



Efeitos de um programa de aconselhamento nos níveis de atividade física de profissionais de saúde

Effects of a counseling program on physical activity levels of health professionals

AUTORES

Leandro Augusto Bisetto¹
Leticia Fernanda Belo²
Lorena Jorge Lorenzi²
Fábio Leandro da Silva³
Caroline Muniz Catarino¹
Elisabeth Fernandes¹
Paulo Henrique Guerra⁴
Vivian Aline Mininel³
Grace Angélica de Oliveira Gomes¹

1 Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Gerontologia, São Carlos, São Paulo, Brasil.

2 Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia, São Carlos, São Paulo, Brasil.

3 Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, São Carlos, São Paulo, Brasil.

4 Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Departamento de Educação Física, Rio Claro, São Paulo, Brasil.

CONTATO

Grace Angélica de Oliveira Gomes

grace@ufscar.br

Rod. Washington Luís, s/n - Monjolinho,
São Carlos, São Paulo, Brasil.

CEP: 13565-905.

DOI

10.12820/rbafs.30e0385



Este trabalho está licenciado com uma Licença
Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional.

Copyright© 2025 Leandro Augusto Bisetto,
Leticia Fernanda Belo, Lorena Jorge Lorenzi,
Fábio Leandro da Silva, Caroline Muniz
Catarino, Elisabeth Fernandes, Paulo Hen-
rique Guerra, Vivian Aline Mininel, Grace
Angélica de Oliveira Gomes.

RESUMO

Objetivo: Analisar os efeitos de uma intervenção de aconselhamento nos níveis de atividade física (AF) de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de São Carlos, São Paulo. **Métodos:** Foi conduzido um estudo controlado e randomizado em 22 unidades da APS entre os anos de 2018 e 2019, com 58 participantes aleatoriamente alocados entre os grupos de intervenção (GI) (n = 29) e controle (GC) (n = 29). A intervenção consistiu em quatro encontros presenciais semanais com entrega de materiais educativos e mensagens motivacionais enviadas diariamente no smartphone. Foram coletados dados sociodemográficos e o nível de AF por meio do Questionário Internacional de Atividade Física, versão longa. Os GI e GC foram avaliados logo após e 12 semanas após o término da intervenção (follow-up). **Resultados:** Apesar de as alterações positivas nas proporções de mudanças nos níveis de AF no GI comparado ao GC, não houve alterações significativas nos níveis de AF no deslocamento (p = 0,758; p = 0,373) e na soma de AF de lazer e deslocamento (p = 0,274; p = 0,944), na comparação entre 12 semanas após a intervenção (follow-up) e o momento pré-intervenção. **Conclusão:** a intervenção foi considerada viável, sendo uma possibilidade de aplicação em grande escala na APS.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Promoção da saúde; Comportamento; Exercício físico; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the effects of an intervention, based on the practice of counseling, on the physical activity (PA) levels of Primary Health Care (PHC) workers in the city of São Carlos, São Paulo. **Methods:** A controlled and randomized pilot study was conducted in 22 PHC Centers between 2018 and 2019, with 58 participants randomly allocated between the intervention (IG) (n = 29) and control (CG) (n = 29) groups. The intervention consisted of four weekly face-to-face meetings, together with the delivery of educational materials and motivational messages sent daily on the smartphone. Sociodemographic data and PA level were collected using the long version of the International Physical Activity Questionnaire. The IG and CG were evaluated after (post-intervention) and 12 weeks after the intervention (follow-up). **Results:** Despite the greater proportions of positive changes in PA levels in the IG compared to the CG, there were no significant changes in PA levels during commuting (p = 0.758; p = 0.373) and in the sum of leisure and com-muting PA (p = 0.274; p = 0.944), when comparing 12 weeks after the intervention (follow-up) and the pre-intervention moment. **Conclusion:** The intervention was considered viable, with a possibility of large-scale application in PHC.

Keywords: Occupational health; Health promotion; Behavior; Exercise; Primary Health Care.

Introdução

Os benefícios da atividade física (AF) para saúde são bem conhecidos. Em uma perspectiva multidimensional, servem para a prevenção e controle de Doenças

Crônicas Não Transmissíveis e diminuição das taxas de mortalidade^{1,2}. No entanto, apenas um a cada quatro sujeitos atinge as recomendações mundiais de AF moderadas e vigorosas^{3,4}, mostrando a necessidade de

maior oferta de espaços que promovam um estilo de vida mais saudável para a população⁵.

No Brasil, a oferta de ações voltadas à promoção de comportamentos saudáveis na população pode ocorrer na Atenção Primária à Saúde (APS), conforme recomendado pela Política Nacional de Promoção da Saúde, que indica o aconselhamento como estratégia que pode favorecer e estimular os usuários quanto a prática de AF e a adoção de estilo de vida saudável, o que coloca em destaque o papel dos profissionais de saúde como agentes de promoção e educação em saúde⁶⁻⁹.

Apesar disso, segundo evidências científicas, grande parte desses profissionais apresentam problemas relacionados à saúde, como presença de altos níveis de estresse, sobrepeso e questões emocionais¹⁰⁻¹². Esses fatores podem influenciar negativamente a assistência prestada ao usuário, em decorrência da queda da produtividade, prejuízos emocionais, econômicos e insatisfação do usuário em relação ao atendimento^{10,12,13}. Sendo assim, observa-se a necessidade de oferecimento de ações específicas de promoção de hábitos de vida saudáveis para esses trabalhadores, como a prática de AF, principalmente no ambiente laboral¹⁴.

Por meio da oferta de AF supervisionadas para profissionais de um hospital no Canadá¹⁵, pesquisadores identificaram um aumento de 18,8 minutos de AF moderada semanal após a intervenção. Estudos apontam a relevância das intervenções em diferentes locais de trabalho para melhoria da qualidade de vida e saúde dos trabalhadores^{14,15}. Ademais, estudos apontam que profissionais de saúde que conhecem e realizam AF, além de se beneficiarem com a prática, sentem-se mais preparados para aconselhar e são mais propensos a realizar aconselhamento durante sua prática clínica, dado que deve ser olhado com atenção, visto que mais da metade da população brasileira usufrui do programa Estratégia de Saúde da Família¹⁶.

Estudos brasileiros sugerem efeitos promissores de ações educativas e aconselhamento sobre prática de AF na APS para usuários, mas pouco se sabe se ações também são oferecidas para os profissionais, e se as características dos modelos existentes, no que se refere a tempo de aconselhamento, aconselhamento individual e ações aplicadas com diferentes estratégias, têm sido efetivas para esse público^{10,17,18}. Propostas de estudo com esse objetivo são importantes, pois podem aprimorar ações de promoção de saúde voltadas para trabalhadores da APS e afetar positivamente o controle de fatores de risco para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que tange a composição de intervenções, as estratégias comportamentais que utilizam técnicas de definição de objetivos, aconselhamento individual e entrevistas motivacionais, parecem ser mais eficazes quando comparadas com programas gerais de compartilhamento de informações ou exercícios supervisionados¹⁹. Ademais, os achados demonstram intervenções multicomponentes apresentam maior probabilidade de alcançar a efetividade, uma vez que são oferecidos ao participante diferentes recursos para apoiá-lo e orientá-lo por todo o processo, como instruções com cunho educacional, definição de metas, identificação e superação de barreiras, orientações sobre como utilizar o espaço urbano e levantamento de equipamentos que auxiliam na execução da prática de AF¹⁹.

Além disso, uma possível estratégia adicional em programas de aconselhamento em saúde é o uso de dispositivos móveis, que favorecem a comunicação e podem facilitar o processo motivacional de mudança de comportamento²⁰⁻²². No entanto, ainda é escassa a quantidade de estudos que utilizam ferramentas tecnológicas como um dos componentes da intervenção ou que foquem em intervenções de aconselhamento especificamente para os profissionais de saúde da APS. Nesse sentido, o presente estudo analisou os efeitos de uma intervenção de aconselhamento nos níveis de AF de trabalhadores da Atenção Básica imediatamente após a intervenção e durante o follow-up (12 semanas após o término da intervenção).

Métodos

Delineamento de estudo

Entre 2018 e 2019 conduziu-se um estudo de intervenção controlado e randomizado em unidades de saúde da APS-SUS. No momento da presente investigação, o município contava com 12 Unidades Básicas de Saúde e 21 Unidades de Saúde da Família, totalizando 805 trabalhadores da Atenção Básica. Em torno de 83% das Unidades Básicas de Saúde e 85% Unidades de Saúde da Família aceitaram participar do estudo proposto. Foram avaliados os efeitos de um programa de aconselhamento, que visou o aumento da prática de AF em comparação a um grupo de trabalhadores da saúde que não recebeu nenhum tipo de intervenção.

O processo de randomização foi conduzido por uma pessoa externa à pesquisa pelo software Random por meio de envelopes lacrados. Para controle de eventuais diferenças no momento pré-intervenção, os trabalhadores foram pareados considerando a unidade de

saúde onde trabalhavam e a idade (± 10 anos). A alocação dos trabalhadores nos Grupo de Intervenção (GI) ou Controle (GC).

Após a alocação dos participantes, realizou-se um telefonema para agendamento do primeiro encontro, onde realizou-se a avaliação do momento pré-intervenção. Os efeitos da intervenção foram avaliados após as quatro semanas de protocolo de intervenção (avaliação pós-intervenção) e três meses após o término da intervenção (follow-up).

A escrita do presente estudo foi balizada nos itens do Consort Statement (Consolidated Standards of Reporting Trials)²³. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos aprovou o estudo. O protocolo da pesquisa foi cadastrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos, número do registro: RBR – 7ph66k.

Participantes

Foram incluídos trabalhadores de saúde atuantes na APS-SUS da cidade de São Carlos-São Paulo, sem distinção entre seus núcleos de formação e/ou atividades desenvolvidas nas unidades de saúde ($n = 805$). Foram excluídos os trabalhadores da saúde: (i) com frequência inferior a 75% nas sessões da intervenção; (ii) que foram desligados da unidade (e.g., demissão, exoneração e pedido de demissão); e (iii) os que se recusaram a ser entre-

vistados e/ou participar das intervenções após o sorteio.

O convite e recrutamento dos profissionais se deu a partir de distintas estratégias, iniciando-se pelo encaminhamento de e-mails da equipe de pesquisa para o secretário municipal de saúde e para os gestores das unidades de saúde do município. Os trabalhadores da saúde inicialmente interessados, em um segundo momento, disseminaram o convite nas reuniões de equipe, ocorridas nas unidades de saúde, bem como nas redes sociais, destacando os grupos do aplicativo WhatsApp. Estes contatos, essencialmente, visavam a explanação do projeto.

Grupo de intervenção

O protocolo do GI foi implementado pela equipe de pesquisa, previamente treinada, a partir da realização de quatro encontros semanais presenciais (≈ 40 minutos cada), durante as quatro semanas de intervenção, sendo as temáticas e abordagens baseadas no Modelo Integrado de Mudança de Comportamento para Atividade Física, proposto por Hagger e Chatzisarantis²⁰. A intervenção durou em torno de quatro semanas para cada participante. Os participantes realizaram uma primeira avaliação antes da intervenção (M1) e, após o período de aplicação da intervenção, os profissionais foram convidados a realizar uma nova avaliação (M2), além de uma avaliação 12 semanas após o término da intervenção (M3).

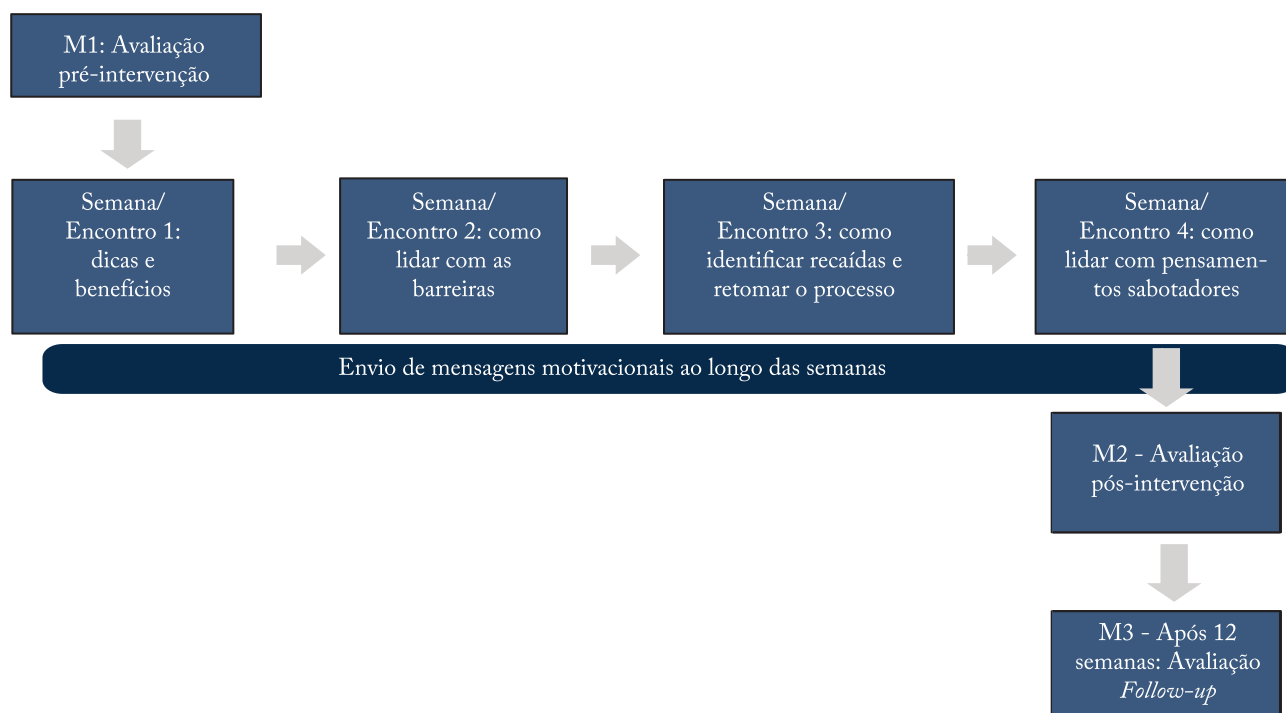


Figura 1 – Etapas de avaliação e intervenção proposta. 2019

A Figura 1 apresenta as etapas de avaliação e intervenção proposta. Maiores informações sobre o protocolo de intervenção podem ser encontradas no estudo de Gomes et al.²⁴.

Os encontros ocorreram nas unidades de saúde, com autorização prévia do gestor responsável, seguindo datas e horários agendados previamente pelo profissional. Os encontros envolveram a oferta de aconselhamento sobre distintos temas da AF, entrega de panfletos referentes às temáticas abordadas e elaboração de plano de autogestão. Além disso, os profissionais eram encorajados a aumentar seus níveis de AF em, pelo menos, 10 minutos a mais do que estavam habituados a realizar.

Conforme apresentado pelo Modelo Integrado de Mudança de Comportamento para Atividade Física, a comunicação é elemento-chave para adoção do hábito da prática de AF, considerando a disseminação de informações que incentivam a incorporação e consolidação desta prática na rotina diária, principalmente o debate sobre as vantagens da AF na saúde, as desvantagens que a não adoção deste hábito pode desencadear, e o debate sobre barreiras e estratégias de enfrentamento²⁰. Este modelo que faz uma junção de várias teorias clássicas da área, as quais apoiam a construção conjunta entre participante e intervenor de uma proposta de inserção de AF em suas rotinas bem como as suas metas.

Em vista disso, foi considerada adequada a proposta de aconselhamento da prática de AF para profissionais da APS, sendo adotada a seguinte estratégia e temas abordados:

- 1º encontro: benefícios da AF e dicas da mudança de comportamento, como tempo de prática de AF sugerido pelos órgãos internacionais de saúde, o impacto positivo na prática de AF na saúde e opções de AF. Além disso, nesse encontro, o profissional era convidado a relatar suas rotinas diárias, preenchendo em um papel com indicações das horas do dia, para identificação de momentos em que a prática de AF poderia ser incorporada, propiciando o planejamento de ações e o automonitoramento do comportamento;
- 2º encontro: eventuais barreiras, momento no qual o profissional era convidado a refletir sobre as barreiras controláveis e não-controláveis que atrapalhavam a incorporação do hábito, e junto ao aconselhador, pensar em estratégias para superá-las;
- 3º encontro: recaída e retomada ao comportamento desejado, no qual foi realizada uma escuta ativa das

dificuldades do profissional, as quais são naturais em um processo de mudança de hábitos, e foi aplicada a motivação e orientação para continuidade do processo, reforçando a importância do planejamento da rotina diária;

- 4º encontro: pensamentos sabotadores da mudança de comportamento, no qual foi debatido sobre enfrentar os pensamentos sabotadores, sempre tendo em mente as vantagens da adoção da prática de AF na rotina diária, além de reforçar a importância do automonitoramento e autoconfiança.

A sessão de aconselhamento era realizada em um modelo de interação entre profissional e aconselhador, de forma que o profissional decidia e indicava em que momento de sua rotina era possível aumentar a prática de AF. Em cada encontro foi preenchido, juntamente com o profissional, um plano de ação, em que o mesmo estabelecia metas que ele pretendia alcançar durante a intervenção e se comprometia com elas. Ao final das avaliações iniciais e finais cada um dos profissionais de saúde receberam uma devolutiva sobre seus hábitos de vida analisados. Além dos encontros presenciais, os profissionais submetidos à intervenção escolheram qual a frequência (3 a 5 vezes por semana) e o tipo de mensagem (motivacionais, educacionais e/ou orientadoras) gostariam de receber em forma de *Short Message Service*.

Em relação à natureza das mensagens, elas poderiam ser motivacionais, orientações educativas sobre AF e os benefícios dessa prática, consequências do mau hábito, lembretes, áudios com orientações, e vídeos motivacionais de um membro do projeto. Sobre a frequência das mensagens, o participante poderia escolher quantos dias da semana ele gostaria de receber as mensagens, incluindo os finais de semana. Além disso, o participante pôde assinalar se gostaria que a equipe entrasse em contato para envio do material motivacional por outros meios, como chamada de vídeo, ligação telefônica, E-mail, Facebook ou WhatsApp. Após o último encontro presencial realizou-se a avaliação pós-intervenção.

Grupo controle

Profissionais do GC foram convidados para os três momentos de avaliação do estudo: momento pré-intervenção; pós-intervenção (após o término da intervenção) e follow-up (12 semanas após o término da intervenção). Apenas no momento da avaliação pós-

-intervenção que cada participante do GC assistiu a uma palestra com duração média de 90 minutos em que abrangeu todos os temas trabalhados com o GI.

Variáveis do estudo

- Dados sociodemográficos e da unidade de saúde – Idade, gênero, anos de estudo, renda familiar, profissão e tempo na função atual do profissional de saúde foram avaliados, bem como o nome da unidade em que o profissional atuava.
- Atividade física – Foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física, validado na versão brasileira. As AF realizadas no “tempo livre” e no “deslocamento” foram o desfecho primário do presente estudo, destacando os subitens: (i) caminhada no lazer; (ii) AF moderada no lazer; (iii) AF vigorosa no lazer; (iv) tempo de lazer; (v) deslocamento; (vi) AF no lazer e (vii) tempo sentado. Foram analisados somente os domínios lazer e deslocamento porque foram temas dos aconselhamentos realizados²⁵.

Os dados foram coletados em três momentos, sendo M1 o inicial (primeiro contato com a pessoa), M2 após a intervenção e M3 follow-up de 3 meses.

Análises

Os dados coletados foram digitalizados e sistematizados em planilhas eletrônicas de Excel, versão 2016 e *Statistical Package for the Social Sciences*. Pesquisadores que não participaram do processo de implementação do protocolo conduziram as análises, que envolveram: análise descritiva, incluindo média, desvio padrão (DP), mediana, frequência absoluta e frequência relativa, assim como os intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Para verificação das possíveis mudanças dos níveis de AF, foi utilizada a análise dos deltas descritivos referentes aos períodos pós-intervenção e pré-intervenção (símbolo triângulo 1), e follow-up e pré-intervenção (símbolo triângulo 2). Foi considerado que houve mudança quando os participantes alteraram seus níveis de AF em pelo menos 10 minutos nos tempos de lazer, deslocamento ou a somatória entre lazer e deslocamento.

Resultados

A Figura 2 detalha o processo de seleção dos participantes da pesquisa. Resumidamente, do total de 805 trabalhadores da APS-SUS na cidade de São Carlos, 96 trabalhadores demonstraram interesse em participar do estudo. Entretanto, em vista das 38 desistências pré-

vias à avaliação do momento pré-intervenção, 58 trabalhadores da saúde foram randomizados para o GI e GC (compostos por 29 integrantes cada). Ao longo do seguimento, foram observadas mais quatro desistências (GI e GC com duas cada), devido ao desinteresse em continuar no estudo, aposentadoria, sobrecarga de trabalho e problemas pessoais, totalizando 27 integrantes em cada grupo.

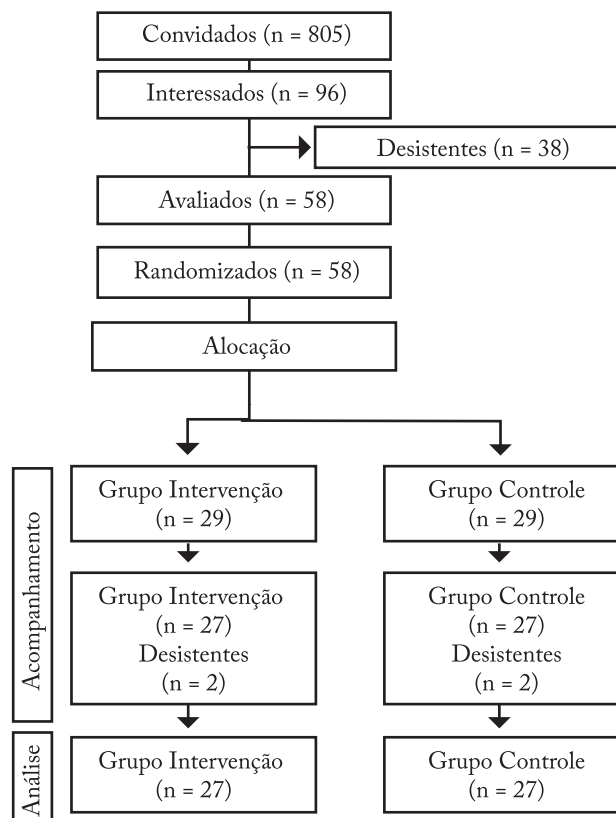


Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção dos participantes da pesquisa. 2019

A média de idade das participantes do GC foi de 46,8 ($\pm$ 11,6 anos), ao passo que no GI observou-se valor igual a 41,1 $\pm$ 7,0 anos ($p = 0,049$). Em relação aos anos de estudo, o GC e GI apresentaram 14,7 $\pm$ 3,1 anos e 15,1 $\pm$ 3,3 anos, respectivamente. O GC tinha renda familiar de 6,6 $\pm$ 5,8 salários mínimos, enquanto o GI tinha 4,7 $\pm$ 2,6. Esses e outros resultados podem ser encontrados na Tabela 1.

A Figura 3 representa as possíveis mudanças que possam ter ocorrido referentes aos deltas 1 ($\Delta 1$) e delta 2 ($\Delta 2$).

Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, percebe-se uma tendência de melhoria por meio das proporções apresentadas na Figura 3, o que

Tabela 1 – Características dos grupos intervenção e controle no início da investigação. 2019.

	Grupo Intervenção (n = 27)		Grupo Controle (n = 27)	
	Média (± DP)	%	Média (± DP)	%
Idade (anos)	41.1 ± 7,0		46.8 ± 11,6	
Gênero feminino		100		100
Anos de estudo	15.1 ± 3,3		14.7 ± 3,1	
Renda Familiar (salário mínimo)	4.7 ± 2,6		6.6 ± 5,8	
Tempo na função atual (anos)	9,9 ± 7.9		12,0 ± 6.9	
Profissão	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	6	22,2	8	29,6
Auxiliar Administrativo	1	3,7	0	0
Auxiliar de Enfermagem	7	26,0	4	14,8
Auxiliar de Saúde Bucal	3	11,1	1	3,7
Auxiliar de Serviços Gerais	0	0	3	11,1
Dentista	0	0	2	7,4
Enfermeira	5	18,5	2	7,4
Fonoaudióloga	1	3,7	1	3,7
Gestora de Processos	1	3,7	0	0
Médica	0	0	1	3,7
Nutricionista	1	3,7	1	3,7
Recepcionista	0	0	1	3,7
Técnica de Enfermagem	1	3,7	2	7,4
Terapeuta Ocupacional	1	3,7	0	0
Missing	0	0	1	3,7

pode fortalecer a relação do trabalhador da APS com a prática de AF.

Discussão

Os principais resultados desse estudo contribuem com indicativos de que os profissionais que receberam aconselhamento alteraram ligeiramente suas proporções de nível de AF no tempo de lazer, contudo, o resultado não foi estatisticamente significativo. Trata-se de um estudo pioneiro com intervenção direta de promoção de AF especificamente com os profissionais de saúde da APS. Os estudos similares tratam apenas de efeito de intervenções com aconselhamento e educação em saúde referentes a treinamento dos profissionais para aconselhar os usuários da APS^{18,26,27}, empresas privadas¹⁴ ou hospitais¹⁵.

Embora os estudos existentes se refiram à intervenções de treinamento de profissionais de saúde para orientar a população, esta vivência de educação em saúde durante a capacitação na temática de AF pode afetar indiretamente a percepção de capacidade e a motivação para o aconselhamento durante as consultas com os

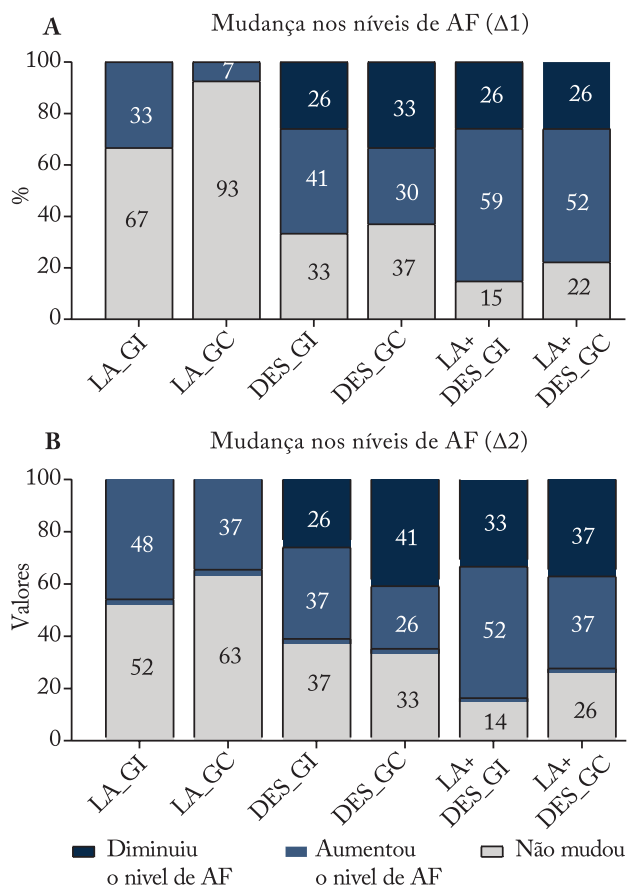


Figura 3 – Mudanças nos níveis de atividade física nos tempos de lazer, deslocamento e somatória de lazer e deslocamento de acordo com Δ1 e Δ2.

Legenda: AF = atividade física; Δ1 = Pós intervenção e pré-intervenção; Δ2 = Follow-up e pré-intervenção; LA_GI = atividade física no tempo de lazer do grupo intervenção; LA_GC = atividade física no tempo de lazer do grupo controle; DES_GI = atividade física no deslocamento do grupo intervenção; DES_GC = atividade física no deslocamento do grupo controle; LA+DES_GI = Somatória de atividade física no lazer e no deslocamento do grupo intervenção; LA+DES_GC = Somatória de atividade física no lazer e no deslocamento do grupo controle.

usuários da APS^{16,28,29}. Da mesma forma, apesar de não ter sido objetivo direto da presente investigação, é importante ressaltar que a adoção de um hábito saudável e a percepção de melhorias de saúde pelo profissional de saúde com este comportamento pode contribuir para uma maior frequência de aconselhamento para prática de AF na APS.

Os componentes da intervenção desta investigação foram sessões de aconselhamento individual, mensagens motivadoras no smartphone e entrega de materiais educativos. Outras investigações propuseram outros protocolos de intervenção. Alguns ofereciam a prática de AF supervisionada¹⁴, tempos maiores de intervenção^{14,15}, mas não foram encontrados estudos

com propostas similares especificamente com profissionais de saúde da APS para uma comparação mais robusta dos dados desta pesquisa. Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, percebe-se uma tendência de melhoria por meio das proporções apresentadas na figura 3, o que pode fortalecer a relação do trabalhador da APS com a prática de AF.

O presente estudo mostrou que uma parte dos profissionais não mudaram seus níveis de AF. Segundo Filgueira et al.²⁴, a temática de hábitos de vida para profissionais de saúde perpassa por questões financeiras e algumas confusões conceituais entre interesse em mudanças de hábito versus o hábito propriamente dito, resultando em comportamentos ora direcionados por conceitos biomédicos, ora pelos seus desejos, cultura e contexto social³⁰. Além disso, Gomes et al.²⁴ indicam que as principais barreiras são falta de tempo, níveis de estresse, falta de rede de apoio nos cuidados familiares.

Estratégias como o envio de mensagens motivacionais e lembretes pelo celular podem auxiliar no aumento dos níveis de AF e na mudança de comportamento devido ao maior acesso à informação e comunicação, o que se alinha com as mudanças tecnológicas, as quais vêm ocorrendo nos meios de comunicação e prestação de serviços²⁰⁻²². Cheval et al.³¹ observaram que, apesar das mensagens não possuírem efeitos diretos sobre a AF, elas estão relacionadas ao aumento das intenções da prática da mesma.

Esta investigação escolheu analisar os efeitos de um programa de curta duração utilizando a estratégia de aconselhamento, que, além de ser possivelmente de baixo custo, é possivelmente mais viável para gestores de saúde implementarem na rotina de trabalho das unidades. A revisão de Maniva et al.³² aponta a importância de estratégias e componentes similares à presente investigação, uma vez que o profissional de saúde ganha autonomia no processo de mudança e os materiais fornecidos servem de apoio.

Programas de intervenção para promoção de AF e que utilizam o aconselhamento como estratégia principal são delineados como combinações planejadas de aprendizagem que permitem a troca de experiências e apoio facilitador aos participantes, onde metas são estabelecidas, gerenciando recaídas e automonitoramento do progresso²⁶. A comunicação nas atividades permite que o indivíduo reflita e aja na prevenção e controle de doenças, por ser vista como um mecanismo de troca entre o conhecimento científico e o senso comum. Nas perspectivas, a proposta do estudo foi uma opção

de escolha para ocorrer a mudança de comportamento desejada em longo prazo¹⁹.

A presente pesquisa possui algumas fortalezas: utilização de método de estudo clínico randomizado, análise follow-up, aplicação de sessão de aconselhamento presencial e uso de tecnologia como estratégia motivacional e de monitoramento. A abordagem utilizada nos encontros de aconselhamento baseou-se em um Modelo Integrado de Mudança de Comportamento para Atividade Física, que é cientificamente bem reconhecido²⁰. Por fim, os resultados de percepção de mudanças positivas estão descritos qualitativos no estudo de Gomes et al.²⁴, o que fortalece a robustez do protocolo de intervenção utilizado.

O estudo apresenta algumas limitações que devem ser mencionadas. Apesar da ampla divulgação e incentivo direto aos profissionais durante as reuniões de equipe em todas as unidades de saúde do município, houve interesse de somente 7% dos trabalhadores da rede de saúde, e boa parte deles já eram ativos fisicamente. O tamanho da amostra foi, portanto, limitado para análises estatísticas e conclusões mais robustas. O instrumento IPAQ permite análises de domínios separadamente, entretanto medidas objetivas como a acelerometria, estudos qualitativos e que explorem diferentes períodos de intervenção (longos e curtos) são recomendados em futuros estudos.

Conclusão

Conforme os principais resultados obtidos nesse estudo, foi possível perceber que apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, foi identificada uma discreta melhoria das proporções de níveis de AF²⁰. O modelo de intervenção proposto pode ser viável, e ao ser realizado em alta escala em futuros estudos, pode mostrar resultados positivos de mudança de comportamento de AF para profissionais da APS.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Contribuição dos autores

Bisetto LA, Belo LF, Lorenzi LJ, Silva FL, Catarino CM: Desenvolvimento, implementação e teste de software; Validação de dados

e experimentos; Análise de dados; Pesquisa; Disponibilização de ferramentas; Curadoria de dados; Supervisão; Administração do projeto; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação - revisão e edição; Aprovação da versão final do manuscrito. Fernandes E, Guerra PH: Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação - revisão e edição; Aprovação da versão final do manuscrito. Mininel VA, Gomes GAO: Conceitualização; Metodologia; Desenvolvimento, implementação e teste de software; Validação de dados e experimentos; Análise de dados; Pesquisa; Disponibilização de ferramentas; Curadoria de dados; Supervisão; Administração do projeto; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação - revisão e edição; Aprovação da versão final do manuscrito.

Declaração quanto ao uso de ferramentas de inteligência artificial no processo de escrita do artigo

Os autores não utilizaram de ferramentas de inteligência artificial para elaboração do manuscrito.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Os dados estão disponíveis sob demanda dos pareceristas.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Carlos por autorizar a divulgação e coleta de dados da presente investigação nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família.

Referências

1. Lee I-Min, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of Physical on Major non-communicable Diseases worldwide: an Analysis of Burden of Disease and Life Expectancy. *The Lancet*. 2012;380(9838):219–29. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61031-9).
2. Lear SA, Hu W, Rangarajan S, Gasevic D, Leong D, Iqbal R, et al. The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study. *The Lancet*. 2017;390(10113):2643–54. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)31634-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)31634-3).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. VIGITEL Brasil 2023. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
4. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1077–86. doi: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30357-7).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de atividade física para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf> [2021 jun].
6. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, da Silva MMA. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(2):1–2. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde - Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
8. Malta DC, Moraes OL, Silva MMA da, Rocha D, Castro AM de, Reis AAC dos, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(21):1683–94. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Cadernos de Atenção Básica n. 41. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
10. Cordioli DFC, Cordioli Junior JR, Gazetta CE, Silva AG, Lourenção LG. Occupational stress and engagement in primary health care workers. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1580–7. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0681>.
11. Sposito LAC, Guerra PH, Kokubun E. Estratégias de aconselhamento breve sobre atividade física desenvolvidas por profissionais de saúde: aconselhamento breve de Atividade Física. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2023;36(36):12–2. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2023.13577>.
12. Lima AS, Farah BF, Bustamante-Teixeira MT. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. *Trab educ saúde*. 2017;16(1):283–304. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00099>.
13. Seidi H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2024;38:24–108. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>.
14. Grande AJ, Silva V, Manzatto L, Rocha TBX, Martins GC, Vilela Junior GB. Comparação de intervenções de promoção à saúde do trabalhador: ensaio clínico controlado randomizado por cluster. *Rev Bras Cineantropometria Desempenho Hum*. 2013;15(15):27–37. doi: <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2013v15n1p27>.
15. Hamm NC, Kehler DS, Hay JL, Stammers AN, Strachan SM, Bouchard DR, et al. A Quasi-Experimental Study Examining the Impact and Challenges of Implementing a Fitness-Based Health Risk Assessment and a Physical Activity Counseling Intervention in the Workplace Setting. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2019;6(6):2333392819884183. doi: <https://doi.org/10.1177/2333392819884183>.
16. Moraes SQ, Santos, ACB, Fermino RC, Rech CR. Aconselhamento para atividade física realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2022;27(09):3603–14. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.20192021>.
17. Guerra PH, Soares HF, Mafra AB, Czarnobai I, Cruz GA, Weber WV, et al. Educational interventions for physical activity among Brazilian adults: systematic review. *Rev Saude Publica*. 2021;55:110. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003236>.

18. Neto JMD, Brito GEG, Loch MR, Silva SS, Costa FF. Aconselhamento para atividade física na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Movimento*. 2020;26:e26075. doi: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.104360>.
19. Ribeiro EHC, Garcia LMT, Salvador EP, Costa EF, Andrade DR, Latorre MRDO, et al. Avaliação da efetividade de intervenções de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017;51(51):56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006654>.
20. Hagger MS, Chatzisarantis NLD. An Integrated Behavior Change Model for Physical Activity. *Exerc Sport Sci Rev*. 2014;42(2):62–9. doi: <https://doi.org/10.1249/jes.0000000000000008>.
21. Christinelli HCB, Souza JMS de, Costa MAR, Teston ÉF, Borim MLC, Fernandes CAM. Eficácia de um programa de reeducação alimentar e prática de exercício físico na obesidade. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(41):e20190213. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190213>.
22. Moraes CF de, Oliveira MS de. A entrevista motivacional em grupos de obesas no tratamento da compulsão alimentar periódica. *Aletheia*. 2011;0(35-36).
23. Boutron I, Altman DG, Moher D, Schulz KF, Ravaud P. CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. *Ann Intern Med*. 2017;167(1):40. doi: <https://doi.org/10.7326/m17-0046>.
24. Gomes GAO, Belo LF, Coelho M, Paixão AP, Bisetto LA, Lorenzi LJ, et al. Intervenção de mudança de comportamento relacionada ao estilo de vida de trabalhadores da Atenção Básica: um estudo qualitativo. *Rev. bras. Saúde ocup*. 2024;50(8):1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/01924en2025v50e8>.
25. Matsudo S, Araújo T, Marsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira Luis C, Bagion, G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2001;6(2):05-18. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v6n2p5-18>.
26. Häfele V, Siqueira FV. Intervenções com profissionais de saúde da atenção primária sobre aconselhamento à atividade física: revisão sistemática. *J. Phys. Educ*. 2018;30(1):3021. doi: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v30i1.3021>.
27. Spósito LC, Guerra PH, Guimarães JC, Dopp Erik Vinicius, Yoong S, Elsangedy HM, et al. Assessment of educational interventions for primary health care professionals in Latin America on the content of physical activity: a scoping review. *Motriz: revista de educação física*. (No prelo) 2024.
28. Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3778-2>.
29. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GAO, Parra DC, Siqueira FV, et al. Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. *BMC Public Health*. 2015;15(344). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1643-3>.
30. Figueira TR, Davis NA, Morais MN, Lopes ACS. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. *Trab educ saúde*. 2015;13(1):181–200. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00021>.
31. Cheval B, Sarrazin P, Isoard-Gautheur S, Radel R, Friese M. Reflective and Impulsive Processes Explain (In)effectiveness of Messages Promoting Physical Activity: A Randomized Controlled Trial. *Health Psychol*. 2015; 34(1):10-19. doi: <https://doi.org/10.1037/hea0000102>.
32. Maniva SJCF, Carvalho ZMF, Gomes RKG, Carvalho REFL, Ximenes LB, Freitas CHA. Educational technologies for health education on stroke: an integrative review. *REBEn*. 2018;71(suppl 4):1724–31. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0041>.

Recebido: 10/06/2024

Revisado: 20/08/2024

Aprovado: 09/01/2025

Editor Chefe

Átila Alexandre Trapé 
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,
São Paulo, Brasil.

Editor de Seção

Mathias Roberto Loch 
Universidade Estadual de Londrina, Lon-
drina, Paraná, Brasil.

Como citar este artigo:

Bisetto LA, Belo LF, Lorenzi LJ, Silva FL, Catarino CM, Fernandes E, Guerra PH, Minine VA, Gomes GAO. Efeitos de um programa de aconselhamento nos níveis de atividade física de profissionais de saúde. *Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde*. 2025;30:e0385. doi: [10.12820/rbafs.30e0385](https://doi.org/10.12820/rbafs.30e0385)