território), composta por 12 Unidades Básicas de Saúde. Dessa maneira, os resultados não podem ser extrapolados para outros contextos (por exemplo, áreas rurais, grandes cidades, outros estados, regiões do Brasil e outros países). Embora a literatura reporte uma grande variedade de domínios do comportamento sedentário, o presente estudo conseguiu avaliar apenas os cinco domínios avaliados com maior frequência em adultos (MIELKE *et al.*, 2014). Portanto, a mensuração do tempo sentado diário dos usuários do presente estudo abrange a maior parte do período de vigília, mas não todo. Por fim, o delineamento transversal limita o estabelecimento de causalidade entre os preditores e o desfecho analisado. Em contrapartida, possibilita levantar hipóteses importantes.

8 CONCLUSÃO

Um em cada 10 adultos receberam aconselhamento para a redução do comportamento sedentário e os grupos populacionais com maior exposição a este aconselhamento foram as mulheres, os idosos, obesos, os que consomem 1 a 3 medicamentos de uso contínuo e aqueles que permanecem prolongado período do dia em comportamento sedentário.

Estes resultados são importantes pois podem contribuir para uma maior compreensão sobre o perfil dos usuários que recebem o aconselhamento para a redução do comportamento sedentário de profissionais de saúde em Unidades Básicas de Saúde, além de subsidiar as ações dos gestores e profissionais de saúde para a redução desse comportamento em usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde. A fim de aumentar a prevalência da prática de aconselhamento entre os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde, os gestores poderiam implementar o treinamento de suas equipes de saúde em metodologias e protocolos de aconselhamento para serem conduzidos durante e após as práticas clínicas, como também, estimular a realização de palestras com abordagens preventivas sobre a importância da redução do comportamento sedentário para os usuários. O aconselhamento por meio de tecnologias digitais é uma outra estratégia efetiva recomendada pela literatura e que pode ser implementada pelos profissionais de saúde para aumentar a capilaridade dessa ação, permitindo que o aconselhamento chegue a um maior número de usuários, respeitando o princípio da equidade do SUS. Desse modo, as ações sugeridas vão ao encontro dos objetivos da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012a), bem como dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015), visando garantir ao usuário uma atenção integral pautada na promoção e na proteção da saúde, na prevenção de agravos e no acompanhamento longitudinal, o auxiliando para que autogerenciem o seu estilo de vida para hábitos mais saudáveis.

Futuros estudos devem avaliar a efetividade das ações de aconselhamento sobre os níveis de comportamento sedentário para diferentes grupos populacionais residentes na área urbana e rural, em pequenas e grandes cidades, em diferentes regiões do Brasil e outros países. Ademais, faz-se necessário o desenvolvimento de metodologias e protocolos de aconselhamento para a redução do comportamento sedentário para que os profissionais de saúde utilizem em suas práticas de promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

AADAHL, M. *et al.* Motivational counseling to reduce sitting time: a community-based randomized controlled trial in adults. **American Journal of Preventive Medicine**, [s.l.], v. 47, n. 5, p. 576-86, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.020>

ABEP. **Critérios de Classificação Econômica Brasil**. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. 2018. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 10 abr. 2021

ACSM. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. American College of Sports Medicine. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

AGOSTINHO, M. R. *et al.* Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc5\(17\)175](https://doi.org/10.5712/rbmfc5(17)175)

AINSWORTH, B. E. *et al.* Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. **Medicine Science Sports Exercise**, [s. l.], v. 43, n. 8, p. 1575-81, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31821ece12>

ALDENAINI, N. *et al.* Trends in Persuasive Technologies for Physical Activity and Sedentary Behavior: A Systematic Review. **Frontiers in Artificial Intelligence**, [s. l.], v. 3, n. 7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/frai.2020.00007>

AMORIM, T. C. *et al.* Description of the physical activity promotion programs funded by the Brazilian Ministry of Health. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 63-74, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.18n1p63-74>

ARAÚJO, C. L. **Adaptação e validação do Sedentary Behavior Questionnaire for Adults para o português brasileiro**. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.

ATKIN, A. J. *et al.* Methods of Measurement in epidemiology: sedentary Behaviour. **International Journal Epidemiology**, [s. l.], v. 41, n. 5, p. 1460-71, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dys118>

AUNGER, J.; WAGNILD, J. Objective and subjective measurement of sedentary behavior in human adults: A toolkit. **American Journal of Human Biology**, [s. l.], v. n/a, n. n/a, e23546, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajhb.23546>

AUYOUNG, M. *et al.* Integrating Physical Activity in Primary Care Practice. **American Journal Medicine**, [s. l.], v. 129, n. 10, p. 1022-1029, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.02.008>

BAILEY, D. P. *et al.* Sitting time and risk of cardiovascular disease and diabetes: a systematic review and meta-analysis. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 57, n. 3, p.408-416, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.015>

BAKKER, E. A. *et al.* Validity and reliability of subjective methods to assess sedentary behaviour in adults: a systematic review and meta-analysis. **International Journal Behavior Nutrition Physical Activity**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 75, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00972-1>

BARNES, P. M.; SCHOENBORN, C. A. Trends in adults receiving a recommendation for exercise or other physical activity from a physician or other health professional. **NCHS Data Brief**, [s. l.], n. 86, p. 1-8, 2012. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/12065>

BARREIRA, T. V. *et al.* Free-living activity counts-derived breaks in sedentary time: Are they real transitions from sitting to standing? **Gait Posture**, [s. l.], v. 42, n. 1, p. 70-72, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2015.04.008>

BAUMAN, A. *et al.* The descriptive epidemiology of sitting. A 20-country comparison using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 41, n. 2, p. 228-35, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.05.003>

BAUMAN, A. *et al.* **The descriptive epidemiology of sedentary behaviour**. In LEITZMANN, M. F.; JOCHEM, C.; SCHMID, D. (eds). **Sedentary behaviour epidemiology**. 1. ed. EUA: Springer, Cham, p. 73-106, 2018.

BAUMAN, A. E. *et al.* Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **Lancet**, [s. l.], v. 380, n. 9838, p. 258-71, 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1)

BECKER, L.; GONÇALVES, P. B.; REIS, R. Programas de promoção da atividade

física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 110-122, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n2p110-122>

BENATTI, F. B.; RIED-LARSEN, M. The Effects of Breaking up Prolonged Sitting Time: A Review of Experimental Studies. **Medicine Science Sports Exercise**, [s. l.], v. 47, n. 10, p. 2053-2061, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000000654>

BENNIE, J. A. *et al.* The prevalence and correlates of sitting in European adults - a comparison of 32 Eurobarometer-participating countries. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 107, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-107>

BERNAARDS, C. M.; HILDEBRANDT, V. H.; HENDRIKSEN, I. J. Correlates of sedentary time in different age groups: results from a large cross sectional Dutch survey. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1121, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3769-3>

BEY, L.; HAMILTON, M. T. Suppression of skeletal muscle lipoprotein lipase activity during physical inactivity: a molecular reason to maintain daily low-intensity activity. **Journal Physiology**, [s. l.], v. 551, n. Pt 2, p. 673-682, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1113/jphysiol.2003.045591>

BIDDLE, S. J. *et al.* Too much sitting and all-cause mortality: is there a causal link? **BMC Public Health**, [s. l.], v. 16, p. 635, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3307-3>

BIDDLE, S. J. H. *et al.* Controversies in the Science of Sedentary Behaviour and Health: Insights, Perspectives and Future directions from the 2018 Queensland Sedentary Behaviour Think Tank. **International Journal Environmental Research Public Health**, [s. l.], v. 16, n. 23, p. 4762, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16234762>

BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 9-14, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.15n1p9-14>

BISWAS, A. *et al.* Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis.

Annals of Internal Medicine, [s. l.], v. 162, n. 2, p. 123-32, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.15n1p9-1410.7326/m14-1651>

BLACKBURN, N. E. *et al.* The effectiveness and complexity of interventions targeting sedentary behaviour across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 53, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00957-0>

BOEREMA, S. T. *et al.* Pattern measures of sedentary behaviour in adults: A literature review. **Digital health**, [s. l.], v. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2055207620905418>

BOROWSKI, K. M. T. *et al.* Nonworksite Interventions to Reduce Sedentary Behavior among Adults: A Systematic Review. **Translational journal of the American College of Sports Medicine**, [s. l.], v. 2, n. 12, p. 68-78, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/TJX.0000000000000036>

BOYINGTON, J. *et al.* Sedentary Behavior Research Priorities--NHLBI/NIA Sedentary Behavior Workshop Summary. **Medicine Science Sports Exercise**, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 1291-1294, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/mss.00000000000000516>

BRASIL. **Constituição (1989). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.** Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei nº8080 Diário Oficial da União Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. **Lei nº8142 Diário Oficial da União Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. **Carta de Ottawa. Primeira conferência internacional sobre Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde . Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em**

Defesa do SUS e de Gestão. Série Pactos Pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: MS; 2006. **Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, nº 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. [S. l.: s. n.], 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Ministério da Saúde. [S. l.: s. n.], 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Academia da Saúde: Cartilha Informativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. 05/8 - Dia Nacional da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Novo modelo de financiamento para APS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS.

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020e.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020f.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona, 2018.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020g.

BRASIL. **Ministério da Saúde. O que é atenção primária?** Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BUCK, C. *et al.* Factors influencing sedentary behaviour: A system based analysis using Bayesian networks within DEDIPAC. **PLoS One**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. e0211546, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211546>

BUENO, D. R. *et al.* Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 1001-1010, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.09082015>

BULL, F. C. *et al.* World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **British Journal of Sports Medicine**, [s. l.], v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>

BYROM, B. *et al.* Objective measurement of sedentary behaviour using accelerometers. **International Journal Obesity (Lond)**, [s. l.], v. 40, n. 11, p. 1809-1812, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ijo.2016.136>

CARR, L. J. *et al.* Multicomponent intervention to reduce daily sedentary time: a randomised controlled trial. **BMJ Open**, [s. l.], v. 3, n. 10, p. e003261, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003261>

CARROLL, J. K. *et al.* A 5A's communication intervention to promote physical activity in underserved populations. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 12, p. 374, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-374>

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, [s. l.], v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CATANANTE, G. V. *et al.* Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030 **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 12, p. 3965-3974, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.24982017>

CHASTIN, S. *et al.* Interventions for reducing sedentary behaviour in community-dwelling older adults. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 2017, n. 9, p. CD012784, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012784>

CHASTIN, S. F. *et al.* Systematic literature review of determinants of sedentary behaviour in older adults: a DEDIPAC study. **International Journal Behavioral Nutrition Physical Activity**, [s. l.], v. 12, p. 127, 2015a. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0292-3>

CHASTIN, S. F. *et al.* Meta-analysis of the relationship between breaks in sedentary behavior and cardiometabolic health. **Obesity (Silver Spring, Md)**, [s. l.], v. 23, n. 9, p. 1800-1810, 2015b. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/oby.21180>

CHASTIN, S. F. M. *et al.* The SOS-framework (Systems of Sedentary behaviours): an international transdisciplinary consensus framework for the study of determinants, research priorities and policy on sedentary behaviour across the life course: a DEDIPAC-study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 83, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0409-3>

CHASTIN, S. F. M. *et al.* Striking the Right Balance: Evidence to Inform Combined Physical Activity and Sedentary Behavior Recommendations. **Journal of Physical Activity and Health**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 631-637, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0635>

CHAU, J. Y. *et al.* Daily sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. **PloS one**, [s. l.], v. 8, n. 11, p. e80000, 2013. Disponível em:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080000>

CHIANG, L. C. *et al.* Motivational Counseling to Reduce Sedentary Behaviors and Depressive Symptoms and Improve Health-Related Quality of Life Among Women With Metabolic Syndrome. **Journal of Cardiovascular Nursing**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 327-335, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000573>

CHRESTANI, M. A. D.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. M. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, p. 2395-2406, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100010>

CHU, A. H. *et al.* A systematic review and meta-analysis of workplace intervention strategies to reduce sedentary time in white-collar workers. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 17, n. 5, p. 467-81, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.12388>

CLEMES, S. A. *et al.* Descriptive epidemiology of domain-specific sitting in working adults: the Stormont Study. **Journal of Public Health**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 53-60, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu114>

CRAIG, C. L. *et al.* International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, [s. l.], v. 35, n. 8, p. 1381-95, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000078924.61453.fb>

DEMPSEY, P. C. *et al.* New global guidelines on sedentary behaviour and health for adults: broadening the behavioural targets. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 151, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01044-0>

DEMPSEY, P. C. *et al.* Associations of context-specific sitting time with markers of cardiometabolic risk in Australian adults. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 114, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0748-3>

DEMPSEY, P. C. *et al.* Sitting Less and Moving More. **Hypertension**, [s. l.], v. 72, n. 5, p. 1037-1046, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11190>

DING, D. *et al.* The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. **The Lancet**, [s. l.], v. 388, n. 10051, p. 1311-1324, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)

DU, Y. *et al.* Trends in Adherence to the Physical Activity Guidelines for Americans for Aerobic Activity and Time Spent on Sedentary Behavior Among US Adults, 2007 to 2016. **JAMA Network Open**, [s. l.], v. 2, n. 7, p. e197597, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.7597>

DUNSTAN, D. W. *et al.* Sit less and move more for cardiovascular health: emerging insights and opportunities. **Nature Reviews Cardiology**, [s. l.], n.18, p. 637–648, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00547-y>

DURO, S. M. *et al.* Adult Physical Activity Counseling by Health Professionals in Brazil: A National Urban Population Survey. **Journal of Physical Activity & Health**, [s. l.], v. 12, n. 8, p. 1177-83, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1123/jpah.2013-0213>

EDWARDSON, C. L. *et al.* Association of sedentary behaviour with metabolic syndrome: a meta-analysis. **PloS One**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. e34916-e34916, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034916>

EKELUND, U. *et al.* Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants. **British Journal of Sports Medicine**, [s. l.], v. 53, n. 14, p. 886-894, 2019a. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098963>

EKELUND, U. *et al.* Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. **The Lancet**, [s. l.], v. 388, n. 10051, p. 1302-1310, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30370-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30370-1)

EKELUND, U. *et al.* Joint associations of accelerometer measured physical activity and sedentary time with all-cause mortality: a harmonised meta-analysis in more than 44 000 middle-aged and older individuals. **British Journal of Sports Medicine**, [s. l.], v. 54, n. 24, p. 1499-1506, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-103270>

EKELUND, U. *et al.* Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**, [s. l.], v. 366, p.14570, 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.l4570>

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 3, p.

847-852, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>

FERMINO, R. C. **Projeto de pesquisa integrado: efetividade de programas comunitários para a promoção da atividade física e redução do comportamento sedentário**. Projeto de Pesquisa (Programa de Pós-Graduação em Educação Física) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020.

FERRARI, G. L. M. *et al.* Original research Socio-demographic patterning of self-reported physical activity and sitting time in Latin American countries: findings from ELANS. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1723, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8048-7>

FERRARI, G. L. M. *et al.* Socio-Demographic Correlates of Total and Domain-Specific Sedentary Behavior in Latin America: A Population-Based Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 17, n. 15, p. 5587, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155587>

FLORES, T. R. *et al.* Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 27, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100012>

FLORINDO, A. A.; ANDRADE, D. R. **Experiências de Promoção da Atividade Física na Estratégia de Saúde da Família**. 1 ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2015. Disponível em: http://www.each.usp.br/gepaf/questionarios/Livro_Ambiente_Ativo.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020

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**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 794, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-794>

FONTANELLI, M. M. *et al.* Validade da autorreferência de colesterol elevado na cidade de São Paulo, Brasil, e fatores associados à sensibilidade dessa informação. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n.12, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00034718>

FORD, E. S.; CASPERSEN, C. J. Sedentary behaviour and cardiovascular disease: a review of prospective studies. **International Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 41, n. 5, p. 1338-1353, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dys078>

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**, [s. l.], v. 98, n. 4, p. 412-419, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.020>

GARCIA, L. M. T. *et al.* Aspectos sociodemográficos associados a três comportamentos sedentários em trabalhadores brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, n. 5, p. 1015-1024, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01021-311X00140114>

GARDNER, B. *et al.* How to reduce sitting time? A review of behaviour change strategies used in sedentary behaviour reduction interventions among adults. **Health Psychology Review**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 89-112, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1082146>

GIBBS, B. B. *et al.* Definition, measurement, and health risks associated with sedentary behavior. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 1295-1300, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000517>

GILCHRIST, S. C. *et al.* Association of Sedentary Behavior With Cancer Mortality in Middle-aged and Older US Adults. **JAMA Oncology**, [s. l.], v. 6, n. 8, p. 1210-1217, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.2045>

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. D. National Primary Health Care Policy: where are we headed to? **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 1475-1482, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>

GIROIR, B. P.; WRIGHT, D. Physical Activity Guidelines for Health and Prosperity in the United States. **The Journal of the American Medical Association**, [s. l.], v.320, n. 19, p. 1971-1972. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.16998>

GLASGOW, R. E. *et al.* Physician advice and support for physical activity: Results from a national survey. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 189-196, 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00350-6](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00350-6)

GLASGOW, R. E.; EMONT, S.; MILLER, D. C. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. **Health Promotion International**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 245-255, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dal017>

GOMES, V. P.; SILVA, M. T.; GALVÃO, T. F. Prevalência do consumo de

medicamentos em adultos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 8, p. 2615-2626, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.29412016>

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. **Health Information and Libraries Journal**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 91-108, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

GUEDES, D. P.; SANTOS, C. A.; LOPES, C. C. Estágios de mudança de comportamento e prática habitual de atividade física em universitários. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 5-15, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/%25x>

GUERRA, P. H.; MIELKE, G. I.; GARCIA, L. M. T. Comportamento sedentário. **Revista Corpoconsciência**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 23-36, 2015. Disponível em: http://www.each.usp.br/gepaf/artigos/comportamento_sedentario.pdf. Acesso em: 06 mar. 2020

GUIBU, I. A. *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 51, n. s2, p. S1-S13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>

GUTHOLD, R. *et al.* Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 6, n. 10, p. e107-e1086, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)

HAFELE, V.; SIQUEIRA, F. V. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 21, n. 6, p. 581-592, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n6p581-592>

HÄFELE, V.; SIQUEIRA, F. V. Interventions with health professionals of primary care about physical activity counseling: Systematic review. **Journal of Physical Education**, [s. l.], v. 30, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v30i1.3021>

HAGSTRÖMER, M.; OJA, P.; SJÖSTRÖM, M. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. **Public Health Nutrition**, [s. l.], v. 9, n. 6, p. 755-762, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1079/phn2005898>

HALLAL, P. C. *et al.* Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, [s. l.], v. 380, n. 9838, p. 247-257, 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60646-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60646-1)

HALLAL, P. C. *et al.* Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 41, n. 3, p. 453-460, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300018>

HALLAL, P. C. *et al.* Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. **Journal Physical Activity and Health**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. S259-264, 2010a. Disponível em: <https://doi.org/10.1123/jpah.7.s2.s259>

HALLAL, P. C. *et al.* Physical activity advice: short report from a population-based study in Brazil. **Journal Physical Activity and Health**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 352-354, 2010b. Disponível em: <https://doi.org/10.1123/jpah.7.3.352>

HAMILTON, M. T. The role of skeletal muscle contractile duration throughout the whole day: reducing sedentary time and promoting universal physical activity in all people. **Journal Physiologi**, [s. l.], v. 596, n. 8, p. 1331-1340, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1113/jp273284>

HAMILTON, M. T.; HAMILTON, D. G.; ZDERIC, T. W. Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. **Diabetes**, [s. l.], v. 56, n. 11, p. 2655-2667, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/db07-0882>

HAMILTON, M. T. *et al.* Too Little Exercise and Too Much Sitting: Inactivity Physiology and the Need for New Recommendations on Sedentary Behavior. **Current Cardiovascular Risk Reports**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 292-298, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12170-008-0054-8>

HARVEY, J. A.; CHASTIN, S. F. M.; SKELTON, D. A. Prevalence of sedentary behavior in older adults: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 10, n. 12, p. 6645-6661, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph10126645>

HEALY, G. N. *et al.* Measurement of adults' sedentary time in population-based studies. **American Journal Preventive Medicine**, [s. l.], v. 41, n. 2, p. 216-227, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.05.005>

HEALY, G. N. *et al.* Breaks in sedentary time: beneficial associations with metabolic

risk. **Diabetes Care**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 661-666, 2008a. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc07-2046>

HEALY, G. N. *et al.* Television time and continuous metabolic risk in physically active adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, [s. l.], v. 40, n. 4, p. 639-45, Apr, 2008b. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181607421>

HEALY, G. N. *et al.* A Cluster Randomized Controlled Trial to Reduce Office Workers' Sitting Time: Effect on Activity Outcomes. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, [s. l.], v. 48, n. 9, p. 1787-1797, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000000972>

HEARTS. **Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: healthy-lifestyle counselling**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260422/WHO-NMH-NVI-18.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 abr. 2020

HEATH, G. W. *et al.* Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. **The Lancet**, [s. l.], v. 380, n. 9838, p. 272-281, 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60816-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60816-2)

HERON, L. *et al.* Direct healthcare costs of sedentary behaviour in the UK. **Journal of Epidemiology and Community Health**, [s. l.], v. 73, n. 7, p. 625-629, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211758>

HIRVENSALO, M. *et al.* The effect of advice by health care professionals on increasing physical activity of older people. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 231-236, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0838.2003.00313.x>

HONDA, K. Factors underlying variation in receipt of physician advice on diet and exercise: applications of the behavioral model of health care utilization. **American Journal Health Promotion**, [s. l.], v. 18, n. 5, p. 370-377, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.4278/0890-1171-18.5.370>

HONE, T.; MACINKO, J.; MILLETT, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? **The Lancet**, [s. l.], v. 392, n. 10156, p. 1461-1472, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4)

HSUEH, M. C.; LIAO, Y.; CHANG, S. H. Are Total and Domain-Specific Sedentary Time Associated with Overweight in Older Taiwanese Adults? **International Journal Environmental Research Public Health**, [s. l.], v. 12, n. 10, p. 12697-12705, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph121012697>

HUANG, Y.; BENFORD, S. Digital Interventions to Reduce Sedentary Behaviors of Office Workers: Scoping Review. **Journal Medicine Internet research**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. e11079, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/11079>

IBGE. **Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.

IBGE. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2018**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101609.pdf>. Acesso em 18 mar. 2020.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060 - Revisão 2013**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.

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

IBGE. **Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira 2020**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020a.

IBGE. **Estatísticas de cidades e estados 2020**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 12 nov. 2020.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019 - Atenção primária à saúde e informações antropométricas**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020c.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019 - Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020d.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020e.

IPARDES. Perfil avançado do município de São José dos Pinhais. **Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social.** 2019. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=6&btOk=ok. Acesso em: 20 out. 2020.

IPARDES. Perfil avançado do município de São José dos Pinhais. **Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social.** 2020. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=6&btOk=ok. Acesso em: 20 out. 2020.

IPEA. **Cadernos ODS: ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. O que mostra o retrato do Brasil?** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos_ODS_Objetoivo_3_Assegurar%20uma%20vida%20saud%C3%A1vel%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

ISPAH. **International Society for Physical Activity and Health (ISPAH). ISPAH's eight investimentos that work for physical activity.** 2020. Disponível em: <https://www.ispah.org/resources/key-resources/8-investments/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

JÚDICE, P. B. *et al.* Validity of GT3X and Actiheart to estimate sedentary time and breaks using ActivPAL as the reference in free-living conditions. **Gait & Posture**, [s. l.], v. 41, n. 4, p. 917-22, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2015.03.326>

KANG, M.; ROWE, D. A. Issues and Challenges in Sedentary Behavior Measurement. **Measurement in Physical Education and Exercise Science**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 105-115, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1091367X.2015.1055566>

KATZMARZYK, P. T. *et al.* Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, [s. l.], v. 41, n. 5, p. 998-1005, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181930355>

KATZMARZYK, P. T.; GLEDHILL, N.; SHEPHARD, R. J. The economic burden of

physical inactivity in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 163, n. 11, p. 1435-40, 2000.

KATZMARZYK, P. T. *et al.* Sedentary Behavior and Health: Update from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, [s. l.], v. 51, n. 6, p. 1227-1241, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000001935>

KEADLE, S. Z. *et al.* Validation of wearable monitors for assessing sedentary behavior. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, [s. l.], v. 43, n. 8, p. 1561-7, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31820ce174>

KHARMATS, A. Y.; PILLA, S. J.; SEVICK, M. A. USPSTF Recommendations for Behavioral Counseling in Adults With Cardiovascular Disease Risk Factors: Are We Ready? **JAMA Network Open**, [s. l.], v. 3, n. 11, p. e2029682-e2029682, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.29682>

KIM, Y.; BARRY, V. W.; KANG, M. Validation of the ActiGraph GT3X and activPAL Accelerometers for the Assessment of Sedentary Behavior. **Measurement in Physical Education and Exercise Science**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 125-137, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1091367X.2015.1054390>

KLUGE, H. *et al.* How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. **The Lancet**, [s. l.], v. 392, n. 10156, p. 1372-1374, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32482-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32482-6)

KOOHSARI, M. J. *et al.* Neighborhood environmental attributes and adults' sedentary behaviors: Review and research agenda. **Preventive Medicine**, [s. l.], v. 77, p. 141-149, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.05.027>

KOYANAGI, A.; STUBBS, B.; VANCAMPFORT, D. Correlates of sedentary behavior in the general population: A cross-sectional study using nationally representative data from six low- and middle-income countries. **PloS One**, [s. l.], v. 13, n. 8, p. e0202222-e0202222, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202222>

KREUTER, M. W.; CHHEDA, S. G.; BULL, F. C. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. **Archives of Family Medicine**, [s. l.], v. 9, n. 5, p. 426-33, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archfami.9.5.426>

KRIST, A. H. *et al.* Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **The Journal of the American Medical Association**, [s. l.], v. 324, n. 20, p. 2069-2075, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21749>

LASFUENTES, P. C. *et al.* Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo [Medicine consumption in the adult population: Influence of self-medication]. **Atencion Primaria**, [s. l.], v. 45, n. 10, p. 528-535, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.006>

LAVIE, C. J. *et al.* Sedentary Behavior, Exercise, and Cardiovascular Health. **Circulation Research**, [s. l.], v. 124, n. 5, p. 799-815, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.312669>

LEBLANC, A. G. *et al.* The ubiquity of the screen: an overview of the risks and benefits of screen time in our modern world. **Translational Journal of the American College of Sports Medicine**, [s. l.], v. 2, n. 17, p. 104-113, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/TJX.0000000000000039>

LEE, I. M. *et al.* Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, [s. l.], v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012a. Disponível em: <https://doi.org/10.5167/uzh-69553>

LEE, I. M. *et al.* Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, [s. l.], v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012b. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61031-9)

LEE, Y. *et al.* Association of Sedentary Time and Physical Activity with the 10-Year Risk of Cardiovascular Disease: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2014-2017. **Korean Journal Family Medicine**, [s. l.], v. 41, n. 6, p. 374-380, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4082/kjfm.19.0089>

LOPES, A. C. S. *et al.* Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 23, p. 305-316, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000300010> Acesso em: 15 de fevereiro de 2020

LOYEN, A. *et al.* Prevalence and correlates of domain-specific sedentary time of adults in the Netherlands: findings from the 2006 Dutch time use survey. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 538, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6764-7>

LOYEN, A. *et al.* European Sitting Championship: Prevalence and Correlates of Self-Reported Sitting Time in the 28 European Union Member States. **PLoS One**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. e0149320, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149320>

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 9-28, 2000

LUNDAHL, B. *et al.* Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 93, n. 2, p. 157-168, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>

LYNCH, B. M. Sedentary Behavior and Cancer: A Systematic Review of the Literature and Proposed Biological Mechanisms. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. 2691-2709, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-10-0815>

LYNCH, B. M.; OWEN, N. Too much sitting and chronic disease risk: steps to move the science forward. **Annals of Internal Medicine**, [s. l.], v. 162, n. 2, p. 146-147, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/m14-2552>

MALAQUIAS, B. S. S. *et al.* Determinantes do comportamento sedentário ao longo da vida: uma revisão integrativa. **Arquivos Ciência do Esporte**, [s. l.], v. 6, n. 5, p. 50-55, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17648/aces.v6n2.2711>

MALTA, D. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 286-299, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.19n3p286>

MALTA, D. C. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 18, p. 79-86, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000100008>

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. D. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.] v. 22, p. 151-164, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>

MANINI, T. M. *et al.* Interventions to reduce sedentary behavior. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 1306-1310, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000519>

MARANHÃO NETO, G. A.; POLITO, M. D.; LIRA, V. A. Fidedignidade entre peso e estatura reportados e medidos e a influência do histórico de atividade física em indivíduos que procuram a prática supervisionada de exercícios. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s. l.], v. 11, p. 141-145, 2005. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922005000200009>

MARTIN, A. *et al.* Interventions with potential to reduce sedentary time in adults: systematic review and meta-analysis. **Brasilian Journal Sports Medicine**, [s. l.], v. 49, n. 16, p. 1056-1063, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094524>

MATSUDO, V. *et al.* International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): Study of validity and reproducibility in Brazil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>

MATTHEWS, C. E. Minimizing Risk Associated With Sedentary Behavior. **Journal of the American College of Cardiology**, [s. l.], v. 73, n. 16, p. 2073-2075, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.02.030>

MATTHEWS, C. E. *et al.* Amount of Time Spent in Sedentary Behaviors in the United States, 2003–2004. **American Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 167, n. 7, p. 875-881, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwm390>

MCGREGOR, D. E. *et al.* Compositional analysis of the association between mortality and 24-hour movement behaviour from NHANES. **European Journal Preventive Cardiology**, [s. l.], p. 2047487319867783, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2047487319867783>

MCLAUGHLIN, M. *et al.* Worldwide surveillance of self-reported sitting time: a scoping review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical**

Activity, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 111, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01008-4>

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>

MELLO, R. L. de.; RIBEIRO, E. K.; OKUYAMA, J. (IN) Atividade Física e Comportamento Sedentário: Terminologia, Conceitos e Riscos Associados. **Caderno Intersaberes**, [s. l.], v. 9, n. 17, 2020.

MELLO, R. L. **Ambiente Construído e Atividade Física no Tempo de Lazer: uma análise em adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde**. 2021. 200 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

MEMON, A. R. *et al.* Sedentary behaviour research in adults: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. **Journal of Sports Sciences**, [s. l.], p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02640414.2021.1928382>

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

MENEGUCI, J. *et al.* Socio-demographic, clinical and health behavior correlates of sitting time in older adults. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 65, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1426-x>

MENEZES, H. Z. de.; BORGES, L. C.; PRANDI, D. **ODS 3 “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos e todas, em todas as idades”**. In: **MENEZES, H. Z. de. (Org.). Os objetivos de desenvolvimento sustentável e as relações internacionais**. 1. ed. João Pessoa: UFPB, 2020

MENEZES, T. N.; OLIVEIRA, E. C. T. Validade e concordância do diabetes mellitus referido em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, p. 27-34, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34392016>

MERIWETHER, R. A. *et al.* Physical activity counseling. **American Family Physician**, [s. l.], v. 77, n. 8, p. 1129-1136, 2008.

MICHIE, S.; VAN STRALEN, M. M.; WEST, R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. **Implementation Science**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 42, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

MIELKE, G. I. **Comportamento sedentário em adultos**. 2012. 149 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física).- Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

MIELKE, G. I. *et al.* Brazilian adults' sedentary behaviors by life domain: population-based study. **PLoS One**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. e91614, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091614>

MORAES, S. Q.; LOCH, M. R.; RECH, C. R. Counseling Strategies for Physical Activity Used by The Expanded Nucleus of Family Health in Florianópolis. **Journal of Physical Education**, [s. l.], v. 32, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v32i1.3210>

MORAES, S. Q. *et al.* Prevalence of physical activity counseling in Primary Health Care: a systematic review. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 24, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0073>

MOREIRA, A. D. *et al.* Saúde cardiovascular e validação do escore autorreferido no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 11, p. 4259-4268, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.31442020>

MUNAFÒ, M. R.; DAVEY SMITH, G. Robust research needs many lines of evidence. **Nature**, [s. l.], v. 553, n. 7689, p. 399-401, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/d41586-018-01023-3>

MYRRHA, L. J. *et al.* A contribuição dos nascimentos e óbitos para o envelhecimento populacional no Brasil, 1950 a 2100. **Revista Latino-Americana de Población**, [s. l.], v. 11, n. 20, p. 37-54, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.31406/relap2017.v11.i1.n20.2>

NGUYEN, P. *et al.* The effectiveness of sedentary behaviour interventions on sitting time and screen time in children and adults: an umbrella review of systematic reviews. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 117, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01009-3>

NICOLSON, G.; HAYES, C.; DARKER, C. Examining total and domain-specific sedentary behaviour using the socio-ecological model - a cross-sectional study of Irish adults. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1155, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7447-0>

NICOLSON, G. H.; HAYES, C.; DARKER, C. A theory-based multicomponent intervention to reduce occupational sedentary behaviour in professional male workers: protocol for a cluster randomised crossover pilot feasibility study. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 175, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00716-9>

NIESTE, I. *et al.* Lifestyle interventions to reduce sedentary behaviour in clinical populations: A systematic review and meta-analysis of different strategies and effects on cardiometabolic health. **Preventive Medicine**, [s. l.], v. 148, p. 106593, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106593>

NORCROSS, J. C.; KREBS, P. M.; PROCHASKA, J. O. Stages of change. **Journal of Clinical Psychology**, [s. l.], v. 67, n. 2, p. 143-154, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 259-267, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

O'DONOGHUE, G. *et al.* A systematic review of correlates of sedentary behaviour in adults aged 18-65 years: a socio-ecological approach. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 16, p. 163, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2841-3>

O'CONNOR, E. A. *et al.* Behavioral Counseling to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. **The Journal of the American Medical Association**, [s. l.], v. 324, n. 20, p. 2076-2094, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17108>

OLDRIDGE, N. B. Economic burden of physical inactivity: healthcare costs associated with cardiovascular disease. **European Journal Cardiovascular Preventive Rehabilitation**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 130-139, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3282f19d42>

ONU. **Assembleia Geral da ONU. (1948). "Declaração Universal dos Direitos Humanos" (217 [III] A)**. Paris. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>. Acesso em: 12 fev. 2021.

ONU. **Organização das Nações Unidas. Transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Resolução A/RES/70/1**. Nova Iorque: UN; 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.

ORROW, G. *et al.* Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ (Clinical research ed.)**, [s. l.], v. 344, p. e1389-e1389, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.e1389>

OWEN, N. The emerging public-health science of sedentary time: what is the relevance to low and middle income countries? **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 17, n. 6, p. 457-460, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12820/2317-1634.2012v17n6p457>

OWEN, N. *et al.* Sedentary Behavior and Public Health: Integrating the Evidence and Identifying Potential Solutions. **Annual Review of Public Health**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 265-287, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094201>

OWEN, N. *et al.* Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, [s. l.], v. 38, n. 3, p. 105-113, 2010a. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e3181e373a2>

OWEN, N. *et al.* Environmental determinants of physical activity and sedentary behavior. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 153-158, 2000.

OWEN, N. *et al.* Sedentary behavior: emerging evidence for a new health risk. **Mayo Clinic Proceedings**, [s. l.], v. 85, n. 12, p. 1138-1141, 2010b. Disponível em: <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0444>

OWEN, N. *et al.* Adults' sedentary behavior determinants and interventions. **American Journal Preventive Medicine**, [s. l.], v. 41, n. 2, p. 189-196, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.05.013>

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

PAIM, J. S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

PANDEY, A. *et al.* Continuous Dose-Response Association Between Sedentary Time and Risk for Cardiovascular Disease: A Meta-analysis. **JAMA Cardiology**, [s. l.], v. 1, n. 5, p. 575-583, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2016.1567>

PARANÁ. **Conhecendo a pessoa com deficiência**. Paraná: Secretaria da Família e Desenvolvimento Social, 2016. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/NACC/Cartilhas/PRInclusivo_Vol1_ok.pdf. Acesso em: 18 abr. 2020.

PARK, J. H. *et al.* Sedentary Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks. **Korean Journal of Family Medicine**, [s. l.], v. 41, n. 6, p. 365-373, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0165>

PATE, R. R.; O'NEILL, J. R.; LOBELO, F. The evolving definition of "sedentary". **Exercise and Sport Sciences Reviews**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 173-178, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e3181877d1a>

PATTERSON, R. *et al.* Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. **European Journal Epidemiology**, [s. l.], v. 33, n. 9, p. 811-829, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0380-1>

PEACHEY, M. M. *et al.* Environmental, behavioural and multicomponent interventions to reduce adults' sitting time: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**, [s. l.], v. 54, n. 6, p. 315-325, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098968>

SJP. Localização. **Prefeitura de São José dos Pinhais**. 2019a. Disponível em: <http://www.sjp.pr.gov.br/localizacao/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SJP. Saúde Transparente. **Prefeitura de São José dos Pinhais**. 2019b. Disponível em: <http://saudetransparente.sjp.pr.gov.br/SaudeTransparente/SaudeTransparente.dll>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SJP. Unidades Básicas de Saúde. **Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais**. 2020a. Disponível em: <http://www.sjp.pr.gov.br/secretarias/secretaria-saude/atendimento/postos-de-saude/>. Acesso em: 12 mai. 2020.

POLO, M. C. E. *et al.* Effectiveness of exercise and health education interventions in Brazilian primary health care. **Motriz: Revista de Educação Física**, [s. l.], v. 26, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-6574202000030004>

PRATT, M. *et al.* Economic interventions to promote physical activity: Application of the SLOTH model. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 136-145, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.06.015>

PRINCE, S. A. *et al.* A comparison of self-reported and device measured sedentary behaviour in adults: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Behavior Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 17, n. 31, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00938-3>

PRINCE, S. A. *et al.* Measurement of sedentary behaviour in population health surveys: a review and recommendations. **PeerJ**, [s. l.], v. 5, p. e4130, 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.7717/peerj.4130>

PRINCE, S. A. *et al.* Correlates of sedentary behaviour in adults: a systematic review. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 18, n. 8, p. 915-935, 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.12529>

PRINCE, S. A. *et al.* A comparison of the effectiveness of physical activity and sedentary behaviour interventions in reducing sedentary time in adults: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 15, n. 11, p. 905-919, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.12215>

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [s. l.], v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, [s. l.], v. 47, n. 9, p. 1102-1114, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>

PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. The transtheoretical model of health behavior change. **American Journal Health Promotion**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 38-48, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

PROPER, K. I. *et al.* Sedentary behaviors and health outcomes among adults: a systematic review of prospective studies. **American Journal Preventive Medicine**, [s. l.], v. 40, n. 2, p. 174-182, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.10.015>

PYNT, J.; HIGGS, J.; MACKEY, M. Seeking the optimal posture of the seated lumbar spine. **Physiotherapy Theory and Practice**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 5-21, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09593980151143228>

RECH, C. R. *et al.* Neighborhood safety and physical inactivity in adults from Curitiba, Brazil. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 9, p. 72, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-72>

REES-PUNIA, E. *et al.* Mortality Risk Reductions for Replacing Sedentary Time With Physical Activities. **American Journal Preventive Medicine**, [s. l.], v. 56, n. 5, p. 736-741, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.12.006>

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. Conteúdo original elaborado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - projeto Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). 2012. Disponível em: <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/168>. Acesso em: 12 jul. 2020.

REZENDE, L. F. M. *et al.* All-Cause Mortality Attributable to Sitting Time: Analysis of 54 Countries Worldwide. **American Journal Preventive Medicine**, [s. l.], v. 51, n. 2, p. 253-263, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.01.022>

RHODES, R. E.; MARK, R. S.; TEMMEL, C. P. Adult sedentary behavior: a systematic review. **American Journal Preventive Medicine**, [s. l.], v. 42, n. 3, p. e3-28, Mar, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.020>

ROCHA, B. M. C. Comportamento sedentário na cidade de São Paulo: prevalência e fatores associados. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

ROSENBERG, D. *et al.* Assessment of Sedentary Behavior With the International Physical Activity Questionnaire. **Journal of physical activity & health**, [s. l.], v. 5 Suppl 1, p. S30-44, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1123/jpah.5.s1.s30>

ROSENBERG, D. E. *et al.* Reliability and validity of the Sedentary Behavior Questionnaire (SBQ) for adults. **Journal Physical Activity Health**, [s. l.], v. 7, n. 6, p. 697-705, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1123/jpah.7.6.697>

ROSS, R. *et al.* Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18-64 years and Adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. **Applied Physiology Nutrition and Metabolism**, [s. l.], v. 45, n. 10 (Suppl. 2), p. S57-s102, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0467>

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. **Epidemiologia moderna**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2011.

SAIDJ, M. *et al.* Separate and joint associations of occupational and leisure-time sitting with cardio-metabolic risk factors in working adults: a cross-sectional study. **PLoS One**, [s. l.], v. 8, n. 8, p. e70213, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070213>

SALLIS, R. *et al.* Strategies for promoting physical activity in clinical practice. **Progress in Cardiovascular Diseases**, [s. l.], v. 57, n. 4, p. 375-386, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2014.10.003>

SALMON, J. *et al.* Physical activity and sedentary behavior: a population-based study of barriers, enjoyment, and preference. **Health Psychology**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 178-188, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1037//0278-6133.22.2.178>

SANTOS, L. P. dos. **Aconselhamento para a atividade física recebido por adultos atendidos em unidades básicas de saúde**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Educação Física, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 164, 2020.

SANTOS, L. P. D. *et al.* Physical Activity Counseling among Adults in Primary Health Care Centers in Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 10, p. 5079, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105079>

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>

SAUNDERS, T. J. *et al.* The Acute Metabolic and Vascular Impact of Interrupting Prolonged Sitting: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Sports Medicine**, [s. l.], v. 48, n. 10, p. 2347-2366, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40279-018-0963-8>

SAUNDERS, T. J. *et al.* Sedentary behaviour and health in adults: an overview of systematic reviews. **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, [s. l.], v. 45, n. 10 (Suppl. 2), p. S197-S217, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0272> %M 33054341

SBRN. Which countries have data on how long people sit per day? **Sedentary Behavior Research Network**. 2020. Disponível em: <https://www.sedentarybehaviour.org/2020/09/11/which-countries-have-data-on-how-long-people-sit-per-day/>. Acesso em: 12 out. 2020.

SBRN. Consensus Definitions. **Sedentary Behaviour Research Network**. 2021a. Disponível em: <https://www.sedentarybehaviour.org/sbrn-terminology-consensus-project/#consensus-definitions>. Acesso em: 12 out. 2020.

SBRN. Sedentary Behaviour Questionnaires. **Sedentary Behaviour Research Network**. 2021b. Disponível em: <https://www.sedentarybehaviour.org/sedentary-behaviour-questionnaires/>. Acesso em: 12 out. 2020.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60135-9)

SEABRA, C. A. M. *et al.* Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 22, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>

SEMS. **Plano operativo 2016**. [S. l.: s. n.], 2016.

SHRESTHA, N. *et al.* Effectiveness of interventions for reducing non-occupational sedentary behaviour in adults and older adults: a systematic review and meta-

analysis. **British Journal of Sports Medicine**, [s. l.], v. 53, n. 19, p. 1206-1213, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098270>

SHRESTHA, N. *et al.* Workplace interventions for reducing sitting at work. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 6, n. 6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010912.pub4>

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**, [s. l.], v. 48, n. 19, p. 1451-1455, 2014a. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091357>

SHUVAL, K. *et al.* Sedentary behaviour and physical inactivity assessment in primary care: the Rapid Assessment Disuse Index (RADI) study. **British Journal of Sports Medicine**, [s. l.], v. 48, n. 3, p. 250-255, 2014b. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092901>

SHUVAL, K. *et al.* Physical activity counseling in primary care: Insights from public health and behavioral economics. **Cancer Journal for Clinicians**, [s. l.], v. 67, n. 3, p. 233-244, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21394>

SILVA, A. T. *et al.* Modelo lógico do "Programa Cidade Ativa, Cidade Saudável" de São José dos Pinhais, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 26, 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.26e0193>

SILVA, D. R. P. D. S. *et al.* Changes in the prevalence of physical inactivity and sedentary behavior during COVID-19 pandemic: a survey with 39,693 Brazilian adults. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. 3, 2021b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00221920>

SILVA, L. M. A.; TAVARES, D. M. D. S.; RODRIGUES, L. R. Transition and factors associated with the level of physical activity combined with sedentary behavior of the elderly: A longitudinal study. **Biomédica**, [s. l.], v. 40, p. 322-335, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7705/biomedica.5108>

SIQUEIRA, F. V. *et al.* Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 24, p. 39-54, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100005>

SIQUEIRA, F. V. *et al.* Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 203-213, 2009-01, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102311X2009000100022>

SØRENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 12, p. 80-80, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

SPERLING, M. P. R. **Atividade física nos modelos de atenção primária à saúde**. 1. ed. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2017.

STAMATAKIS, E. *et al.* Sitting Time, Physical Activity, and Risk of Mortality in Adults. **Journal American College Cardiology**, [s. l.], v. 73, n. 16, p. 2062-2072, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.02.031>

STEPHENSON, A. *et al.* Iterative four-phase development of a theory-based digital behaviour change intervention to reduce occupational sedentary behaviour. **Digital Health**, [s. l.], v. 6, p. 2055207620913410, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2055207620913410>

STEPHENSON, A. *et al.* Using computer, mobile and wearable technology enhanced interventions to reduce sedentary behaviour: a systematic review and meta-analysis. **International Journal Behavior Nutrition Physical Activity**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 105, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0561-4>

SUGIYAMA, T. *et al.* Is television viewing time a marker of a broader pattern of sedentary behavior? **Annals of Behavioral Medicine**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 245-250, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9017-z>

SUZUKI, C. S.; MORAES, S. A. D.; FREITAS, I. C. M. D. Média diária de tempo sentado e fatores associados em adultos residentes no município de Ribeirão Preto-SP, 2006: projeto OBEDIARP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 699-712, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415790X2010000400014>

TAVARES, N. U. L. *et al.* Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 315-323, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200014>

THOMSEN, T. *et al.* The efficacy of motivational counselling and SMS reminders on daily sitting time in patients with rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. **Annals of the Rheumatic Diseases**, [s. l.], v. 76, n. 9, p. 1603-1606, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-210953>

THOMSEN, T. *et al.* Sustained Long-Term Efficacy of Motivational Counseling and Text Message Reminders on Daily Sitting Time in Patients With Rheumatoid Arthritis: Long-Term Follow-up of a Randomized, Parallel-Group Trial. **Arthritis Care & Research**, [s. l.], v. 72, n. 11, p. 1560-1570, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/acr.24060>

THORP, A. A. *et al.* Deleterious associations of sitting time and television viewing time with cardiometabolic risk biomarkers: Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle (AusDiab) study 2004-2005. **Diabetes Care**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 327-334, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc09-0493>

THORP, A. A. *et al.* Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults: a systematic review of longitudinal studies, 1996-2011. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 41, n. 2, p. 207-215, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.05.004>

THYFAULT, J. P. *et al.* Physiology of sedentary behavior and its relationship to health outcomes. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 1301-1305, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000518>

TOLEDO, M. T. T.; ABREU, M. N.; LOPES, A. C. S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 47, p. 540-548, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003936>

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, n. 6, p. 1641-1650, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600025>

TREMBLAY, M. S. *et al.* Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. **International Journal Behavioral Nutrition Physical Activity**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 75, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>

TUDOR-LOCKE, C.; JOHNSON, W. D.; KATZMARZYK, P. T. Frequently Reported Activities by Intensity for U.S. Adults: The American Time Use Survey. **American**

Journal of Preventive Medicine, [s. l.], v. 39, n. 4, p. e13-e20, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.05.017>

USDHHS. **Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition**. Washington, DC: [s. n.], 2018.

USDHHS. **Guide to Community Preventive Services. (2019). Physical Activity: Digital Health Interventions for Adults 55 Years and Older**. U.S. Department of Health and Human Services. Disponível em: <https://www.thecommunityguide.org/findings/physical-activity-digital-health-interventions-adults-55-years-and-older>. Acesso em: 12 mar. 2020.

VICTORA, C. G. *et al.* The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal Epidemiology**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>

VON ROSEN, P.; DOHRN, I.-M.; HAGSTRÖMER, M. Association between physical activity and all-cause mortality: a 15-year follow-up using a compositional data analysis. **Scandinavian Journal Medicine Science Sports**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 100-107, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/sms.13561>

WANG, Y. *et al.* Persuasive technology in reducing prolonged sedentary behavior at work: A systematic review. **Smart Health**, [s. l.], v. 7-8, p. 19-30, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.smhl.2018.05.002>

WERNECK, A. O. *et al.* Physical activity and sedentary behavior patterns and sociodemographic correlates in 116,982 adults from six South American countries: the South American physical activity and sedentary behavior network (SAPASEN). **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 68, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0839-9>

WHITLOCK, E. P. *et al.* Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. **American Journal Preventive Medicine**, v. 22, n. 4, p. 267-284, 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00415-4](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00415-4)

WHO. Constitution of the World Health Organization. **Public health reports**, [s. l.], 1946.

WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. **World Health Organization technical report series**, [s. l.],

1995. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6300\(1996\)8:6<786::aid-ajhb11>3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6300(1996)8:6<786::aid-ajhb11>3.0.co;2-i). Acesso em: 12 out. 2020.

WHO. **Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region**. Copenhagen: WHO EURO, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01150.x>. Acesso em: 12 out. 2020.

WHO. **The WHO STEPwise approach to Surveillance of noncommunicable diseases (STEPS)**. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: https://www.who.int/ncd_surveillance/en/steps_framework_dec03.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

WHO. **Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070565>. Acesso em: 27 nov. 2020.

WHO. **Global recommendations on physical activity for health**. World Health Organization, 2010.

WHO. **Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care**. Alma-Ata, USSR, p. 6-12, 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

WHO. **A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals**. World Health Organization, 2018a.

WHO. **Declaration of Astana**. Geneva: World Health Organization, 2018b. Disponível em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>. Acesso em: 28 nov. 2020.

WHO. **Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world**. Geneva: World Health Organization, 2018. [S. l.: s. n.], 2018c. ISSN 0039-2499. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpolmod.2006.06.007>. Acesso em: 28 nov. 2020.

WHO. **Obesity and overweight [Internet]**. Geneva: World Health Organization, 2018d.

WHO. **Operational framework for primary health care: transforming vision into action**. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020a.

WHO. **Guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. World Health Organization. Geneva: [s. n.], 2020b.

WILMOT, E. G. *et al.* Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis.

Diabetologia, [s. l.], v. 55, n. 11, p. 2895-2905, 2012. Disponível em:

<https://doi.org/10.1007/s00125-012-2677-z>

XU, C. *et al.* Sedentary Behavior, Physical Activity, and All-Cause Mortality: Dose-Response and Intensity Weighted Time-Use Meta-analysis. **Journal of the**

American Medical Directors Association, [s. l.], v. 20, n. 10, p. 1206-1212.e3,

2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.05.001>

YANG, L. *et al.* Trends in Sedentary Behavior Among the US Population, 2001-2016.

Journal of the American Medical Directors Association, [s. l.], v. 321, n. 16, p.

1587-1597, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.3636>

YOUNG, D. R. *et al.* Sedentary Behavior and Cardiovascular Morbidity and Mortality: A Science Advisory From the American Heart Association. **Circulation**, [s. l.], v. 134,

n. 13, p. e262-279, 2016. Disponível em:

<https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000440>

ZHAI, L.; ZHANG, Y.; ZHANG, D. Sedentary behaviour and the risk of depression: a meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**, [s. l.], v. 49, n. 11, p. 705-709,

2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-093613>

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Bruno Giglio de Oliveira/UTFPR - (41) 99911-9097, Letícia Pechnicki dos Santos/UTFPR - (41) 99676-0452 e Rogério César Fermino/UTFPR - (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	

São José dos Pinhais, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Digital do participante

Assinatura do pesquisador

Digital da testemunha

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

APÊNDICE B - 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.

APÊNDICE D - Questionário

					
PROJETO CIDADE ATIVA – CIDADE SAUDÁVEL					
Subprojeto 3 – Unidade Básicas de Saúde – Questionário dos Usuários					
DATA	HORA DE INÍCIO :	ID ENTREVISTADOR	ID UBS	ID QUEST	
Dia da semana: ¹ [] segunda-feira ² [] terça-feira ³ [] quarta-feira ⁴ [] quinta-feira ⁵ [] sexta-feira					
Nome: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>					

BLOCO 1: NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NO DESLOCAMENTO		
Estas questões se referem a forma típica de como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.		
Q1.	Em uma semana NORMAL, quantos dias você CAMINHA por pelo menos 10 MINUTOS SEGUIDOS para ir de um lugar para outro? (mercado, farmácia, trabalho) <i>(NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)</i> ⁰ [] 0 <i>(pule para a questão Q3)</i> ¹ [] 1 ² [] 2 ³ [] 3 ⁴ [] 4 ⁵ [] 5 ⁶ [] 6 ⁷ [] 7	Q1.
Q2.	EM MÉDIA, Quanto tempo POR DIA você gasta? <i>(NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)</i> _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª SAB DOM	Q2.
Q3.	Em uma semana NORMAL, quantos dias você anda de BICICLETA por pelo menos 10 MINUTOS SEGUIDOS para ir de um lugar para outro? <i>(NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício)</i> ⁰ [] 0 <i>(pule para a questão Q5)</i> ¹ [] 1 ² [] 2 ³ [] 3 ⁴ [] 4 ⁵ [] 5 ⁶ [] 6 ⁷ [] 7	Q3.
Q4.	EM MÉDIA, quanto tempo no total você pedala POR DIA para ir de um lugar para outro? _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª SAB DOM	Q4.

BLOCO 2: NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER		
Este bloco se refere as atividades físicas que você faz em uma semana NORMAL unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente, pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos seguidos. Por favor, NÃO inclua atividades que você já tenha citado.		
Para responder as questões lembre-se que: Atividades físicas de intensidade MODERADA são aquelas que precisam de algum esforço físico, que te fazem respirar um pouco mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater um pouco mais forte. Atividades físicas de intensidade VIGOROSA são aquelas que precisam de um grande esforço físico, que te fazem respirar muito mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater mais forte.		
Q5.	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) <i>(NÃO inclua a caminhada)</i> ⁰ [] 0 <i>(pule para a questão Q8)</i> ¹ [] 1 ² [] 2 ³ [] 3 ⁴ [] 4 ⁵ [] 5 ⁶ [] 6 ⁷ [] 7	Q5.

	Q16.4 Onde verificou a pressão arterial	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q16.4
	Q16.5 Visita domiciliar	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q16.5
	Q16.6 Não sei	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q16.6
Q17.	Qual foi o profissional que lhe aconselhou? (<i>marque todas as opções</i>)			Q17.
	Q17.1 Médico	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.1
	Q17.2 Enfermeiro	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.2
	Q17.3 Nutricionista	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.3
	Q17.4 Psicólogo	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.4
	Q17.5 Farmacêutico	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.5
	Q17.6 Fisioterapeuta	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.6
	Q17.7 Agente Comunitário de Saúde (ACS)	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q17.7
Q18.	Com relação ao aconselhamento para a prática de atividade física, o profissional: (<i>marque todas as opções</i>)			Q18.
	Q18.1 Perguntou sobre seu nível de atividade física? (ex: o quanto você faz de atividade física por semana?)	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q18.1
	Q18.2 Comentou sobre os benefícios da prática regular de atividade física?	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q18.5
	Q18.6 Ofereceu alguma solução para auxiliar com as dificuldades?	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q18.8
Q19.	O profissional aconselhou algum local específico para a prática de atividade física? <input type="radio"/> Não (<i>pule para a questão Q21</i>) <input type="checkbox"/> Sim			Q19.
Q20.	Se sim, qual local ele aconselhou? (<i>marque todas as opções</i>)			Q20.
	Q20.1 Núcleo/centro de esporte e lazer	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.1
	Q20.2 Praças e parques	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.2
	Q20.3 Academias privadas / clubes	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.3
	Q20.4 Academia ao ar livre	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.4
	Q20.5 Quadras/canchas públicas	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.5
	Q20.6 Pista de caminhada	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.6
	Q20.7 Outros. Quais? _____	<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q20.7

	<input type="radio"/> Não (<i>pule para a questão Q31</i>) <input type="radio"/> 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="radio"/> Não (<i>pule para a questão Q33</i>) <input type="radio"/> 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="radio"/> Não (<i>pule para a questão Q35</i>) <input type="radio"/> 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 faz algum curso técnico, faculdade ou outro curso? <input type="radio"/> Não (<i>pule para a questão Q37</i>) <input type="radio"/> 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="radio"/> Não (<i>pule para a questão Q39</i>) <input type="radio"/> 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, incluído 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? (<i>para ficar menos tempo sentado?</i>) <input type="radio"/> Não (<i>pule para a questão Q47</i>) <input type="radio"/> 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? (<i>marque todas as opções</i>)	Q41.
	Q41.1 Consulta <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q41.1
	Q41.2 Grupo em que participava na UBS <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q41.2
	Q41.3 Sala de espera <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q41.3
	Q41.4 Onde verificou a pressão arterial <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q41.4
	Q41.5 Visita domiciliar <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q41.5
	Q41.6 Não sei <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q41.6
Q42.	Qual foi o profissional que lhe aconselhou? (<i>marque todas as opções</i>)	Q42.
	Q42.1 Médico <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q42.1
	Q42.2 Enfermeiro <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q42.2
	Q42.3 Nutricionista <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q42.3
	Q42.4 Psicólogo <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q42.4
	Q42.5 Farmacêutico <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q42.5
	Q42.6 Fisioterapeuta <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q42.6

	Q42.7 Agente Comunitário de Saúde	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> 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="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Q43.1
	Q43.2 Comentou sobre os benefícios de evitar o comportamento sedentário? (ex: evitar ficar muito tempo sentado no trabalho)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Q43.2
	Q43.3 Comentou sobre as recomendações para comportamento sedentário? (ex: evitar ficar muito tempo sentado no trabalho)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> 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="radio"/> Não	<input type="radio"/> 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="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Q43.5
	Q43.6 Ofereceu alguma solução para auxiliar com estas dificuldades?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> 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="radio"/> Não	<input type="radio"/> 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="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Q43.8

BLOCO 8: ADESÃO 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:	<input type="radio"/> Aumentou	<input type="radio"/> Permaneceu o mesmo	<input type="radio"/> Diminuiu	Q44.
Q45.	Após o aconselhamento, você diria que: <i>(marque apenas uma opção)</i>				Q45.
	¹ <input type="radio"/> Realiza todas as recomendações <i>(pule para o próximo bloco (bloco 9))</i>				
	² <input type="radio"/> Realizou todas as recomendações, mas agora parou				
	³ <input type="radio"/> Realiza apenas algumas recomendações				
	⁴ <input type="radio"/> Realizou algumas recomendações, mas agora parou				
	⁵ <input type="radio"/> 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="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim		Q46.1
	Q46.2 Preguiça	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim		Q46.2
	Q46.3 Falta de entendimento do conceito	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim		Q46.3
	Q46.4 Não ter situação adequada / trabalho não permite	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim		Q46.4
	Q46.5 Não consegue	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim		Q46.5
	Q46.6 Outros, quais? _____	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> 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="radio"/> Não <i>(pule para a questão Q49)</i>	<input type="radio"/> Sim	Q47.
Q48.	Você faz isso há mais de 6 meses?	<input type="radio"/> Não <i>(pule para a questão Q51)</i>	<input type="radio"/> Sim <i>(pule para a questão Q51)</i>	Q48.

Q49.	Você pretende evitar ficar muito tempo sentado / deitado nos próximos 6 meses? 0[] Não (<i>pule para a questão Q51</i>) 1[] Sim	Q49.
Q50.	Você pretende evitar ficar muito tempo sentado / deitado nos próximos 30 dias? 0[] Não 1[] 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? 1[] Muito ruim 2[] Ruim 3[] Nem ruim/nem boa 4[] Boa 5[] Muito boa	Q51.
Q52.	Você está satisfeito com a sua saúde? 1[] Muito insatisfeito 2[] Insatisfeito 3[] Nem satisfeito/nem insatisfeito 4[] Satisfeito 5[] Muito satisfeito	Q52.
Q53.	Você tem disposição para as atividades do seu dia-a-dia? 1[] Nada 2[] Muito pouco 3[] Médio 4[] Muito 5[] Completamente	Q53.
Q54.	Você está satisfeito com a sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia? 1[] Muito insatisfeito 2[] Insatisfeito 3[] Nem satisfeito/nem insatisfeito 4[] Satisfeito 5[] Muito satisfeito	Q54.
Q55.	Você está satisfeito consigo mesmo? 1[] Muito insatisfeito 2[] Insatisfeito 3[] Nem satisfeito/nem insatisfeito 4[] Satisfeito 5[] Muito satisfeito	Q55.
Q56.	Você está satisfeito com suas relações pessoais? (amigos, parentes, conhecidos e colegas)? 1[] Muito insatisfeito 2[] Insatisfeito 3[] Nem satisfeito/nem insatisfeito 4[] Satisfeito 5[] Muito satisfeito	Q56.
Q57.	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? 1[] Nada 2[] Muito pouco 3[] Médio 4[] Muito 5[] Completamente	Q57.
Q58.	Você está satisfeito com as condições do lugar onde mora? 1[] Muito insatisfeito 2[] Insatisfeito 3[] Nem satisfeito/nem insatisfeito 4[] Satisfeito 5[] 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? 0[] Nunca 1[] Às vezes 2[] Sempre	Q59.
Q60.	Te CONVIDOU para caminhar? 0[] Nunca 1[] Às vezes 2[] Sempre	Q60.
Q61.	Te INCENTIVOU a caminhar? 0[] Nunca 1[] Às vezes 2[] Sempre	Q61.
Q62.	FEZ exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA com você? 0[] Nunca 1[] Às vezes 2[] Sempre	Q62.
Q63.	Te CONVIDOU a fazer exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA? 0[] Nunca 1[] Às vezes 2[] Sempre	Q63.
Q64.	Te INCENTIVOU a fazer exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA? 0[] Nunca 1[] Às vezes 2[] 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? 0[] Nunca 1[] Às vezes 2[] Sempre	Q65.

Q66.	Te CONVIDOU para caminhar? <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Sempre	Q66.
Q67.	Te INCENTIVOU a caminhar? <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Sempre	Q67.
Q68.	FEZ exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA com você? <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Sempre	Q68.
Q69.	Te CONVIDOU a fazer exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA ? <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Sempre	Q69.
Q70.	Te INCENTIVOU a fazer exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA ? <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Sempre	Q70.

BLOCO 12: 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					Q81.1
	¹ [] Sempre	² [] Quase sempre	³ [] Às vezes	⁴ [] Raramente	⁵ [] Nunca	
Q81.2	Sente-se muito cansado					Q81.2
	¹ [] Sempre	² [] Quase sempre	³ [] Às vezes	⁴ [] Raramente	⁵ [] Nunca	
Q81.3	Falta de companhia					Q81.3
	¹ [] Sempre	² [] Quase sempre	³ [] Às vezes	⁴ [] Raramente	⁵ [] Nunca	
Q81.4	Falta de tempo					Q81.4
	¹ [] Sempre	² [] Quase sempre	³ [] Às vezes	⁴ [] Raramente	⁵ [] Nunca	
Q81.5	Tem alguma lesão/ doença					Q81.5
	¹ [] Sempre	² [] Quase sempre	³ [] Às vezes	⁴ [] Raramente	⁵ [] Nunca	
Q81.6	Medo de lesionar-se					Q81.6
	¹ [] Sempre	² [] Quase sempre	³ [] Às vezes	⁴ [] Raramente	⁵ [] Nunca	
Q81.7	Não gosta de exercício					Q81.7
	¹ [] Sempre	² [] Quase sempre	³ [] Às vezes	⁴ [] Raramente	⁵ [] Nunca	
Q81.8	Sente-se velho					Q81.8
	¹ [] Sempre	² [] Quase sempre	³ [] Às vezes	⁴ [] Raramente	⁵ [] Nunca	

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	⁰ 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 (privado/pago)						Q82.4
Q82.5	Academia ao ar livre (terceira idade)						Q82.5
Q82.6	Ciclovía						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? (<i>nome do centro/núcleo da questão anterior</i>)? ⁰ [] Não (<i>pule para a questão Q86</i>) ¹ [] Sim						Q84.
Q85.	Por exemplo, você conhece a atividade de: (<i>já ouviu falar? NÃO precisa ter praticado</i>) MARCAR TODAS						Q85.
Q85.1	Iniciação Esportiva (7 aos 11 anos)			⁰ [] Não	¹ [] Sim		Q85.1
Q85.2	Modalidades coletivas (futsal, handebol, vôlei e basquete)			⁰ [] Não	¹ [] Sim		Q85.2
Q85.3	Atletismo ou mini-atletismo			⁰ [] Não	¹ [] Sim		Q85.3

Q85.4	Ginástica aeróbica e ritmos	⁰ [] Não	¹ [] Sim	Q85.4
Q85.5	Treinamento Funcional	⁰ [] Não	¹ [] Sim	Q85.5
Q85.6	Corrida de Rua	⁰ [] Não	¹ [] Sim	Q85.6
Q85.7	Lutas	⁰ [] Não	¹ [] Sim	Q85.7
Q85.8	Atividades para terceira idade	⁰ [] Não	¹ [] Sim	Q85.8
Q85.9	Outros, quais? _____	⁰ [] Não	¹ [] 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)?	⁰ [] Não <i>(pule para a questão Q90)</i>	¹ [] Sim
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?	⁰ [] Algumas vezes no ano ¹ [] Algumas vezes por mês ² [] 1 vez por semana	³ [] 2 vezes por semana ⁴ [] 3 vezes por semana ⁵ [] 4 vezes por semana
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 _____	
Q89.	Qual a ATIVIDADE FÍSICA PRINCIPAL que você realiza no _____ (Centro/núcleo de esporte e lazer indicado na Q83)? (MARQUE APENAS UMA OPÇÃO)	¹ [] Levar/acompanhar os filhos ² [] Passear com o cachorro ³ [] Alongamento ⁴ [] Caminhada	⁵ [] Corrida ⁶ [] Andar de bicicleta ⁷ [] Andar de skate/patins ⁸ [] Ginástica
Q90.	Durante o ÚLTIMO ANO , você frequentou algum OUTRO núcleo de esporte e lazer que não seja o relatado anteriormente, para realizar atividade física?	⁰ [] Não <i>(pule para a questão Q95)</i>	¹ [] Sim
Q91.	Qual o NOME do centro/núcleo? _____		
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?	⁰ [] Algumas vezes no ano ¹ [] Algumas vezes por mês ² [] 1 vez por semana	³ [] 2 vezes por semana ⁴ [] 3 vezes por semana ⁵ [] 4 vezes por semana
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 _____	
Q94.	Qual a ATIVIDADE FÍSICA PRINCIPAL que você realiza no _____ (centro/núcleo de esporte e lazer indicado na Q91)? (MARQUE APENAS UMA OPÇÃO)	¹ [] Levar/acompanhar os filhos ² [] Passear com o cachorro ³ [] Alongamento ⁴ [] Caminhada	⁵ [] Corrida ⁶ [] Andar de bicicleta ⁷ [] Andar de skate/patins ⁸ [] Ginástica
		⁹ [] Atividades./aulas no ginásio ¹⁰ [] Esportes na quadra ¹¹ [] Exercícios na AAL ¹² [] Outra. Qual? _____	

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="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q95.1
	Q95.2 Ônibus do Lazer	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q95.2
	Q95.3 Eventos dos esportes de rendimento (jogos)	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q95.3
	Q95.4 Programa Ginástica Aeróbica e Ritmos	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q95.4
	Q95.5 Festival Cidade Ativa Cidade Saudável	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q95.5
	Q95.6 Copa São José de Futsal	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q95.6
	Q95.7 Corridas de rua/caminhadas e passeios ciclísticos	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q95.7
	Q95.8 Outros, quais? _____	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q95.8
Q96.	Você CONHECE está logo? (<i>mostrar logo na prancheta</i>)		Q96.
	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
Q97.	Você CONHECE o programa Cidade Ativa – Cidade Saudável?		Q97.
	<input type="radio"/> Não (<i>pule para a questão Q99</i>) <input type="radio"/> Sim		
Q98.	Como você conheceu o programa?		Q98.
	Q98.1 Mídias sociais	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q98.1
	Q98.2 Material impresso (flyer/banner/faixa)	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q98.2
	Q98.3 Rádio/TV/Jornal	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q98.3
	Q98.4 Orientação profissional	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Q98.4
	Q98.5 Outros, quais? _____	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> 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="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não lembra	Q99.1
	Q99.2 Diabetes?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não lembra	Q99.2
	Q99.3 Dislipidemia?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não lembra	Q99.3
	Q99.4 Doença arterial coronariana?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não lembra	Q99.4
	Q99.5 Problemas relacionados a circulação (varizes)?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não lembra	Q99.5
	Q99.6 Osteoporose, fraqueza nos ossos?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não lembra	Q99.6
	Q99.7 Doença pulmonar?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não lembra	Q99.7
	Q99.8 Depressão?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não lembra	Q99.8
Q100.	Você faz uso CONTÍNUO de algum medicamento? (<i>não incluir anticoncepcionais, polivitamínicos</i>)		Q100.
	<input type="radio"/> Não (<i>pule para a questão Q102</i>) <input type="radio"/> Sim		
Q101.	Quantos? _____ (<i>não incluir anticoncepcionais, polivitamínicos</i>)		Q101.
Q102.	Qual seu peso (kg)? _____		Q102.
Q103.	Qual sua altura (m)? _____		Q103.
Q104.	Você fuma?		Q104.
	<input type="radio"/> Não (<i>pule para a questão Q106</i>) <input type="radio"/> Sim		
Q105.	Há quanto tempo você fuma?		Q105.
	_____ meses _____ anos		
Q106.	EM MÉDIA, quantas vezes você esteve na UBS no último ano?		Q106.
	_____ vezes/ano		
Q107.	Qual o tempo médio que você fica NA UBS (<i>sem incluir a consulta</i>)? (sala de espera, outras atividades)		Q107.
	_____ horas _____ minutos		

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

BLOCO 18: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Q111.	Sexo (observar): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Q111.
Q112.	Data de nascimento: ____/____/____	Q112.
Q113.	Cor da pele (observar): <input type="radio"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena	Q113.
Q114.	Estado civil? <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)/união estável <input type="checkbox"/> Divorciado(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/ Médio incompleto <input type="checkbox"/> Médio 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 na casa) <input type="radio"/> Não (pule para a Q120) <input type="checkbox"/> Sim	Q118.
Q119.	Se sim, quantos empregados(as) você tem? <input type="radio"/> 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? ⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4 ou mais]	Q120.
Q121.	Qual o nível de escolaridade da pessoa responsável pela parte financeira em sua casa? (<i>perguntar quem é o responsável financeiro primeiro / quem ganha mais</i>) ¹ [] Analfabeto/fundamental 1 incompleto ² [] Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto ³ [] Fundamental 2 completo/ Médio incompleto ⁴ [] Médio Completo/Superior incompleto ⁵ [] Superior Completo	Q121.
Q122.	Em sua casa você possui água encanada? ⁰ [] Não ¹ [] Sim	Q122.
Q123.	A rua da sua casa é pavimentada/asfaltada? ⁰ [] Não ¹ [] Sim	Q123.
Q124.	Você possui bicicleta em condições de uso? ⁰ [] Não ¹ [] Sim	Q124.
Q125.	Rua: (<i>Escrever o nome completo, SEM ABREVIÇÕES</i>)	Q125.
Q126.	Nº:	Q126.
Q127.	Complemento: ⁰ [] Casa ¹ [] Apartamento ² [] 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.
	HORÁRIO FINAL:	

APÊNDICE E - Manual de instruções



SUBPROJETO 3 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE



MANUAL DE INSTRUÇÕES

2019

1. SUBPROJETO 3: UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE 2019

O Grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde (GPAAFS/UTFPR) desenvolve o Projeto de Pesquisa Científica no município de São José dos Pinhais – PR, envolvido em projetos nas Unidades Básicas de Saúde, tendo como orientador o Prof. Dr. Rogério César Fermino, como coordenadores gerais a mestranda Leticia Pechnicki dos Santos e o mestrando Bruno Giglio de Oliveira.

Este projeto tem como objetivo avaliar o aconselhamento para atividade física e comportamento sedentário, nível de atividade física, tempo em comportamento sedentário, saúde, qualidade de vida e conhecimento sobre os locais para a prática de atividade física dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de São José dos Pinhais – PR.

2. DIRETÓRIO DE TELEFONES

Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR
 Curso de Educação Física
 Grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde – GPAAFS
 Rua Pedro Gusso, 2601 – Neville, Curitiba - PR
 Fone: (41) 3268-1749

3. COORDENADORES / SUPERVISORES

NOME	TELEFONE	E-MAIL
Rogério César Fermino	(41) 99977-9777	rogeriofermino@utfpr.com.br
Leticia Pechnicki dos Santos	(41) 99676-0452	letynicki@hotmail.com
Bruno Giglio de Oliveira	(41) 99911-9097	gigliobruno@hotmail.com
Rafael Luciano de Melo	(41) 99796-6363	rf.mello1@hotmail.com
André Snege	(41) 99926-7798	asnege@gmail.com

4. ORIENTAÇÕES GERAIS

4.1 INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- crachá e carteira de identidade;
- manual de instruções;
- questionários;
- termo de consentimento livre e esclarecido;
- canetas e prancheta;
- logo do programa Cidade Ativa Cidade Saudável;

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

Serão incluídos no estudo todas as pessoas com 18 anos ou mais, residentes em São José dos Pinhais e que estejam nas Unidades Básicas de Saúde nos dias de coletas.

4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

Todas as pessoas que estiverem frequentando a Unidade Básica de Saúde pela primeira vez ou que não tenham frequentado a Unidade no último ano (últimos doze meses). Serão excluídos também os usuários que apresentem alguma limitação física que impeça e/ou dificulte a prática de atividades físicas, ou alguma limitação cognitiva e/ou fonativa que impeça a adequada compreensão do questionário.

5. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

5.1. RECONHECIMENTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

O reconhecimento da Unidade Básica de Saúde e de suas características, deve ser realizado logo ao chegar no local. Por isso, é importante chegar pelo menos 15 minutos antes do início dos atendimentos/coletas.

A disposição das cadeiras na sala de espera também deve ser verificada para correta seleção dos participantes.

5.2. MATERIAIS E SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

- Cada entrevistador deve pegar duas canetas, uma prancheta, um questionário, um termo de consentimento livre e esclarecido, assim como um formulário da taxa de recusa para cada entrevista. Os supervisores estarão responsáveis pela distribuição dos materiais.
- Os entrevistadores devem verificar se atrás de suas pranchetas está colada a logo do programa Cidade Ativa Cidade Saudável, assim como se o questionário está completo (número de páginas).

- Os usuários devem ser selecionados de maneira sistemática, enquanto aguardam atendimento na sala de espera. Eles devem ser contabilizados em números de um a três, da esquerda para a direita. O usuário de número dois (02) será convidado a participar do estudo. Caso o usuário selecionado não aceite participar, o usuário a sua número três (03) deve ser convidado e, por último, o usuário de número um (01).
- LEMBRE-SE:** Caso o usuário **ACEITE OU NÃO** participar, você deve preencher o formulário de abordagem, com os seguintes dados:

HORÁRIO (...)	ABORDAGENS	SEXO	DATA DE NASCIMENTO (_ / _ / _)	MOTIVO DA RECUSA
	<input type="checkbox"/> ACEITOU <input type="checkbox"/> RECUSOU	¹ <input type="checkbox"/> MASCULINO ² <input type="checkbox"/> FEMININO		

OBSERVAÇÃO: CASO O USUÁRIO ACEITE PARTICIPAR, VOCÊ PODE PREENCHER O FORMULÁRIO DE ABORDAGEM APÓS A ENTREVISTA, PARA ECONOMIZAR TEMPO.

6.3 ENTREVISTA

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Elas são importantíssimas, são o código de conduta do entrevistador. Informações específicas são apresentadas mais adiante.

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um usuário. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer usuário, mesmo que este fume e lhe ofereça.**
- Use sempre seu crachá de identificação. Se necessário forneça o telefone do Grupo de Pesquisa em Ambiente, Atividade Física e Saúde da UTFPR.
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.
- No primeiro contato deixe claro que você faz parte de um projeto de pesquisa da UTFPR, juntamente com a prefeitura de São José dos Pinhais, e que quer apenas conversar. É importante ressaltar que você não quer vender nada.
- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o entrevistado, tratando-o com respeito e atenção. Nunca demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Trate todos os entrevistados com respeito, referindo-se a ele(a) por você. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.
- Chame o entrevistado sempre pelo nome (por ex. Dona Maria, Seu José). Jamais chame alguém de tio, tia, vô, vó, mãe, etc. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.
- Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do mesmo. Por exemplo: “Dona Maria, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”.

- “**Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta nas pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **neutra** em relação às respostas”.
- É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar e o manual de instruções, estando familiarizado com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de formular perguntas e anotar respostas. É só o entrevistado que tem direito de hesitar.
- Seja claro na formulação das perguntas, utilizando o texto do questionário tal e qual. Caso o entrevistado não entenda, repita. Só depois disto você deve formular a questão para tentar que ela seja entendida.
- Nunca influencie ou sugira respostas. Dê tempo ao entrevistado para que reflita e encontre a resposta para as suas perguntas. Se você não conseguir obter nenhuma resposta, leia todas as alternativas antes de deixar que o entrevistado responda. Assim ele não vai escolher logo a primeira possibilidade a ser oferecida.
- Procure manter um diálogo bem aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que surja no decorrer do treinamento e entrevistas. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo. **A sua dúvida pode ser a mesma que do seu colega.**
- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.
- **Mantenha a mão, o seu Manual de Instruções** e não sinta vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

6.4. PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E FORMULÁRIOS

- Cuide bem de seus formulários. Eles devem ser mantidos sempre na pasta para que não amassem ou molhem. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.
- Vamos padronizar os números de acordo com o exemplo:
- Em especial, o 1 não tem aba, nem pé. Quanto mais a gente capricha no um, mais parecido ele fica com o dois. Faça um cinco bem diferente do nove! O oito são duas bolinhas.
- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco, a não ser as dos pulos indicados no questionário. Neste caso, faça um “X” na questão ou no bloco.
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.

- Datas devem aparecer sempre na ordem: dia - mês - ano e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número do mês precedido de 0 (zero).
Exemplo: 02 / 04 / 1982.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** seguro de ter entendido o que foi dito pelo(a) entrevistado(a).
- Em caso de dúvida você poderá fazer um comentário escrevendo um número rodeado por um círculo na margem direita da folha. Repita o número no pé ou no verso da página e escreva o seu comentário. Essa iniciativa pode ser motivada pelo fato de nenhuma alternativa corresponder à resposta fornecida pelo entrevistado, ou pelo fato dele ter se mostrado particularmente inseguro ou hesitante ao responder.
- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.
- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Use o pé da página, ou o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.

ATENÇÃO: Todas as frases e enunciados devem ser lidas para o entrevistado em alto e bom tom.

1ª) As instruções nos questionários que estão em **CAIXA ALTA E/OU NEGRITO** significam que são as partes **MAIS** importantes da frase. Portanto você deverá dar uma ênfase maior nesta parte alterando **BASTANTE** o seu tom de voz.

2ª) As instruções nos questionários que estão em *Itálico* **NÃO** devem ser lidas para o entrevistado.

3ª) **NÃO** leia o título dos blocos. Ficar lendo tudo que está no questionário demanda muito tempo. **LEIA, TREINE E ESTUDE** o questionário, para que assim fique mais fácil e mais rápida a entrevista.

4ª) **NÃO LEIA** a descrição dos blocos e nem as questões. **ENTENDA** o objetivo de cada bloco e de cada questão, e tente explicar de uma maneira que fique fácil para o entrevistado entender.

Exemplo:

BLOCO 2: NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER	
Este bloco se refere as atividades físicas que você faz em uma semana NORMAL unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente, pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos seguidos. Por favor, NÃO inclua atividades que você já tenha citado.	
Para responder as questões lembre-se que: Atividades físicas de intensidade MODERADA são aquelas que precisam de algum esforço físico, que te fazem respirar um pouco mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater um pouco mais forte. Atividades físicas de intensidade VIGOROSA são aquelas que precisam de um grande esforço físico, que te fazem respirar muito mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater mais forte.	
Q5.	Em uma semana NORMAL, quantos dias você faz atividade física VIGOROSA no seu TEMPO LIVRE, por pelo menos 10 MINUTOS SEGUIDOS? (correr, fazer aeróbico, nadar rápido, pedalar rápido)
<input type="radio"/> 0 (pule para a questão Q9) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	

Título do Bloco – NÃO ler

Descrição do bloco – NÃO ler e SIM explicar

Questão - Perguntar de maneira SIMPLES, e ler todas as opções de resposta só quando NECESSÁRIO.

6.5 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

- Ao abordar cada usuário, seguir o roteiro da carta de apresentação (detalhada posteriormente) e explicar brevemente o projeto. Após apresentação, perguntar ao usuário se ele é **RESIDENTE DO MUNICÍPIO**, e se ele já esteve naquela unidade básica de saúde **PELO MENOS UMA VEZ NOS ÚLTIMOS 12 MESES**.
- Se o usuário atender a todos os critérios de inclusão e não apresentar nenhum critério de exclusão, pedir para que ele assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- O TCLE deve ser brevemente lido para que o usuário assine no local adequado.
- Para os usuários analfabetos ou analfabetos funcionais, deve ser solicitado a presença de uma testemunha imparcial, sem envolvimento direto com o projeto de pesquisa. O TCLE deve ser lido na frente da testemunha e do voluntário, a testemunha assinará o documento certificando que todas as informações foram apresentadas ao voluntário e as possíveis dúvidas serão esclarecidas pelo entrevistador. O voluntário e a testemunha colocarão sua impressão digital no local específico do TCLE.
- Após o aceite pelo usuário, iniciar a entrevista.

6.6 RECUSAS

As recusas são um problema muito grande do ponto de vista de qualidade do trabalho de pesquisa. Como temos muita gente para entrevistar, uma recusa nos tomará muito tempo de apresentação. Dessa forma, tente ser o mais simpático e breve possível, e explique de maneira bem clara a importância do projeto para o grupo de pesquisa, assim como para tentar melhorar o sistema de saúde de São José dos Pinhais – PR.

- Em caso de recusa, anotar no formulário de recusa. O formulário de recusas deve ser **TOTALMENTE** preenchido. Com os motivos das recusas, podemos todos melhorar nossos recrutamentos. Porém, **NÃO desistir antes de duas tentativas**. Diga que entende o quanto à

pessoa é ocupada e o quanto responder um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.

- **LEMBRE-SE:** As pessoas são ocupadas e provavelmente não estão na Unidade Básica de Saúde porque desejam. Seja gentil e tente ser o mais breve possível.

7. ABORDAGEM / CARTA DE APRESENTAÇÃO

- A carta de apresentação é um material para ajudá-lo na abordagem aos usuários. Os passos devem ser seguidos, mas você **NÃO** deve ler o material.
- **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.

8. INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

- As **letras e números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas. Os números devem seguir a padronização e deve-se usar letra de forma.
- Pessoas sem condições físicas ou mentais para responder o questionário, como por exemplo, esquizofrênicos, surdos-mudos, idosos demenciados, Síndrome de Down e etc, são considerados

como **exclusões** (não fazem parte do estudo). Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas.

- Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- **NÃO** devem ser deixadas respostas em branco.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar junto à questão, segundo as palavras do informante.

9. CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

- Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário.
- No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários aplicados e para codificá-los. Se tiver dúvida na codificação, esclareça com seu supervisor. As questões abertas (aquelas que são respondidas por extenso) **não** devem ser codificadas. Isto será feito posteriormente.
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, **NÃO** o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.
- É recomendado realizar a codificação de todos os questionários após o término da coleta do dia, para não atrasar outros recrutamentos, e para que nenhuma informação seja esquecida.
- Os questionários devem ser codificados **SOMENTE APÓS** terem sido completamente aplicados. Isto significa copiar o código da resposta para o campo de codificação, como no exemplo abaixo:

CAMPO DE CODIFICAÇÃO

Q37.	Qual foi o profissional que lhe aconselhou? (<i>marque todas as opções</i>)			Q37.
	Q37.1 Médico	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q37.1 0
	Q37.2 Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q37.2
	Q37.3 Nutricionista	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q37.3
	Q37.4 Psicólogo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q37.4
	Q37.5 Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q37.5
	Q37.6 Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q37.6
	Q37.7 Agente Comunitário de Saúde (ACS)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Q37.7

CÓDIGOS DE CODIFICAÇÃO CODIFICAÇÃO

**LEMBRE-SE:
NUNCA DEIXE RESPOSTAS EM BRANCO.**

10. DEFINIÇÃO DE TERMOS:

- **ACONSELHAMENTO:** auxílio ou orientação que um profissional presta ao paciente nas decisões que este deve tomar com relação à alguma escolha e/ou quanto à solução de algum problema.
- **ATIVIDADE FÍSICA:** Qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética – portanto voluntário, que resulte em um gasto energético acima dos níveis de repouso. Pode ser praticada em quatro domínios: lazer, transporte, ocupacional e doméstico.
- **ATIVIDADE FÍSICA MODERADA:** Aquelas que precisam de algum esforço físico, que te fazem respirar um pouco mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater um pouco mais forte.
- **ATIVIDADE FÍSICA PRINCIPAL:** Atividade física realizada com maior frequência semanal.
- **ATIVIDADE FÍSICA REGULAR:** Realizar atividade física por pelo menos 3 vezes na semana, por 30 minutos, há pelo menos 3 meses.
- **ATIVIDADE FÍSICA VIGOROSA:** Aquelas que precisam de um grande esforço físico, que te fazem respirar muito mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater mais forte.
- **AUTOEFICÁCIA:** A convicção de uma pessoa de ser capaz de realizar uma tarefa específica.
- **COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO:** Qualquer comportamento de vigília, caracterizado por um gasto energético $\leq 1,5$ equivalentes metabólicos na posição sentada ou reclinada.
- **DIA NORMAL:** Um dia usual, comum.
- **LOCAL PÚBLICO:** aquele que é de uso comum e posse coletiva (pertence ao poder público). Existem os que são totalmente livres e os que, mesmo públicos, possuem uma certa restrição ao acesso.
- **LOCAL PRIVADO:** aquele que pode ser de uso comum, mas é de posse privada (pertence a alguém, a alguma empresa). Geralmente é necessário pagar para frequentar o local, sendo restrito aos pagantes.
- **MÉDIA:** Soma dos valores de um determinado conjunto de medidas, dividindo-se o resultado pela quantidade dos valores que foram somados.
- **SEMANA NORMAL:** Uma semana usual, comum.

• QUESTIONÁRIO

MANUAL DE INSTRUÇÕES

CABEÇALHO

No cabeçalho deve-se obrigatoriamente preencher os seguintes campos:

Data: Data da entrevista no seguinte formato: dd / mm / aaaa

Horário: Horário do início da entrevista no seguinte formato: hh / mm

ID Entrevistador: ID fornecido para cada entrevistador

ID UBS: Código da Unidade Básica de Saúde

Preencha com os seguintes IDs:

ID	UNIDADE
1	Afonso Pena
2	Borda do Campo
3	Caic
4	Central
5	Cidade Jardim
6	Cristal
7	Guatupê
8	Ipê
9	Martinópolis
10	Moradias Trevisan
11	Quississana
12	Riacho Doce
13	São Marcos
14	Veneza
15	Xingu

ID Quest: NÃO preencher no momento da entrevista. Quem for digitar os dados que deverá preencher este campo.

Nome: Nome completo do entrevistado (a).

**BLOCO 1 – NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NO DESLOCAMENTO
(QUESTÕES 01 À 04)**

Neste bloco pretendemos avaliar a atividade física realizada no deslocamento. Atividade física de deslocamento é quando a pessoa, ao invés de utilizar carro, moto ou ônibus, utiliza a caminhada ou a bicicleta para ir e/ou voltar de algum lugar.

Enunciado:

Estas questões se referem a forma típica de como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

QUESTÃO 01. Em uma semana **NORMAL**, quantos dias você **caminha** por pelo menos **10 minutos seguidos** para ir de um lugar para outro? (ex: mercado, farmácia, trabalho) (*NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício*)

Preencher com um “X” o espaço reservado referente ao número de dias que a pessoa relatar. Se a resposta for zero (0) dias, pule para a questão 03.

QUESTÃO 02. EM MÉDIA, Quanto tempo **POR DIA** você gasta? (*NAO inclua as caminhadas por lazer ou exercício*)

Preencher com números legíveis os MINUTOS relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar “*caminho duas horas e meia por dia*” você deverá preencher com 150 minutos. Caso o usuário não lembre, tente lembrar com ele de acordo com os dias da semana. **APÓS FINALIZAR** o questionário, some as médias e divida pelo número de dias que o usuário relatou caminhar no deslocamento e preencha com o resultado final o campo de codificação.

QUESTÃO 03. Em uma semana **NORMAL**, quantos dias você anda de **bicicleta** por pelo menos **10 minutos seguidos** para ir de um lugar para outro? (*NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício*)

Preencher com um “X” o espaço reservado referente ao número de dias que a pessoa relatar. Se a resposta for zero (0) dias, pule para a questão 05.

QUESTÃO 04. EM MÉDIA, quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

Preencher com números legíveis os MINUTOS relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar “*pedalo duas horas e meia por dia*” você deverá preencher com 150 minutos. Caso o usuário não lembre, tente lembrar com ele de acordo com os dias da semana. **APÓS FINALIZAR** o questionário, some as médias e divida pelo número de dias que o usuário relatou caminhar no deslocamento e preencha com o resultado final o campo de codificação.

**BLOCO 2 – NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER
(QUESTÕES 05 À 13)**

Neste bloco pretendemos avaliar a atividade física praticada no tempo livre. Tempo livre é toda a situação em que a pessoa não está trabalhando, nem estudando, nem se deslocando ou realizando trabalhos/tarefas em casa. Ou seja, é tudo o que a pessoa faz por opção ou lazer.

Enunciado:

Este bloco se refere as atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL**, unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente, pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos seguidos. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

Para responder as questões lembre-se que:

Atividades físicas de intensidade **MODERADA** são aquelas que precisam de algum esforço físico, que te fazem respirar um pouco mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater um pouco mais forte.

Atividades físicas de intensidade **VIGOROSA** são aquelas que precisam de um grande esforço físico, que te fazem respirar muito mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater mais forte.

QUESTÃO 05. 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) **NÃO INCLUIR A CAMINHADA**.

Preencher com um “**X**” o espaço reservado referente ao número de dias que a pessoa relatar. Se a resposta for zero (0) dias, pule para a questão 8.

QUESTÃO 06. EM MÉDIA, quanto tempo de atividade física **VIGOROSA** você faz **POR DIA**?

Preencher com números legíveis os **MINUTOS** relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar “*faço duas horas e meia por dia*” você deverá preencher com 150 minutos. Caso o usuário não lembre, tente lembrar com ele de acordo com os dias da semana. **APÓS FINALIZAR** o questionário, some as médias e divida pelo número de dias que o usuário relatou fazer atividade física vigorosa no lazer e preencha com o resultado final o campo de codificação.

QUESTÃO 07. Quais são essas atividades físicas? **Onde** você faz? (*listar por ordem de frequência semanal*)

Preencher de acordo com as atividades que o usuário pratica mais vezes na semana, juntamente com o local onde a pessoa pratica a atividade física.

Exemplo: 3x por semana ginástica e 2x por semana corrida.

1ª atividade: Ginástica. ¹[] Local Público ²[X] Local Privado **ONDE?**

Academia

2ª atividade: Corrida. ¹[X] Local Público ²[] Local Privado **ONDE?** Parque

São José

QUESTÃO 08. 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 INCLUIR A CAMINHADA**.

Preencher com um “**X**” o espaço reservado referente ao número de dias que a pessoa relatar. Se a resposta for zero (0) dias, pule para a questão 11.

QUESTÃO 09. EM MÉDIA, quanto tempo de atividade física **MODERADA** você faz **POR DIA**?

Preencher com números legíveis os MINUTOS relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar “*faço duas horas e meia por dia*” você deverá preencher com 150 minutos. Caso o usuário não lembre, tente lembrar com ele de acordo com os dias da semana. **APÓS FINALIZAR** o questionário, some as médias e divida pelo número de dias que o usuário relatou fazer atividade física moderada no lazer e preencha com o resultado final o campo de codificação.

QUESTÃO 10. Quais são essas atividades físicas? **Onde** você faz? (*listar por ordem de frequência semanal*)

Preencher de acordo com as atividades que o usuário pratica mais vezes na semana, juntamente com o local onde a pessoa pratica a atividade física.

Exemplo: 3x por semana ginástica e 2x por semana pedal.

1ª atividade: Vôlei. ¹[X] Local Público ²[] Local Privado **ONDE?** Ginásio do Núcleo

2ª atividade: Pedalar ¹[X] Local Público ²[] Local Privado **ONDE?** Parque São José

QUESTÃO 11. Em uma semana **NORMAL**, quantos dias você faz **CAMINHADA** no seu **TEMPO LIVRE**, por pelo menos **10 minutos seguidos**?

Preencher com um “**X**” o espaço reservado referente ao número de dias que a pessoa relatar. Se a resposta for zero (0) dias, pule para a questão 14.

QUESTÃO 12. EM MÉDIA, quanto tempo de **CAMINHADA** você faz **POR DIA**?

Preencher com números legíveis os MINUTOS relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar “*caminho duas horas e meia por dia*” você deverá preencher com 150 minutos. Caso o usuário não lembre, tente lembrar com ele de acordo com os dias da semana. **APÓS FINALIZAR** o questionário, some as médias e divida pelo número de dias que o usuário relatou caminhar no lazer e preencha com o resultado final o campo de codificação.

QUESTÃO 13. Onde você caminha?

Preencher os locais que o usuário utiliza para caminhar.

¹[X] Local Público ²[] Local Privado **ONDE?** Rua.

**BLOCO 3 – ACONSELHAMENTO PARA À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA
(QUESTÕES 14 A 20)**

Este bloco pretende identificar o aconselhamento para à prática de atividade física recebido pelos usuários das unidades básicas de saúde. Este aconselhamento é utilizado para orientar de maneira sistematizada as pessoas a realizarem atividade física de maneira regular.

QUESTÃO 14. Durante o **ÚLTIMO ANO**, alguma vez que você esteve na Unidade Básica de Saúde, recebeu aconselhamento para praticar atividade física?

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **NÃO**, **pule todo o bloco 3 e 4 e vá para o bloco 5**. Lembre-se de salientar que a pergunta se trata do aconselhamento no último ano a partir da data da entrevista, e não no último ano até 31 de dezembro.

QUESTÃO 15. Quantas vezes você recebeu o aconselhamento para atividade física no último ano?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 14. Esta é uma questão aberta, com obrigatoriedade de resposta pelo entrevistado. Colabore com o usuário e o ajude a pensar no número exato ou próximo de quantas vezes recebeu o aconselhamento no último ano.

QUESTÃO 16. Qual foi o local do aconselhamento?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 14. Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” **TODAS** as opções de resposta. Obrigatoriamente você deve realizar uma a uma as questões e obter uma resposta de não ou sim. Nessa questão queremos saber em qual local as pessoas receberam o aconselhamento para a atividade física.

QUESTÃO 17. Qual foi o profissional que lhe aconselhou?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 14. Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” **TODAS** as opções de resposta. Obrigatoriamente você deve realizar uma a uma as questões e obter uma resposta de não ou sim. Nessa questão queremos saber em qual foi o profissional da unidade básica de saúde que realizou o aconselhamento para a prática de atividade física.

QUESTÃO 18. Com relação ao aconselhamento para a prática de atividade física, o profissional:

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 14. Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” **TODAS** as opções de resposta. Obrigatoriamente você deve realizar uma a uma as questões e obter uma resposta de não ou sim. Nessa questão queremos saber o conteúdo do aconselhamento realizado pelo profissional de saúde.

QUESTÃO 19. O profissional aconselhou algum local específico para a prática de atividade física?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **NÃO**, **pule para a questão 21**. Nesta questão queremos saber se o profissional de saúde aconselhou algum local específico para o usuário realizar a prática de atividade física.

QUESTÃO 20. Se sim, qual local ele aconselhou?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 19.

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um **“X”** **TODAS** as opções de resposta. Obrigatoriamente você deve realizar uma a uma as questões e obter uma resposta de não ou sim.

Nesta questão queremos saber qual/quais locais foram aconselhados pelo profissional de saúde para a realização de atividade física do usuário.

**BLOCO 4 – ADESÃO AO ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA
(QUESTÕES 21 A 24)**

Neste bloco pretendemos identificar se o fato de receber o aconselhamento, fez com que a pessoa aderisse ou não à prática de atividade física.

ESTE BLOCO É EXCLUSIVAMENTE PARA PESSOAS QUE RESPONDERAM “SIM” NA QUESTÃO 14. CASO A PESSOA TENHA RESPONDIDO “NÃO” PULE TODO O BLOCO E VÁ PARA O BLOCO 5.

QUESTÃO 21. APÓS o aconselhamento, você diria que o seu nível de atividade física:

Faça a pergunta e em seguida assinale com um **“X”** a resposta indicada.

Esta questão refere-se à percepção da pessoa sobre o que aconteceu após o aconselhamento recebido pelo profissional. Ajude-as a lembrar quais ações elas tomaram a partir do aconselhamento.

QUESTÃO 22. APÓS o aconselhamento, você diria que:

Faça a pergunta e em seguida assinale com um **“X”** a resposta indicada.

Caso a resposta indicada pela pessoa, seja a primeira opção **“Realiza todas as recomendações” pule para a questão 24.**

Esta questão é sobre a adesão e regularidade da realização das recomendações, você deverá avaliar as duas coisas para obter a resposta correta.

QUESTÃO 23. Por que você não realizou todas as recomendações?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um **“X”** **TODAS** as opções de resposta. Obrigatoriamente você deve realizar uma a uma as questões e obter uma resposta de não ou sim.

Caso a resposta seja a última opção **“ Outros, quais?”**, **TRANSCREVA A RESPOSTA.**

QUESTÃO 24. Qual o **PRINCIPAL** motivo para você realizar atividade física?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um **“X”** a resposta indicada.

Lembre-se que esta questão refere-se ao **PRINCIPAL** motivo. Certamente a pessoa citará mais de um, mas você deverá salientar e refazer a pergunta, dando ênfase no **PRINCIPAL MOTIVO.**

BLOCO 5 – ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA
(QUESTÕES 25 A 28)

Neste bloco pretendemos avaliar os estágios de mudança de comportamento para a atividade física. Os estágios de mudança de comportamento têm como base o modelo transteórico, que pode ser definido como a interação de construtos de múltiplas teorias de mudanças comportamentais, com atributos psicológicos, cognitivos, sociais e do meio ambiente, que buscam verificar em qual estágio de mudança comportamental, o indivíduo se enquadra.

QUESTÃO 25. Você pratica atividade física regular? (3 x 50 min/sem; 5 x 30 min/sem -> TOTALIZAR 150min/sem)?

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **NÃO**, pule para a questão 27. Nessa questão queremos saber se o(a) entrevistado(a) pratica atividade física por pelo menos 150 minutos por semana.

QUESTÃO 26. Você pratica há mais de 6 meses?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 25.

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **SIM OU NÃO**, pule para a questão 29.

Nessa questão queremos saber em qual estágio de mudança de comportamento, o indivíduo se enquadra.

QUESTÃO 27. Pretende iniciar a prática regular de atividade física nos próximos 6 meses?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **NÃO** na questão 25.

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **NÃO**, pule para a questão 29.

Nessa questão queremos saber em qual estágio de mudança de comportamento, o indivíduo se enquadra.

QUESTÃO 28. Pretende começar nos próximos 30 dias?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **NÃO** na questão 27.

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada.

Nessa questão queremos saber em qual estágio de mudança de comportamento, o indivíduo se enquadra.

BLOCO 6 – COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO
(QUESTÕES 29 À 38)

Neste bloco pretendemos avaliar o tempo que o usuário passa em comportamento sedentário, ou seja, o tempo que ele passa sentado, deitado e/ou reclinado durante um dia normal, incluindo nos horários de trabalho, deslocamento e lazer.

Enunciado:

Agora eu gostaria que você pensasse só nas atividades que faz **NOS DIAS DE SEMANA, SEM CONTAR SÁBADO E DOMINGO:**

QUESTÃO 29. Você assiste televisão **TODOS OU QUASE TODOS** os dias?

Preencher com um “X” de acordo com a resposta “sim” ou “não” do usuário. Caso a resposta seja negativa, você deve pular para a questão 31.

QUESTÃO 30. Em um dia de semana **NORMAL**, quanto tempo em média **POR DIA** você assiste televisão?

Preencher com números legíveis os **MINUTOS** relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar “*passo 4 horas sentado por dia*” você deverá preencher com 240 minutos. Você deverá “estimulá-lo” a se lembrar do tempo por dia que passa sentado.

QUESTÃO 31. Você usa computador na sua casa?

Preencher com um “X” de acordo com a resposta “sim” ou “não” do usuário. Caso a resposta seja negativa, você deve pular para a questão 33.

QUESTÃO 32. Em um dia da semana **NORMAL**, quanto tempo em média **POR DIA** você usa computador na sua casa?

Preencher com números legíveis os **MINUTOS** relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar “*passo 4 horas sentado por dia*” você deverá preencher com 240 minutos. Você deverá “estimulá-lo” a se lembrar do tempo por dia que passa sentado.

QUESTÃO 33. Você trabalha fora de casa?

Preencher com um “X” de acordo com a resposta “sim” ou “não” do usuário. Caso a resposta seja negativa, você deve pular para a questão 35.

QUESTÃO 34. Em um dia de semana **NORMAL**, quanto tempo em média **POR DIA** você fica sentado no seu trabalho?

Preencher com números legíveis os **MINUTOS** relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar “*passo 4 horas sentado por dia*” você deverá preencher com 240 minutos. Você deverá “estimulá-lo” a se lembrar do tempo por dia que passa sentado.

QUESTÃO 35. Você faz algum curso técnico, faculdade ou outro curso?

Preencher com um “X” de acordo com a resposta “sim” ou “não” do usuário. Caso a resposta seja negativa, você deve pular para a questão 37.

QUESTÃO 36. Em um dia de semana **NORMAL**, quanto tempo em média **POR DIA** você fica sentado no curso técnico, faculdade ou outro curso?

Preencher com números legíveis os **MINUTOS** relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar “*passo 4 horas sentado por dia*” você deverá preencher com 240 minutos. Você deverá “estimulá-lo” a se lembrar do tempo por dia que passa sentado.

QUESTÃO 37. Você anda de carro, ônibus ou moto **TODOS** ou **QUASE TODOS** os dias?

Preencher com um “X” de acordo com a resposta “sim” ou “não” do usuário. Caso a resposta seja negativa, você deve pular para a questão 39.

QUESTÃO 38. Em um dia de semana **NORMAL**, quanto tempo em média, **POR DIA** você fica sentado no carro, ônibus ou moto?

Preencher com números legíveis os **MINUTOS** relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar “*passo 4 horas sentado por dia*” você deverá preencher com 240 minutos. Você deverá “estimulá-lo” a se lembrar do tempo por dia que passa sentado.

**BLOCO 7 – ACONSELHAMENTO PARA REDUZIR O COMPORTAMENTO
SEDENTÁRIO
(QUESTÕES 39 A 43)**

Neste bloco pretendemos identificar o aconselhamento para a redução de comportamento sedentário recebido pelos profissionais de saúde. O comportamento sedentário é caracterizado pelo hábito das pessoas em permanecer sentado, reclinado ou deitado durante o dia, exceto o tempo de sono.

QUESTÃO 39. Durante o **ÚLTIMO ANO**, em alguma vez que você esteve na unidade básica de saúde, recebeu aconselhamento sobre comportamento sedentário?

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **NÃO**, **pule todo o bloco 7 e 8, e vá para o bloco 9.** Lembre-se de salientar que a pergunta se trata do aconselhamento no último ano a partir da data da entrevista, e não no último ano até 31 de dezembro. As pessoas não saberão a diferença entre atividade física e comportamento sedentário, lembre-se de sempre salientar a diferença.

QUESTÃO 40. Quantas vezes você recebeu o aconselhamento para reduzir o comportamento sedentário no último ano?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 39. Esta é uma questão aberta, com obrigatoriedade de resposta pelo entrevistado. Colabore com o usuário e o ajude a pensar no número exato ou próximo de quantas vezes recebeu o aconselhamento no último ano.

QUESTÃO 41. Qual foi o local do aconselhamento?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 39. Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” **TODAS** as opções de resposta. Obrigatoriamente você deve realizar uma a uma as questões e obter uma resposta de não ou sim. Nessa questão queremos saber em qual local as pessoas receberam o aconselhamento para redução do comportamento sedentário.

QUESTÃO 42. Qual foi o profissional que lhe aconselhou?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 39.

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” **TODAS** as opções de resposta. Obrigatoriamente você deve realizar uma a uma as questões e obter uma resposta de não ou sim.

Nessa questão queremos saber em qual foi o profissional da unidade básica de saúde que realizou o aconselhamento para a redução do comportamento sedentário.

QUESTÃO 43. Com relação ao aconselhamento sobre o tempo em comportamento sedentário, o profissional:

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 39.

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” **TODAS** as opções de resposta. Obrigatoriamente você deve realizar uma a uma as questões e obter uma resposta de não ou sim.

Nessa questão queremos saber o conteúdo do aconselhamento realizado pelo profissional de saúde.

**BLOCO 8 – ADESÃO AO ACONSELHAMENTO PARA EVITAR O COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO
(QUESTÕES 44 A 46)**

Neste bloco pretendemos identificar se o fato de receber o aconselhamento, fez com que a pessoa aderisse ou não à redução do comportamento sedentário.

ESTE BLOCO É EXCLUSIVAMENTE PARA PESSOAS QUE RESPONDERAM “SIM” NA QUESTÃO 39. CASO A PESSOA TENHA RESPONDIDO “NÃO” PULE TODO O BLOCO E VÁ PARA O BLOCO 9.

QUESTÃO 44. APÓS o aconselhamento, você diria que seu tempo em comportamento sedentário:

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada.

Esta questão refere-se à percepção da pessoa sobre o que aconteceu após o aconselhamento recebido pelo profissional. Ajude-as a lembrar quais ações elas tomaram a partir do aconselhamento. E, mais uma vez, ressalte a diferença entre atividade física e comportamento sedentário.

QUESTÃO 45. Após o aconselhamento, você diria que:

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada.

Caso a resposta indicada pela pessoa, seja a primeira opção “Realiza todas as recomendações” **pule para o bloco 9.**

Esta questão é sobre a adesão e regularidade da realização das recomendações, você deverá avaliar as duas coisas para obter a resposta correta.

QUESTÃO 46. Por que você não realizou todas as recomendações?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” **TODAS** as opções de resposta. Obrigatoriamente você deve realizar uma a uma as questões e obter uma resposta de não ou sim.

Caso a resposta seja a última opção “Outros, quais?”, **TRANSCREVA A RESPOSTA.**

**BLOCO 9 – ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA
COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO
(QUESTÕES 47 A 50)**

Neste bloco pretendemos avaliar os estágios de mudança de comportamento para comportamento sedentário. Os estágios de mudança de comportamento têm como base o modelo transteórico, que pode ser definido como a interação de construtos de múltiplas teorias de mudanças comportamentais, com atributos psicológicos, cognitivos, sociais e do meio ambiente, que buscam verificar em qual estágio de mudança comportamental, o indivíduo se enquadra.

QUESTÃO 47. Você evita permanecer sentado/deitado por muito tempo?

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **NÃO**, pule para a questão 49. Nessa questão queremos saber se o(a) entrevistado(a) evita permanecer sentado/deitado.

QUESTÃO 48. Você faz isso há mais de 6 meses?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 47.

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **SIM OU NÃO**, pule para a questão 51.

Nessa questão queremos saber em qual estágio de mudança de comportamento, o indivíduo se enquadra.

QUESTÃO 49. Você pretende evitar ficar muito tempo sentado/deitado nos próximos 6 meses?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **NÃO** na questão 47.

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **NÃO**, pule para a questão 51.

Nessa questão queremos saber em qual estágio de mudança de comportamento, o indivíduo se enquadra.

QUESTÃO 50. Você pretende evitar ficar muito tempo sentado / deitado nos próximos 30 dias?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **NÃO** na questão 49.

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada.

Nessa questão queremos saber em qual estágio de mudança de comportamento, o indivíduo se enquadra.

**BLOCO 10 – QUALIDADE DE VIDA
(QUESTÕES 51 À 58)**

Neste bloco pretendemos avaliar o que o entrevistado acha de sua qualidade de vida. Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua vida, é como ele acha que sua vida é em relação a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com aspectos do meio ambiente.

Enunciado:

Agora vamos falar sobre a sua percepção sobre aspectos da sua vida. Pense NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

QUESTÃO 51. O que você acha da sua **qualidade de vida**?

Queremos saber o que o entrevistado acha de sua qualidade de vida, levando em consideração vários aspectos como saúde, expectativas, vida social, crenças pessoais, estado psicológico. As opções de resposta devem ser LIDAS para o entrevistado. Apenas UMA alternativa deve ser selecionada. Caso o entrevistado não tenha certeza sobre que resposta dar, peça para ele escolher a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Se o entrevistado disser alguma resposta que não exista, releia as opções da escala para ele que mais se enquadram na resposta dada e confirme uma opção com as respostas existentes. Preencha com um “X” a resposta dada pelo entrevistado.

Questão 52. Você está satisfeito com sua **saúde**?

Queremos saber se o entrevistado está contente ou satisfeito com o seu estado de saúde, considerando saúde como bem-estar físico e psicológico e ausência de doenças. Leia claramente a pergunta enfatizando a palavra destacada. As opções de resposta devem ser LIDAS para o entrevistado. Apenas UMA alternativa deve ser selecionada. Caso o entrevistado não tenha certeza sobre que resposta dar, peça para ele escolher a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Se o entrevistado disser alguma resposta que não exista, releia as opções da escala para ele que mais se enquadram na resposta dada e confirme uma opção com as respostas existentes. Preencha com um “X” a resposta dada pelo entrevistado.

Questão 53. Você tem **disposição para as atividades do seu dia-a-dia**?

Queremos saber se o entrevistado acha que ele tem energia suficiente para realizar suas tarefas do dia-a-dia. Leia claramente a pergunta enfatizando a palavra destacada. As opções de resposta devem ser LIDAS para o entrevistado. Apenas UMA alternativa deve ser selecionada. Caso o entrevistado não tenha certeza sobre que resposta dar, peça para ele escolher a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Se o entrevistado disser alguma resposta que não exista, releia as opções da escala para ele que mais se enquadram na resposta dada e confirme uma opção com as respostas existentes. Preencha com um “X” a resposta dada pelo entrevistado.

Questão 54. Você está satisfeito com sua **capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia**?

Queremos saber se o entrevistado está contente ou satisfeito com a forma que ele executa as suas tarefas do dia-a-dia. Leia claramente a pergunta enfatizando as palavras destacadas. As opções de resposta devem ser LIDAS para o entrevistado. Apenas UMA alternativa deve ser selecionada. Caso o entrevistado não tenha certeza sobre que resposta dar, peça para ele escolher a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Se o entrevistado disser alguma resposta que não exista, releia as opções da escala para ele que mais se enquadram na resposta dada e confirme uma opção com as respostas existentes. Preencha com um “X” a resposta dada pelo entrevistado.

Questão 55. Você está satisfeito **consigo mesmo**?

Queremos saber se o entrevistado está feliz com ele mesmo, com a vida dele, com a pessoa que ele é. Leia claramente a pergunta enfatizando as palavras destacadas. As opções de resposta devem ser LIDAS para o entrevistado. Apenas UMA alternativa deve ser selecionada. Caso o entrevistado não tenha certeza sobre que resposta dar, peça para ele escolher a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Se o entrevistado disser alguma resposta que não exista, releia as opções da escala para ele que mais se enquadram na resposta dada e confirme uma opção com as respostas existentes. Preencha com um “X” a resposta dada pelo entrevistado.

Questão 56. Você está satisfeito com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Queremos saber se o entrevistado está feliz com a relação, a amizade que ele tem com as pessoas ao redor dele, com amigos, parentes, colegas, etc. Leia claramente a pergunta enfatizando as palavras destacadas. As opções de resposta devem ser LIDAS para o entrevistado. Apenas UMA alternativa deve ser selecionada. Caso o entrevistado não tenha certeza sobre que resposta dar, peça para ele escolher a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Se o entrevistado disser alguma resposta que não exista, releia as opções da escala para ele que mais se enquadram na resposta dada e confirme uma opção com as respostas existentes. Preencha com um “X” a resposta dada pelo entrevistado.

Questão 57. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Queremos saber se o entrevistado acha que ele tem dinheiro suficiente para satisfazer tudo o que ele acha essencial, necessário para sua vida (ex: ter uma boa moradia, pagar contas, ter as coisas que ele gosta, se alimentar bem etc.) Leia claramente a pergunta enfatizando as palavras destacadas. As opções de resposta devem ser LIDAS para o entrevistado. Apenas UMA alternativa deve ser selecionada. Caso o entrevistado não tenha certeza sobre que resposta dar, peça para ele escolher a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Se o entrevistado disser alguma resposta que não exista, releia as opções da escala para ele que mais se enquadram na resposta dada e confirme uma opção com as respostas existentes. Preencha com um “X” a resposta dada pelo entrevistado.

Questão 58. Você está satisfeito com as condições do lugar onde mora?

Queremos saber se o entrevistado está contente com a situação do local que ele mora, se ele acha que tem as coisas que ele necessita para viver bem, se ele gosta do local, etc. Leia claramente a pergunta enfatizando a palavra destacada. As opções de resposta devem ser LIDAS para o entrevistado. Apenas UMA alternativa deve ser selecionada. Caso o entrevistado não tenha certeza sobre que resposta dar em uma questão, peça para ele escolher a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Se o entrevistado disser alguma resposta que não exista, releia as opções da escala para ele que mais se enquadram na resposta dada e confirme uma opção com as respostas existentes. Preencha com um “X” a resposta dada pelo entrevistado.

**BLOCO 11 – APOIO SOCIAL PARA A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA
(QUESTÕES 59 A 70)**

Neste bloco pretendemos avaliar o apoio social para a prática de atividade física. Suporte/apoio social é definido como a ajuda ou assistência recebida para realizar um comportamento, no caso, atividade física.

Enunciado:

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, com que frequência alguém que **MORA COM VOCÊ** (que dorme e faz refeições na mesma casa)

QUESTÃO 59. Fez **CAMINHADA** com você?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família fez caminhada com a pessoa. Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

QUESTÃO 60. Te **CONVIDOU** para caminhar?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família convidou/chamou a pessoa para ir junto caminhar. Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

QUESTÃO 61. Te **INCENTIVOU** a caminhar?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família incentivou (disse palavras de incentivo) para que a pessoa fosse fazer caminhada. Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

QUESTÃO 62. FEZ exercícios de intensidade **MODERADA OU VIGOROSA** com você?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família fez exercícios de intensidade moderada ou vigorosa (exercícios que cansem, aumentem a sudorese, deixem ofegante) com a pessoa. Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

QUESTÃO 63. Te **CONVIDOU** a fazer exercícios de intensidade **MODERADA OU VIGOROSA**?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família convidou/chamou a pessoa para fazer exercícios de intensidade moderada ou vigorosa (exercícios que cansem, aumentem a sudorese, deixem ofegante). Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

QUESTÃO 64. Te **INCENTIVOU** a fazer exercícios de intensidade **MODERADA OU VIGOROSA**?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família incentivou (disse palavras de incentivo) para que a pessoa fosse fazer exercícios de intensidade moderada ou vigorosa (exercícios que cansem, aumentem a sudorese, deixem ofegante). Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

Enunciado:

NOS ÚLTIMOS 3 MESES com que frequência algum amigo... (qualquer pessoa que NÃO more na casa, mesmo que seja parente)

QUESTÃO 65. Fez CAMINHADA com você?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo saiu para ir caminhar junto com a pessoa. Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

QUESTÃO 66. Te CONVIDOU para caminhar?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo convidou/chamou a pessoa para ir caminhar juntos. Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

QUESTÃO 67. Te INCENTIVOU a caminhar?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo incentivou para que a pessoa fosse fazer caminhada. Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

QUESTÃO 68. FEZ exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA com você?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo saiu para fazer exercícios de intensidade moderada ou vigorosa (exercícios que cansem, aumentem a sudorese, deixem ofegante) com a pessoa. Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

QUESTÃO 69. Te CONVIDOU a fazer exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo convidou/chamou a pessoa para fazer exercícios de intensidade moderada ou vigorosa (exercícios que cansem, aumentem a sudorese, deixem ofegante). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

QUESTÃO 70. Te INCENTIVOU a fazer exercícios de intensidade MODERADA OU VIGOROSA?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo incentivou para que a pessoa fosse fazer exercícios de intensidade moderada ou vigorosa (exercícios que cansem, aumentem a sudorese, deixem ofegante). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “de fevereiro pra cá”.

**BLOCO 12 – AUTOEFICÁCIA PARA A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA
(QUESTÕES 71 A 80)**

Neste bloco pretendemos avaliar a capacidade de um indivíduo se manter praticando atividade física mesmo diante de impedimentos que possam surgir (percepção de sucesso e confiança) e pode ser explicada por diversos fatores como experiências diretas, experiências observadas nos outros, persuasão social e ainda estado emocional.

Enunciado:

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

QUESTÃO 71. Você consegue fazer caminhada quando está cansado?

Leia o enunciado, leia a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Se a pessoa ficar no meio termo “às vezes sim, às vezes não”, utilize a palavra GERALMENTE ou NORMALMENTE e **refaça** a pergunta: “NORMALMETE, você consegue caminhar no seu tempo livre quando está cansado?”, “sim” ou “não”?

QUESTÃO 72. Você consegue fazer caminhada quando está de mau humor?

Não precisa ler novamente o enunciado, de continuidade a pergunta. Exemplo: “Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está ...cansado? ...de mau humor? Se a pessoa estiver demorando para dar a resposta leia novamente o enunciado e a pergunta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Se a pessoa ficar no meio termo “às vezes sim, às vezes não”, utilize a palavra GERALMENTE ou NORMALMENTE e **refaça** a pergunta: “NORMALMENTE, você consegue caminhar no seu tempo livre quando está de mau humor?”, “sim” ou “não”?

QUESTÃO 73. Você consegue fazer caminhada quando está sem tempo?

Não precisa ler novamente o enunciado, de continuidade a pergunta. Exemplo: “Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está ...de mau humor? ...sem tempo? Se a pessoa estiver demorando para dar a resposta leia novamente o enunciado e a pergunta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Se a pessoa ficar no meio termo “às vezes sim, às vezes não”, utilize a palavra GERALMENTE ou NORMALMENTE e **refaça** a pergunta: “NORMALMENTE, você consegue caminhar no seu tempo livre quando está sem tempo?”, “sim” ou “não”?

QUESTÃO 74. Você consegue fazer caminhada quando está de férias?

Não precisa ler novamente o enunciado, de continuidade a pergunta. Exemplo: “Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está ...sem tempo? ...de férias? Se a pessoa estiver demorando para dar a resposta leia novamente o enunciado e a pergunta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Se a pessoa ficar no meio termo “às vezes sim, às vezes não”, utilize a palavra GERALMENTE ou NORMALMENTE e **refaça** a pergunta: “NORMALMENTE, você consegue caminhar no seu tempo livre quando está de férias?”, “sim” ou “não”?

QUESTÃO 75. Você consegue fazer caminhada quando está muito frio?

Não precisa ler novamente o enunciado, de continuidade a pergunta. Exemplo: “Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está ...de férias? ...ou quando esta muito frio? Se a pessoa estiver demorando para dar a resposta leia novamente o enunciado e a pergunta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Se a pessoa ficar no meio termo “às vezes sim, às vezes não”,

utilize a palavra GERALMENTE ou NORMALMENTE e **refaça** a pergunta: “NORMALMENTE, você consegue caminhar no seu tempo livre quando está muito frio?”, “sim” ou “não”?

Enunciado:

Agora, considere as atividades físicas de intensidade **MODERADA E/OU VIGOROSA (AFMV)** (ex: correr, nadar, pedalar, jogar vôlei, futebol). **NÃO INCLUA A CAMINHADA.**

QUESTÃO 76. Você consegue fazer **AFMV** quando está **cansado**?

Leia o enunciado, leia a pergunta e em seguida as opções de resposta. Assinale com um “**X**” a resposta indicada. Se a pessoa ficar no meio termo “às vezes sim, às vezes não”, utilize a palavra GERALMENTE ou NORMALMENTE e **refaça** a pergunta: “NORMALMENTE, você consegue fazer APMV quando está cansado?”, “sim” ou “não”?

QUESTÃO 77. Você consegue fazer **AFMV** quando está de **mau humor**?

Não precisa ler novamente o enunciado, de continuidade a pergunta. Exemplo: “Você consegue fazer APMV no seu tempo livre quando você está ...cansado? ...de mau humor? Se a pessoa estiver demorando para dar a resposta leia novamente o enunciado e a pergunta. Assinale com um “**X**” a resposta indicada. Se a pessoa ficar no meio termo “às vezes sim, às vezes não”, utilize a palavra GERALMETE ou NORMALMENTE e **refaça** a pergunta: “NORMALMETE, você consegue fazer APMV no seu tempo livre quando está de mau humor?”, “sim” ou “não”?

QUESTÃO 78. Você consegue fazer **AFMV** quando está **sem tempo**?

Não precisa ler novamente o enunciado, de continuidade a pergunta. Exemplo: “Você consegue fazer APMV no seu tempo livre quando você está ...de mau humor? ...sem tempo? Se a pessoa estiver demorando para dar a resposta leia novamente o enunciado e a pergunta. Assinale com um “**X**” a resposta indicada. Se a pessoa ficar no meio termo “às vezes sim, às vezes não”, utilize a palavra GERALMENTE ou NORMALMENTE e **refaça** a pergunta: “NORMALMENTE, você consegue fazer APMV no seu tempo livre quando está sem tempo?”, “sim” ou “não”?

QUESTÃO 79. Você consegue fazer **AFMV** quando está de **férias**?

Não precisa ler novamente o enunciado, de continuidade a pergunta. Exemplo: “Você consegue fazer APMV no seu tempo livre quando você está ...sem tempo? ...de férias? Se a pessoa estiver demorando para dar a resposta leia novamente o enunciado e a pergunta. Assinale com um “**X**” a resposta indicada. Se a pessoa ficar no meio termo “às vezes sim, às vezes não”, utilize a palavra GERALMENTE ou NORMALMENTE e **refaça** a pergunta: “NORMALMENTE, você consegue fazer APMV no seu tempo livre quando está de férias?”, “sim” ou “não”?

QUESTÃO 80. Você consegue fazer **AFMV** quando está **frio**?

Não precisa ler novamente o enunciado, de continuidade a pergunta. Exemplo: “Você consegue fazer APMV no seu tempo livre quando você está ...de férias? ...ou quando esta muito frio? Se a pessoa estiver demorando para dar a resposta leia novamente o enunciado e a pergunta. Assinale com um “**X**” a resposta indicada. Se a pessoa ficar no meio termo “às vezes sim, às vezes não”, utilize a palavra GERALMENTE ou NORMALMENTE e **refaça** a pergunta: “NORMALMENTE, você consegue fazer APMV no seu tempo livre quando está muito frio?”, “sim” ou “não”?

**BLOCO 13 – BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA
QUESTÃO 81**

Neste bloco pretendemos avaliar as **BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA**, que são descritas como razões, motivos ou desculpas que representam um fator negativo no processo de tomada de decisão para a prática de atividades físicas, e que podem ser motivos de resistência e/ou desistência da prática.

Leia o enunciado e em seguida relate as barreiras descritas nas questões 81.1 a 81.9. Assinale com um “X” a resposta indicada para CADA UMA destas.

Enunciado:

Com que frequência os fatores abaixo listados dificultam sua prática de **ATIVIDADE FÍSICA**?

- **QUESTÃO 81.1** Falta de dinheiro?
Leia a pergunta e em seguida as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 81.2** Sente-se muito cansado?
Leia a pergunta e em seguida as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 81.3** Falta de companhia?
Leia a pergunta e em seguida as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 81.4** Falta de tempo?
Leia a pergunta e em seguida as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 81.5** Tem alguma lesão/doença?
Leia a pergunta e em seguida as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 81.6** Medo de lesionar-se?
Leia a pergunta e em seguida as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 81.7** Não gosta de exercício?
Leia a pergunta e em seguida as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 81.8** Sente-se Velho?
Leia a pergunta e em seguida as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada.

**BLOCO 14 – CONHECIMENTO DOS LOCAIS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E ATIVIDADES OFERTADAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE E LAZER (SEMEL)
(QUESTÕES 82 A 85)**

Neste bloco pretendemos avaliar o conhecimento dos locais para a prática de atividade física e atividades ofertadas pela SEMEL. O conhecimento dos locais e das estruturas disponíveis, podem ser considerados facilitadores para a prática de atividade física, contribuindo para um estilo de vida ativo.

QUESTÃO 82. MESMO QUE VOCÊ NÃO VÁ, quanto tempo você levaria para ir caminhando até o _____ **MAIS PRÓXIMO** da sua residência?

Faça a pergunta e em seguida aguarde a resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada para **CADA UMA** das questões 82.1 a 82.8.

- **QUESTÃO 82.1.** Parque
Leia o LOCAL DESCRITO e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 82.2.** Praça
Leia o LOCAL DESCRITO e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 82.3.** Centro / Núcleo de esporte e lazer
Leia o LOCAL DESCRITO e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 82.4.** Academia de ginástica (privado/pago)
Leia o LOCAL DESCRITO e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 82.5.** Academia ao ar livre (terceira idade)
Leia o LOCAL DESCRITO e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 82.6.** Ciclovía
Leia o LOCAL DESCRITO e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 82.7.** Pista de caminhada
Leia o LOCAL DESCRITO e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 82.8.** Quadra esportiva/cancha
Leia o LOCAL DESCRITO e assinale com um “X” a resposta indicada.

QUESTÃO 83. Qual é o centro / núcleo de esporte e lazer **MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA?**

Faça a pergunta e em seguida **TRANSCREVA** a resposta no local indicado.

QUESTÃO 84. Você conhece alguma modalidade de atividade física oferecida neste centro/núcleo? (**Nome do centro/núcleo da questão anterior**)?

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **NÃO**, pule para a questão Q86.

QUESTÃO 85. Por exemplo, você conhece a atividade de: (já ouviu falar? Não precisa ter praticado)

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 84. Leia o enunciado e em seguida relate as **ATIVIDADES** descritas nas questões 85.1 a 85.9 Assinale com um “X” a resposta indicada para **CADA UMA** destas.

- **QUESTÃO 85.1.** Iniciação esportiva (7 aos 11 anos)
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 85.2.** Modalidades coletivas (futsal, handebol, vôlei e basquete)
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.

- **QUESTÃO 85.3.** Atletismo ou mini atletismo
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 85.4.** Ginástica aeróbica e ritmos
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 85.5.** Treinamento funcional
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 85.6.** Corrida de rua
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 85.7.** Lutas
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 85.8.** Atividades para a terceira idade
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 85.9.** Outros. Quais? _____
Pergunte se há outra(s) atividade(s) que o entrevistado gostaria de relatar e assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **SIM**, TRANSCREVA a(s) atividade(s).

BLOCO 15 – UTILIZAÇÃO DOS NÚCLEOS DE ESPORTE E LAZER (QUESTÕES 86 A 94)
--

Neste bloco pretendemos avaliar o padrão de uso do(s) centro/núcleo(s) de Esporte e Lazer, pelo usuário da Unidade Básica de Saúde (UBS).

QUESTÃO 86. Durante o **ÚLTIMO ANO**, você frequentou o centro/núcleo para fazer **atividade física** _____ (*centro/núcleo de esporte e lazer indicado na Q83*) ?

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **NÃO**, pule para a **questão 90**. Lembre-se de salientar que a pergunta se trata da frequência no último ano a partir da data da entrevista, e não no último ano até 31 de dezembro.

QUESTÃO 87. Quantas **VEZES** o(a) senhor(a) foi ao _____ (*centro/núcleo de esporte e lazer indicado na Q83*) no **ÚLTIMO ANO**, para realizar atividade física?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 86. Marque uma das opções, conforme a frequência relatada pelo entrevistado. **LEMBRE-SE** de frisar o núcleo descrito na questão 83.

QUESTÃO 88. 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?

Preencher com números legíveis os MINUTOS relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar utilizar o núcleo para fazer atividades físicas por “2 horas” você deverá preencher com 120 minutos. Caso o usuário não lembre, tente lembrar

com ele. **APÓS FINALIZAR** o questionário, preencha o campo de codificação com o tempo em minutos. **LEMBRE-SE** de frisar o núcleo descrito na questão 83.

QUESTÃO 89. Qual é a **PRINCIPAL ATIVIDADE FÍSICA** que você realiza no _____ (centro/núcleo de esporte e lazer *indicado na Q83*)? (**Marque apenas uma opção**)

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Anote **APENAS UMA OPÇÃO**, com base na atividade mais frequente relatada pelo usuário (*Ex. duas vezes corrida e uma vez caminhada. Corrida deve ser a opção marcada*). **LEMBRE-SE** de frisar o núcleo descrito na questão 83.

QUESTÃO 90. Durante o **ÚLTIMO ANO**, você frequentou algum **OUTRO** núcleo de esporte e lazer para fazer **atividade física**, que não seja o relatado anteriormente?

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **NÃO**, **pule para a questão 95**. Lembre-se de salientar que a pergunta se trata da frequência no último ano a partir da data da entrevista, e não no último ano até 31 de dezembro.

QUESTÃO 91. Qual o **NOME** do centro/núcleo _____?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 90. Faça a pergunta e em seguida **TRANSCREVA** a resposta no local indicado.

QUESTÃO 92. Quantas **VEZES** o(a) senhor(a) foi ao _____ (centro/núcleo de esporte e lazer *indicado na Q91*) no **ÚLTIMO ANO**, para realizar atividade física?

Esta questão só será perguntada, aos entrevistados que responderam **SIM** na questão 90. Marque uma das opções, conforme a frequência relatada pelo entrevistado. **LEMBRE-SE** de frisar o núcleo descrito na questão 91.

QUESTÃO 93. 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?

Preencher com números legíveis os **MINUTOS** relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar utilizar o núcleo para fazer atividades físicas por “2 horas” você deverá preencher com 120 minutos. Caso o usuário não lembre, tente lembrar com ele. **APÓS FINALIZAR** o questionário, preencha o campo de codificação com o tempo em minutos. **LEMBRE-SE** de frisar o núcleo descrito na questão 91.

QUESTÃO 94. Qual é a **PRINCIPAL ATIVIDADE FÍSICA** que você realiza no _____ (centro/núcleo de esporte e lazer *indicado na Q91*)? (**Marque apenas uma opção**)

Faça a pergunta e em seguida assinale com um “X” a resposta indicada. Anote **APENAS UMA OPÇÃO**, com base na atividade mais frequente relatada pelo usuário (*Ex. duas vezes corrida e uma vez caminhada. Corrida deve ser a opção marcada*). **LEMBRE-SE** de frisar o núcleo descrito na questão 91.

**BLOCO 16 – CONHECIMENTO DO PROGRAMA CIDADE ATIVA – CIDADE SAUDÁVEL
(QUESTÕES 95 A 98)**

Neste bloco pretendemos avaliar o conhecimento do programa Cidade Ativa – Cidade Saudável, ofertado pela SEMEL.

QUESTÃO 95. Você **CONHECE** alguma destas atividades promovidas pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer?

Leia o enunciado e em seguida relate as ATIVIDADES descritas nas questões 86.1 a 86.8. Assinale com um “X” a resposta indicada para CADA UMA destas.

- **QUESTÃO 95.1.** Atividades nos núcleos de esporte e lazer
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 95.2.** Ônibus do lazer
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 95.3.** Eventos dos esportes de rendimento (jogos)
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 95.4.** Programa ginástica aeróbica e ritmos
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 95.5.** Festival Cidade Ativa Cidade Saudável
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 95.6.** Copa São José de futsal
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 95.7.** Corridas de rua/ caminhadas e passeios ciclísticos
Leia a ATIVIDADE DESCRITA e assinale com um “X” a resposta indicada.
- **QUESTÃO 95.8.** Outras, quais? _____
Pergunte se há outra(s) atividade(s) que o entrevistado gostaria de relatar e assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **SIM**, TRANSCREVA a(s) atividade(s).

QUESTÃO 96. Você **CONHECE** esta logo? (**Mostrar logo na prancheta**)

Faça a pergunta e em seguida MOSTRE a logo. Assinale com um “X” a resposta indicada.

QUESTÃO 97. Você **CONHECE** o programa Cidade Ativa – Cidade Saudável?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **NÃO**, pule para a questão Q99.

QUESTÃO 98. Como você conheceu o programa?

Leia o enunciado e em seguida relate as MANEIRAS DE DIVULGAÇÃO descritas nas questões 98.1 a 98.5. Assinale com um “X” a resposta indicada para CADA UMA destas.

- **QUESTÃO 98.1.** Mídias sociais

Leia a MANEIRA DE DIVULGAÇÃO e assinale com um “X” a resposta indicada.

- **QUESTÃO 98.2.** Material impresso (Flyer, banner, faixa)

Leia a MANEIRA DE DIVULGAÇÃO e assinale com um “X” a resposta indicada.

- **QUESTÃO 98.3.** Rádio/TV/Jornal

Leia a MANEIRA DE DIVULGAÇÃO e assinale com um “X” a resposta indicada.

- **QUESTÃO 98.4.** Orientação profissional

Leia a MANEIRA DE DIVULGAÇÃO e assinale com um “X” a resposta indicada.

- **QUESTÃO 98.5.** Outros, quais? _____

Pergunte se há outra(s) maneira(s) que o entrevistado gostaria de relatar e assinale com um “X” a resposta indicada. Caso a resposta seja **SIM**, TRANSCREVA a(s) resposta(s).

BLOCO 17 – DADOS DE SAÚDE
QUESTÕES 99 A 110

Neste bloco pretendemos realizar algumas perguntas sobre SUA SAÚDE. Os dados de saúde são utilizados para estudos da situação de saúde das pessoas. Geram informações fidedignas e completas.

QUESTÃO 99. Algum médico já disse que você tem...

- **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 os ossos?
- **QUESTÃO 99.7.** Doença pulmonar?
- **QUESTÃO 99.8.** Depressão?

Você deverá fazer uma pergunta de cada vez. Assinale com um “X” a resposta relatada. Após ler a pergunta, espere a o entrevistado dar a resposta. Caso ele divague na resposta, incentive-o a dar uma resposta bem simples e direta: “Sim” ou “Não”. Se o entrevistado informar que não sabe ou não se lembra, reforce novamente a pergunta “*Algum médico já disse que você tem...*”. **Atenção:** Nessas perguntas é muito importante ressaltar se as “doenças” ou condições acima tiveram diagnóstico médico. Caso ele confirme a resposta, preencha o campo reservado para esta opção. O campo “Não lembra” deve ser preenchido em último caso.

QUESTÃO 100: Você faz uso **CONTÍNUO** de algum medicamento? (**não incluir anticoncepcionais / polivitamínicos**)

Assinale com um “X” a resposta relatada. **LEMBRE-SE:** há uma lista de remédios que podem entrar nesta questão. Caso tenha dúvida se o remédio deve ser contabilizado, anotar o nome e verificar na lista ANTES de codificar a questão. Caso o usuário já relate que é para diabetes ou hipertensão, por exemplo, já pode contabilizar.

QUESTÃO 101: Quantos? (não incluir anticoncepcionais / polivitamínicos)

Preencher com números legíveis o número de medicamentos. Lembre-se, se os números estiverem ilegíveis você poderá ter que entrar em contato com o usuário entrevistado. **LEMBRE-SE: há uma lista de remédios que podem entrar nesta questão. Caso tenha dúvida se o remédio deve ser contabilizado, anotar o nome e verificar na lista ANTES de codificar a questão. Caso o usuário já relate que é para diabetes ou hipertensão, por exemplo, já pode contabilizar.**

QUESTÃO 102: Qual o seu peso?

Preencher com números legíveis no seguinte formato: 86,7 kg. Lembre-se, se os números estiverem ilegíveis você poderá ter que entrar em contato com o usuário entrevistado.

QUESTÃO 103. Qual a sua altura?

Preencher com números legíveis no seguinte formato: 1,92 m. Lembre-se, se os números estiverem ilegíveis você poderá ter que entrar em contato com o usuário entrevistado.

QUESTÃO 104. Você fuma? (considerar apenas o consumo de tabaco, ou seja: cigarro, cachimbo, charuto e cigarro de palha)

Assinale com um “X” a resposta relatada. Após ler a pergunta, espere a o entrevistado dar a resposta. Caso ele divague na resposta, incentive-o a dar uma resposta bem simples e direta: “Sim” ou “Não”. Se a resposta for “Não”, passe para a questão 106.

QUESTÃO 105. Há quanto tempo você fuma?

Preencher com os meses e/ou anos que o usuário relatar fumar. Para codificação dos dados, você deve passar sempre para meses. Por exemplo, se o usuário relatar fumar há 5 anos, na codificação você deverá preencher com 60 meses.

QUESTÃO 106. EM MÉDIA, quantas vezes você esteve na UBS no **último ano**?**QUESTÃO 107.** Qual o tempo **MÉDIO** que você fica na UBS (**sem incluir a consulta**)? (sala de espera, outras atividades)

Preencher com números legíveis os MINUTOS relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar ficar na UBS “3 horas” você deverá preencher com 180 minutos. Caso o usuário não lembre, tente lembrar com ele. **APÓS FINALIZAR** o questionário, preencha o campo de codificação com o tempo em minutos.

QUESTÃO 108. Qual o tempo **MÉDIO** você fica na **CONSULTA**?

Preencher com números legíveis os MINUTOS relatados. Para isso, você deverá converter o tempo de horas para minutos. Exemplo: Se a pessoa relatar ficar na UBS “3 horas” você deverá preencher com 180 minutos. Caso o usuário não lembre, tente lembrar com ele. **APÓS FINALIZAR** o questionário, preencha o campo de codificação com o tempo em minutos.

QUESTÃO 109. Quais foram os motivos das suas vindas na UBS durante o último ano?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” **TODAS** as opções de resposta. Obrigatoriamente você deve realizar uma a uma as questões e obter uma resposta de não ou sim.

Nessa questão queremos saber os motivos das suas vindas na UBS durante o último ano.

QUESTÃO 110. Com qual profissional você costuma consultar?

Faça a pergunta e em seguida leia as opções de resposta. Assinale com um “X” **TODAS** as opções de resposta. Obrigatoriamente você deve realizar uma a uma as questões e obter uma resposta de não ou sim.

Nessa questão queremos saber com qual profissional você costuma consultar nas suas vindas na UBS.

**BLOCO 18 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
QUESTÕES 111 A 132**

Neste bloco pretendemos obter algumas informações pessoais do entrevistado.

QUESTÃO 111. Sexo? (**OBSERVAR E ANOTAR**)

Observar e preencher com um “X” a opção que se aplica. “Masculino” ou “Feminino”.

QUESTÃO 112. Qual sua data de nascimento?

Preencher com números legíveis em formato: dd / mm / aaaa (exemplo: 27/03/1980). Lembre-se, se os números estiverem ilegíveis você poderá ter que entrar em contato com o usuário entrevistado.

QUESTÃO 113. Cor da pele? (**OBSERVAR E ANOTAR**)

OBSERVE e assinale com um “X” a resposta que se aplica.

LEMBRE-SE:

Branca: pessoas com a pele de cor branca.

Preta: pessoas com a pele de cor preta.

Amarela: Pessoas com origem asiática.

Parda: Pessoas que tem algum grau de miscigenação: ancestrais africanos ou indígenas.

Indígena: Pessoas de raça indígena.

QUESTÃO 114. Estado civil?

Assinale com um “X” a resposta relatada.

QUESTÃO 115. Qual sua ocupação profissional?

Preencher com letras legíveis a profissão que o entrevistado relatar. Mulheres que se consideram com “do lar” também deverá ser considerada como profissão.

QUESTÃO 116. Qual seu nível de escolaridade?

Assinale com um “X” a resposta relatada. Fique atento, às vezes algumas pessoas não estão familiarizados com os termos.

Caso a pessoa relatar que nunca estudou, preencha a opção “Analfabeto/fundamental 1 incompleto”.

“Ensino fundamental” é o equivalente ao antigo “1ª à 8ª série do primeiro grau”.

“Ensino médio” é o equivalente ao antigo “1º ao 3º ano do segundo grau”.

“Ensino superior” é quando a pessoa cursou alguma faculdade/universidade.

Em todas as respostas existe a opção “Completo” ou “Incompleto”.

Q117: Quantos destes itens você possui em casa? (indique também se possui empregada):

QUESTÃO 117.1. Banheiros

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

QUESTÃO 117.2. Automóveis

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (pessoal e profissional) não devem ser considerados.

QUESTÃO 117.3. Motocicleta

Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais. Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas.

QUESTÃO 117.4. Microcomputador

Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Não considerar: calculadoras, agendas eletrônicas, tablets, palms, smartphones e outros aparelhos.

QUESTÃO 117.5. Lava louça

Considere a máquina com função de lavar as louças.

QUESTÃO 117.6. Geladeira

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente: Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

QUESTÃO 117.7. Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente: Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

QUESTÃO 117.8. Lava roupa

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

QUESTÃO 117.9. DVD

Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores. Não considere DVD de automóvel.

QUESTÃO 117.10 Micro-ondas

Considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (de micro-ondas e forno elétrico).

QUESTÃO 117.11. Secadora de roupa

Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como uma secadora.

Você deverá fazer uma pergunta de cada vez. Preencher com números legíveis a quantidade os itens relatados em cada questão. Lembre-se, se os números estiverem ilegíveis você poderá ter que entrar em contato com o usuário entrevistado. Caso a pessoa não possuir algum destes itens você deverá preencher o campo com o número 0 (zero).

QUESTÃO 118. Você tem empregado(a) doméstico?

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esqueça de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário. Assinale com um “X” a resposta relatada. Caso a resposta seja **NÃO**, pule para a questão 120.

QUESTÃO 119. Se sim, quantos empregados(as) você tem?

Apenas para quem respondeu **SIM** na questão 118. Assinale com um “X” a resposta relatada.

QUESTÃO 120. Quantas pessoas moram com você?

Assinale com um “X” a resposta relatada.

QUESTÃO 121. Qual o nível de escolaridade DA PESSOA RESPONSÁVEL PELA PARTE FINANCEIRA EM SUA CASA? (perguntar quem é o responsável financeiro primeiro / quem ganha mais)

Assinale com um “X” a resposta relatada. Após ler a pergunta, você deverá dar as opções de resposta ao entrevistado. Fique atento, às vezes algumas pessoas não estão familiarizados com os termos.

Caso a pessoa relatar que nunca estudou, preencha a opção “Analfabeto/fundamental 1 incompleto”.

“Ensino fundamental” é o equivalente ao antigo “1ª à 8ª série do primeiro grau”.

“Ensino médio” é o equivalente ao antigo “1º ao 3º ano do segundo grau”.

“Ensino superior” é quando a pessoa cursou alguma faculdade/universidade.

Em todas as respostas existe a opção “Completo” ou “Incompleto”.

QUESTÃO 122. Em sua casa você possui **água encanada**?

Assinale com um “X” a resposta relatada.

QUESTÃO 123. A rua da sua casa é **pavimentada/asfaltada**?

Assinale com um “X” a resposta relatada.

QUESTÃO 124. Você possui bicicleta em **condições de uso**?

Assinale com um “X” a resposta relatada.

ENDEREÇO COMPLETO

QUESTÃO 125. Rua: Nome da rua onde o usuário mora. **ESCREVER O NOME COMPLETO, SEM ABREVIACÕES**

QUESTÃO 126. Número: Número da casa do entrevistado

QUESTÃO 127. Complemento: Assinale com um “X” a resposta relatada.

QUESTÃO 128. Bairro: Nome do bairro

QUESTÃO 129. CEP: CEP da rua

Caso o usuário não saiba o CEP, você deverá procurar de acordo com a rua para realizar a codificação depois. **NÃO ENTREGAR O QUESTIONÁRIO SEM O PREENCHIMENTO DO CEP.**

QUESTÃO 130. Há quanto tempo você mora nesse endereço?

Preencher com os meses e/ou anos que o usuário relatar. Para codificação dos dados, você deve passar sempre para meses. Por exemplo, se o usuário relatar morar há 5 anos nesse endereço, na codificação você deverá preencher com 60 meses.

QUESTÃO 131. Telefone:

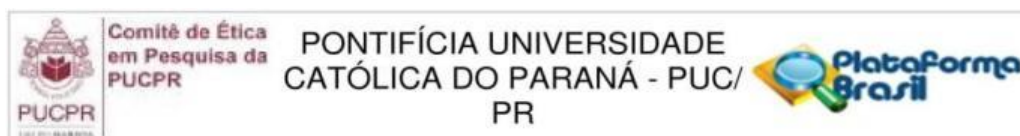
Preencher com números legíveis o telefone residencial e celular (com o código de área). Exemplo (41), (42), (43)).

QUESTÃO 132. Email: Preencher com letras legíveis.

HORÁRIO FINAL:

Preencher com números legíveis no seguinte formato: hh : mm hrs (exemplo: 14:32 hrs)

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP



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 Parana - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.882.260

Apresentação do Projeto:

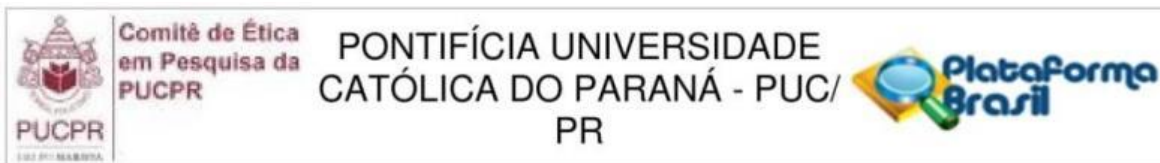
Segundo o pesquisador: "O aconselhamento para o aumento dos níveis de atividade física e a redução do tempo em comportamento sedentário é uma prática efetiva, de fácil aplicabilidade, baixo custo e que pode ser utilizada por diversos profissionais na atenção primária em saúde. Estudos apontam que apesar 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



Continuação do Parecer: 2.882.260

de saúde, a atividade física e o comportamento sedentário de usuários das UBS de São José dos Pinhais-PR."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No projeto, foram apresentados os seguintes Riscos e Benefícios:

1) Riscos: "Pode haver risco de constrangimento de responder algumas perguntas tanto dos profissionais quanto dos usuários das UBS. Porém, 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. Também, antes da aplicação será explicado o objetivo da pesquisa e o tema das questões, e só terá início a aplicação mediante aceite e assinatura do TCLE."

2) Benefícios: "O benefício direto na participação do estudo é 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, seguindo as diretrizes e recomendações mundiais, para a melhor compreensão e aderência dos usuários."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância acadêmico-científica.

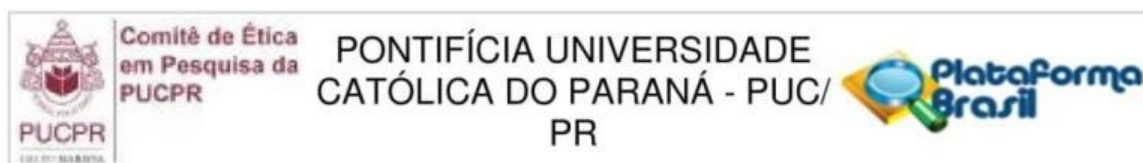
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos obrigatórios, em conformidade com as Resoluções nºs 466/12 e 510/16, ambas do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa aprovado, pois em consonância com os ditames éticos e legais das Resoluções nºs 466/12 e 510/16, ambas do CNS.

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



Continuação do Parecer: 2.882.260

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê.

Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

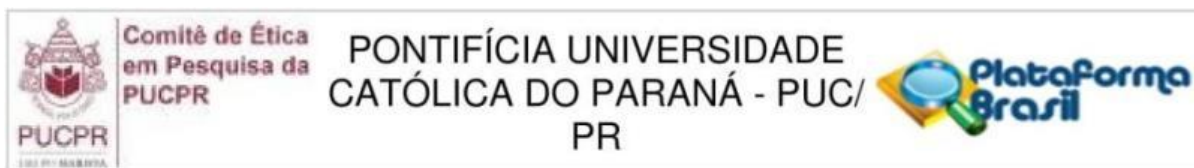
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1195848.pdf	27/08/2018 10:53:21		Aceito
Outros	Questionario1.pdf	27/08/2018 10:52:00	Rogério César Fermينو	Aceito
Outros	Questionario.pdf	27/08/2018 10:51:36	Rogério César Fermينو	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.pdf	27/08/2018 10:49:58	Rogério César Fermينو	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/08/2018 10:49:31	Rogério César Fermينو	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_UBS.docx	13/08/2018 13:12:40	Rogério César Fermينو	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	13/08/2018 13:06:23	Rogério César Fermينو	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	13/08/2018 13:05:13	Rogério César Fermينو	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

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



Continuação do Parecer: 2.882.260

Não

CURITIBA, 10 de Setembro de 2018

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

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