



Conhecimento de profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde no Brasil sobre a associação entre inatividade física e morbidades

Knowledge of professionals in Basic Health Units in Brazil on the association between physical inactivity and morbidities

AUTORES

Thiago T Borges^{1,2}
Fernando C Barros^{1,3}
Gregore I Mielke³
Diana C Parra⁴
Fernando V Siqueira⁵
Pedro C Hallal³

1 Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

2 Instituto Federal Sul-rio-grandense – Câmpus Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

3 Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

4 Prevention Research Center, Brown School – Washington University, St. Louis, Estados Unidos.

5 Programa de Pós-graduação em Educação Física – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

CONTATO

Thiago Terra Borges

thiagotborges@yahoo.com.br

Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento. Universidade Católica de Pelotas. Rua Gonçalves Chaves, 377 – sala 411. Prédio C. Pelotas, RS. CEP: 96015-560.

DOI

10.12820/rbafs.v.22n5p450-56



Copyright: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License®, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.

RESUMO

Avaliar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a existência ou não de associação entre inatividade física e oito morbidades (diabetes, hipertensão arterial, aids, osteoporose, câncer de pulmão, depressão, cirrose hepática e infarto agudo do miocárdio). Foi realizado um estudo transversal em uma amostra representativa de 1.600 unidades básicas de saúde do Brasil; a população elegível incluía 1/3 de médicos, 1/3 de enfermeiros e 1/3 de agentes comunitários de saúde. A média de acertos observada foi de 6,3 questões. A proporção de profissionais que acertaram sete ou oito questões foi de 68% (IC95%: 60-75) entre os médicos, 54% (IC95%: 48-59) entre enfermeiros e 43% (IC95%: 40-55) entre agentes comunitários de saúde. O percentual de acertos dos médicos foi estatisticamente superior ($p < 0,001$) ao dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde, mas a proporção de acertos não diferiu entre enfermeiros e agentes comunitários ($p = 0,16$). O percentual de acertos não variou significativamente conforme sexo, idade e nível de atividade física. Políticas públicas voltadas à educação são indispensáveis para instrumentalizar profissionais que trabalham em unidades básicas de saúde no Brasil sobre os efeitos da inatividade física sobre a saúde.

Palavras-chave: Conhecimento; Estilo de vida sedentário; Doença crônica; Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

We aimed to evaluate the knowledge of health professional on the existence or not of an association between physical inactivity and eight diseases (diabetes, hypertension, aids, osteoporosis, lung cancer, depression, cirrhosis and myocardial infarction). A cross-sectional study was conducted with a sample of 1,600 primary health care units in Brazil; the eligible population included 1/3 physicians, 1/3 nurses and 1/3 community health workers. On average, participants answered correctly six questions. The proportion of correct answers was higher among physicians as compared to nurses and community health workers ($p < 0.001$). On the other hand, nurses and community health workers were not different in terms of the prevalence of correct answers ($p = 0.16$). The proportion of health professionals who answered correctly to seven or eight questions was 68% (95%CI: 60-75) among physicians, 54% (95%CI: 48-59) among nurses and 43% (95%CI: 40-55) among community health workers. The proportion of correct answers did not vary significantly according to sex, age or physical activity level of health professionals. Educational policies are essential for empowering health professionals who work in primary health care units on the effects of physical inactivity on health.

Keywords: Knowledge; Sedentary lifestyle; Chronic disease; Primary Health Care.

Introdução

A troca de informações entre profissionais de saúde e usuários é uma das prioridades da educação em saúde, prevista no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro,

sendo essencial para a melhora da qualidade de vida da população¹. Essa articulação é particularmente relevante em Unidades Básicas de Saúde (UBS), que se constituem como a porta de entrada do usuário do SUS.

Diversos são os fatores de risco e proteção que podem ser passíveis de ações de educação em saúde, sendo a atividade física um deles. Estima-se que a inatividade física seja responsável por mais de 5 milhões de mortes anualmente no mundo².

A pandemia de inatividade física observada atualmente^{3,4} requer ações multisetoriais urgentes, sendo que o setor saúde tem papel fundamental na liderança de tais ações. Existem evidências de que o comportamento relacionado à prática de atividade física é passível de mudança⁵. Neste sentido, sendo a UBS a porta de entrada no SUS, é fundamental que os profissionais lá atuantes sejam capazes de transmitir informações sobre a temática para a população. Estudo recente mostrou que 69% dos profissionais de saúde atuantes no SUS relataram aconselhar a população sobre os benefícios da prática de atividade física regularmente⁶. No entanto, dados populacionais indicam que apenas 29% dos adultos e 39% dos idosos moradores de sete estados brasileiros relataram já ter recebido aconselhamento para a prática de atividade física em UBS⁷.

O objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento de médicos, enfermeiros e agente comunitários de saúde que trabalham em UBS do Brasil sobre a existência ou não de associação entre inatividade física e oito morbidades (diabetes, hipertensão arterial, aids, osteoporose, câncer de pulmão, depressão, cirrose hepática e infarto agudo do miocárdio).

Métodos

O projeto GUIA (Guide for Useful Interventions for Activity in Brazil and Latin America) é uma colaboração entre Universidades e instituições governamentais brasileiras e norte-americanas, iniciado em 2005. O objetivo central do projeto é analisar e promover estratégias para o aumento da atividade física no Brasil e na América Latina⁸. Para ajudar a alcançar tal objetivo, um estudo transversal foi conduzido na segunda fase (2009-2013) do projeto GUIA, tendo como unidades amostrais primárias todas as UBS do Brasil. Conforme o Ministério da Saúde existiam 42.486 UBS no país em 2011, quando o inquérito foi conduzido, e todas foram consideradas elegíveis para o estudo.

O cálculo do tamanho amostral teve como parâmetros uma estimativa de 70% dos profissionais com resposta correta para cada desfecho de interesse, nível de confiança de 95% e erro aceitável de 5 pontos percentuais. Dessa forma, seria necessário entrevistar 320 profissionais. A amostra foi inflacionada em 10% para possíveis

perdas ou recusas, totalizando 352 participantes. Devido aos múltiplos objetivos do inquérito, a amostra final foi superior a calculada para essas análises específicas.

No total, 1.600 UBS foram selecionadas de forma sistemática para participarem do estudo. Para isso, as UBS foram ordenadas por estado de origem e região geográfica. O processo amostral garantiu que o número de UBS selecionado fosse proporcional ao número de UBS existentes em cada estado. Por exemplo, no estado do Acre, existiam 233 UBS conforme o Ministério da Saúde, o que corresponde a 0,5% do total de UBS que existiam no Brasil. Na amostra do presente estudo, 0,5% da UBS amostradas eram do estado do Acre.

Em cada UBS selecionada, eram elegíveis para a entrevista o gerente/coordenador da unidade e um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou agente comunidade de saúde). Portanto, a cada três UBS sorteadas, numa era entrevistado um médico, na segunda um enfermeiro e na terceira um agente comunitário de saúde, sempre selecionados de forma aleatória dentro de cada unidade. Assim, foram considerados elegíveis para o estudo 534 médicos, 533 enfermeiros e 533 agentes comunitários de saúde. No entanto, nem todas as UBS tinham todos os profissionais no seu quadro de funcionários. As UBS do modelo tradicional, por exemplo, não possuíam agentes comunitários, assim como várias UBS não possuíam médicos.

A pesquisa foi realizada através de um inquérito telefônico. Especificamente para esse artigo, analisamos o conhecimento demonstrado pelos profissionais sobre a existência ou não de associação entre inatividade física e uma série de doenças. Um grupo de seis entrevistadores treinados realizou a coleta dos dados entre os meses de janeiro e julho de 2011. Além dos entrevistadores havia um “batedor” que tinha a incumbência de descobrir o número de telefone de locais próximos a UBS, caso essas não tivessem. As entrevistas tinham um tempo médio de 30 minutos de duração.

O questionário utilizado para analisar o conhecimento dos profissionais ligados as UBS sobre a existência ou não de associação entre inatividade física e saúde já foi testado e aplicado anteriormente em estudos populacionais^{9,10}. O instrumento avalia a influência da inatividade física sobre o risco de desenvolvimento de oito morbidades (diabetes tipo 2, hipertensão arterial, aids, osteoporose, câncer de pulmão, depressão, cirrose hepática e infarto agudo do miocárdio). Todas as perguntas são formuladas da mesma forma: “*Você acha que a falta de atividade física, sedentarismo, pode*

causar ..."? Com base na literatura, considerou-se resposta correta a identificação da relação entre inatividade física e diabetes tipo 2¹¹, hipertensão arterial¹², osteoporose¹³, câncer de pulmão¹⁴, depressão¹⁵ e infarto agudo do miocárdio¹⁶. Considerou-se correto apontar que não existe relação entre inatividade física e o risco de desenvolvimento de aids ou cirrose hepática. O instrumento utilizado não foi formalmente submetido a processo de validação. As implicações dessa limitação são abordadas na seção de discussão.

Para analisar o nível de atividade física dos respondentes foi aplicado o questionário IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), sendo utilizadas as seções de lazer e deslocamento da versão longa, conforme recomendação prévia¹⁷. Foram classificados como ativos aqueles indivíduos que atingiram o ponto de corte de 150 minutos ou mais por semana de atividades físicas moderadas e/ou vigorosas¹⁸. As demais variáveis analisadas foram sexo (masculino ou feminino), idade (categorizada em décadas), escolaridade, autopercepção de saúde e índice de massa corporal¹⁹ (baseado em peso e altura autorreferidos)²⁰.

Os dados foram duplamente digitados no programa Epi Data 3.1. Na sequência, os mesmos foram transferidos para o software estatístico Stata, onde as análises foram conduzidas. Para as análises, foi realizada inicialmente uma descrição da amostra, estratificada por profissão. Utilizou-se um ponto de corte de sete acertos para categorizar os indivíduos em algumas análises subsequentes, que comparam o conhecimento por profissão e região do país. Em outras análises, o número de acertos foi dividido em 0-2, 3-4, 5-6 e 7-8. Em todos os casos, o maior número de acertos corresponde a maior conhecimento. Os valores P apresentados foram calculados por meio do teste do Qui-quadrado para heterogeneidade e foi utilizado um nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, com o número de protocolo 16154/2010.

Resultados

A amostra incluiu 802 pessoas entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários que trabalham em UBS no Brasil. O percentual geral de perdas e recusas foi de 49,6%, sendo que a principal justificativa para as recusas foi falta de tempo e para as perdas foi a ausência de profissionais no quadro de funcionários da UBS. O maior percentual de perdas e recusas foi obtido entre os médicos (65,9%) e o menor entre os enfermeiros (34,9%). A amostra incluiu 182 médicos, 347

enfermeiros e 273 agentes comunitários de saúde. A amostra foi composta por 76% de mulheres e a grande maioria dos profissionais tinha idade entre 20 e 39 anos. A totalidade dos médicos e enfermeiros têm pelo menos ensino superior completo, diferentemente dos agentes comunitários de saúde, onde o percentual de pessoas com formação superior diminui para pouco mais de 10%. Mais da metade da amostra descreveu a sua saúde como regular ou ruim. Além disso, 51% apresentaram IMC considerado normal. Quase 2/3 da amostra foi classificada como ativa, realizando mais de 150 minutos por semana de atividade física no lazer ou deslocamento. A Tabela 1 apresenta a amostra geral e estratificada por profissões.

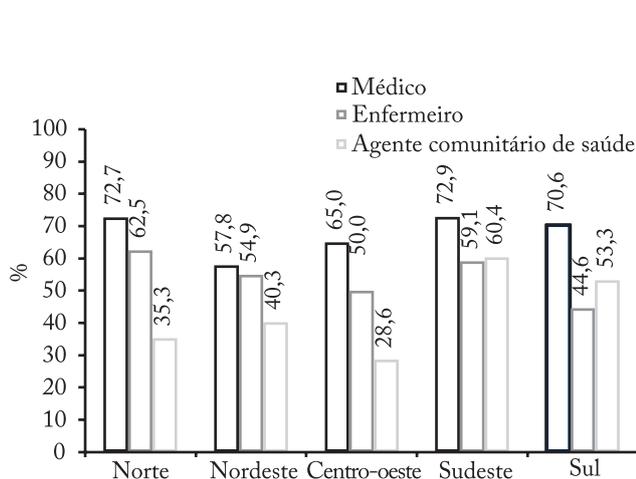
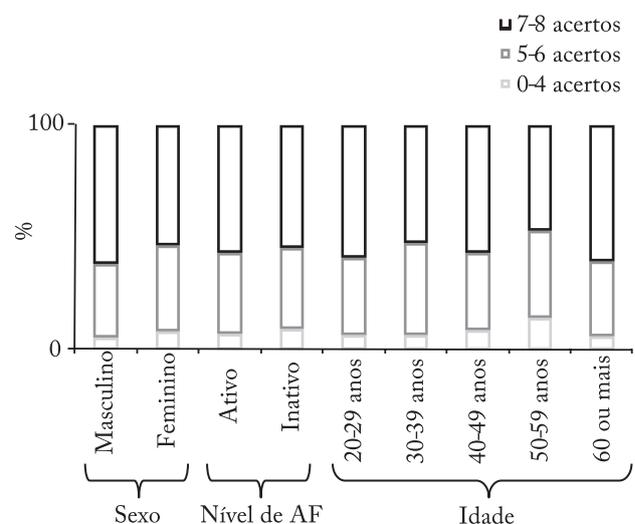
A média de acertos observada foi de 6,3 questões. A Figura 1 exibe a proporção de profissionais que acertaram sete ou oito respostas entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Em todas as regiões do país, os médicos foram os que tiveram os maiores níveis de acerto, sendo que os da região Norte (72,7%), Sudeste (72,9%) e Sul (70,6%) apresentaram os maiores percentuais de respostas corretas. O percentual de acertos dos médicos foi estatisticamente superior ($p < 0,001$) ao dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde, mas a proporção de acertos não diferiu entre enfermeiros e agentes comunitários ($p = 0,16$) (Figura 1).

Também foram analisadas (Figura 2) as proporções de acertos de acordo com o sexo (masculino e feminino), o nível de atividade física (ativo ou inativo) e a idade (categorizado em décadas) dos profissionais de saúde. Em relação ao sexo, há uma tendência de que os homens tenham um número de acertos ligeiramente superior ao das mulheres, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p = 0,15$). Já quanto ao nível de atividade física e idade, não houve uma tendência clara.

A Figura 3 expõe o percentual de respostas corretas de acordo com a profissão e a região geográfica. Nenhum médico da região Norte e Centro-Oeste acertou menos de 50% das perguntas. Além disso, vale ressaltar que os médicos da região Norte, Sudeste e Sul foram os que apresentaram, com mais de 70%, os maiores níveis de acerto. A menor proporção de acerto de sete ou oito questões entre os médicos ficou na região Nordeste, com aproximadamente 58% de acertos. Novamente na região Norte, nenhum enfermeiro acertou menos do que 50% das associações estudadas e também nesta mesma região foi onde tivemos os maiores níveis, mais de 60%, de acertos de sete ou oito questões. Na região

Tabela 1 – Descrição da amostra estudada das Unidades Básicas de Saúde do Brasil, estratificada por profissão Brasil, 2015 (n= 802).

| Variáveis | Médico (n= 182) | | Enfermeiro (n= 347) | | Agente comunitário de saúde (n= 273) | | Total | |
|--|--------------------|------|------------------------|------|---|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 103 | 56,6 | 53 | 15,3 | 29 | 10,8 | 185 | 23,2 |
| Feminino | 79 | 43,4 | 294 | 84,7 | 240 | 89,2 | 613 | 76,8 |
| Idade (em anos) | | | | | | | | |
| 20-29 | 44 | 24,2 | 164 | 47,4 | 76 | 28,3 | 284 | 35,6 |
| 30-39 | 59 | 32,4 | 117 | 33,8 | 107 | 39,8 | 283 | 35,5 |
| 40-49 | 32 | 17,6 | 44 | 12,7 | 58 | 21,5 | 134 | 16,8 |
| 50-59 | 31 | 17,0 | 18 | 5,2 | 24 | 8,9 | 73 | 9,2 |
| 60 ou mais | 16 | 8,8 | 3 | 0,9 | 4 | 1,5 | 23 | 2,9 |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| Fundamental | -- | -- | -- | -- | 23 | 7,8 | 21 | 2,6 |
| Médio | -- | -- | -- | -- | 214 | 79,5 | 215 | 27,0 |
| Superior | 108 | 59,3 | 137 | 39,5 | 32 | 11,9 | 276 | 34,6 |
| Pós-graduação | 74 | 40,7 | 210 | 60,5 | 2 | 0,8 | 286 | 35,8 |
| Autopercepção de saúde | | | | | | | | |
| Excelente | 59 | 32,4 | 88 | 25,4 | 48 | 17,8 | 195 | 24,4 |
| Muito boa | 53 | 29,1 | 105 | 30,3 | 44 | 16,4 | 202 | 25,3 |
| Boa | 57 | 31,3 | 127 | 36,6 | 123 | 45,7 | 307 | 38,5 |
| Regular/Ruim | 13 | 7,2 | 27 | 7,7 | 54 | 20,1 | 94 | 11,8 |
| Índice de Massa Corporal (Kg/m²) | | | | | | | | |
| <18,5 | 6 | 3,3 | 16 | 4,8 | 10 | 3,7 | 32 | 4,1 |
| 18,5-24,9 | 75 | 41,4 | 197 | 58,6 | 129 | 48,1 | 401 | 51,1 |
| 25,0-29,9 | 72 | 39,8 | 90 | 26,8 | 91 | 34,0 | 253 | 32,2 |
| 30,0 + | 28 | 15,5 | 33 | 9,8 | 38 | 14,2 | 99 | 12,6 |
| Atividade física | | | | | | | | |
| Ativo (150+ min/sem) | 105 | 58,7 | 218 | 64,7 | 163 | 64,9 | 486 | 63,4 |
| Inativo (<150 min/sem) | 74 | 41,3 | 119 | 35,3 | 88 | 35,1 | 281 | 36,6 |

**Figura 1** – Percentual de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde que responderam corretamente 7 ou 8 questões, de acordo com a região do Brasil. Brasil, 2015 (n= 802).**Figura 2** – Percentual de respostas corretas de acordo com o sexo, nível de atividade física e a idade de profissionais que trabalham em Unidades Básicas de Saúde no Brasil. Brasil, 2015 (n= 802).

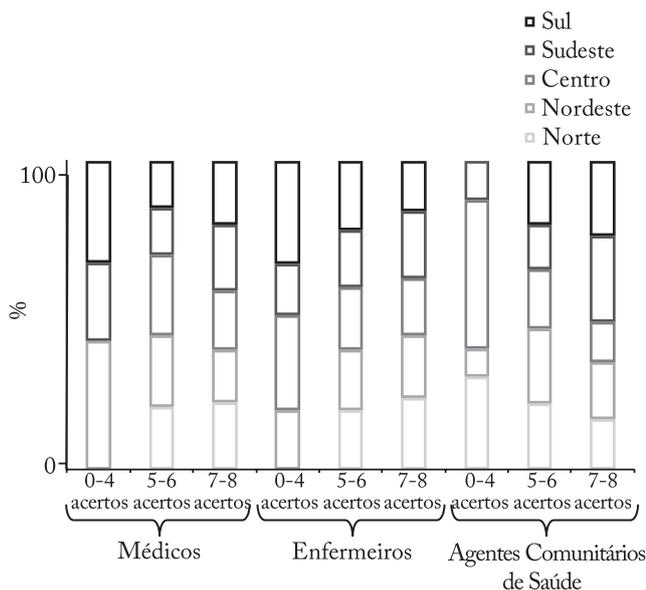


Figura 3 – Percentual de respostas corretas entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, estratificado por região, que trabalham em Unidades Básicas de Saúde no Brasil. Brasil, 2015 (n = 802).

Sul e Centro-Oeste tivemos os maiores níveis de respostas erradas, onde mais de 10% dos enfermeiros não conseguiram acertar ao menos 50% das associações. Também na região Sul e Centro-Oeste, entre os enfermeiros, tivemos os mais baixos valores de respostas corretas, sete ou oito acertos, com de 50% de acerto. Entre os agentes comunitários de saúde, nenhum da região Sul acertou menos do que 50% das associações estudadas, diferente da região Centro-Oeste, onde quase 30% da amostra não conseguiu acertar 50% das associações. Os maiores valores de respostas corretas, sete ou oito acertos, entre os agentes comunitários de saúde ficou na região Sudeste, com mais de 60%. Ainda sobre o grupo que acertou sete ou oito questões, a menor taxa de acertos ficou entre os agentes da região Centro-Oeste com apenas 28% de acertos.

Discussão

Devido ao fato de não existir um padrão-ouro para a medida de conhecimento da existência ou não de associação entre inatividade física e as oito morbidades estudadas, optamos por utilizar um instrumento padronizado que já foi utilizado anteriormente em estudos populacionais, nos quais o questionário teve um bom entendimento por parte dos entrevistados^{9,10}. A forma de questionar os entrevistados foi sempre a mesma, só alterando a doença. Um desafio metodológico importante é definição de “certo” ou “errado” para as associações estudadas. No entanto, as respostas foram baseadas em revisões sistemáticas ou meta-análises. Em

resumo, encontramos um nível de conhecimento superior ao relatado em estudo de base populacional⁹, mas semelhante ao encontrado em estudo com professores de Educação Física da cidade de Pelotas, RS¹⁰. Dos três profissionais com maior presença na rede básica de saúde, os médicos apresentaram o maior escore de conhecimento, sendo que os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde apresentaram escores similares.

Há algumas limitações que merecem ser consideradas no presente estudo, destacando a alta taxa de perdas e recusas, especialmente entre os médicos. A principal justificativa para a recusa foi o relato de falta de tempo para responder ao questionário. Elevadas perdas também foram encontradas no estudo de Siqueira et al.²¹ com profissionais da saúde que trabalham em UBS. A utilização de entrevistas telefônicas pode ter contribuído para o elevado percentual de recusas, visto que estudos com entrevistas face-a-face têm obtido percentuais mais elevados de resposta. Além das recusas, várias UBS não tinham todos os profissionais em seus quadros, o que inviabilizou as entrevistas pelo fato de não utilizarmos substituições. Estimar a influência da alta taxa de perdas e recusas em nossos resultados é complexo, visto que não temos muitas informações sobre as perdas e recusas, exceto que o percentual foi semelhante entre homens e mulheres. Além disso, a distribuição geográfica das perdas e recusas não mostrou forte concentração em determinadas regiões; o estado do Amapá foi o único no qual o percentual de respostas foi nitidamente inferior aos demais. Existe a possibilidade de que os profissionais que não responderam sejam exatamente aqueles com maior carga de trabalho, talvez com maior conhecimento e contato com os pacientes. No entanto, tal possibilidade de viés de seleção não é verificável com os dados existentes em nosso estudo.

Outra limitação a ser considerada é que o cálculo amostral foi planejado para estimar o percentual de conhecimento na amostra total, e não separadamente por região geográfica ou categoria profissional. Em função disso, todas as análises estratificadas por região ou categoria profissional sofrem de falta de poder estatístico, o que justifica a ausência de significância em algumas diferenças observadas. Mesmo com esse problema, achamos informativo apresentar os dados estratificados, tendo em vista as abismais diferenças entre regiões e profissões.

As associações estudadas são amplamente difundidas pela literatura científica, com exceção da relação entre inatividade física e câncer de pulmão, embora este seja um dos cânceres mais presentes na população²². O

presente artigo apresentou uma boa prevalência de respostas corretas para a associação entre inatividade física e as oito morbidades estudadas, levando em consideração que são profissionais da área da saúde que responderam ao questionamento. Um estudo populacional realizado no Sul do Brasil mostrou uma média de acerto de 4,9 questões⁹ para a mesma relação. Outro estudo que mediu o conhecimento de professores de educação física obteve uma média de acertos de 6,4 questões¹⁰, enquanto no estudo atual a média foi de 6,3 questões.

Entre as profissões analisadas, o maior percentual de inatividade física na amostra foi observado entre os médicos, resultado semelhante ao estudo de Siqueira²¹. No entanto, esta classe foi a que demonstrou ter maior conhecimento sobre a associação entre inatividade física e as morbidades estudadas. Isso reforça a ideia de que o fato de ter conhecimento sobre algum assunto não é suficiente para mudar o estilo de vida²³.

Os menores percentuais de respostas corretas entre os enfermeiros e agentes comunitários de saúde exigem atenção. A inserção de tópicos relacionados à promoção da saúde, em especial por meio da prática de atividade física, em cursos de graduação em Enfermagem poderia ajudar a reverter esse cenário. Além disso, oficinas com os profissionais já atuantes no SUS, independente da profissão, também poderiam contribuir para o aperfeiçoamento desse conhecimento.

Em relação ao sexo, existem evidências de que os homens são mais ativos do que as mulheres³. No mesmo sentido, os homens tenderam a apresentar maior conhecimento, embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas. Em uma amostra da população adulta de Pelotas-RS, Domingues e colegas encontraram maiores escores de conhecimento entre os homens, quando comparados às mulheres²³. No que se refere à idade, a mesma lógica não foi observada. Um declínio gradual do nível de atividade física com o avanço da idade é relatado na literatura³, mas o conhecimento não parece ser influenciado pela idade.

Os médicos das regiões Sudeste e Sul apresentaram maiores escores de conhecimento. A explicação para esse achado é complexa e nosso estudo não apresenta dados definitivos sobre o assunto. No entanto, tal achado pode estar relacionado à características da formação profissional e investimentos em pesquisa, sabidamente desiguais entre as regiões do Brasil^{24,25}.

A presença de profissionais de educação física em unidades de saúde pode ser uma alternativa para melhorar a troca de informações sobre os benefícios diretos e indiretos que a atividade física traz para a saúde,

entre os profissionais que trabalham nas UBS. Vale ressaltar que o Governo Federal está promovendo ações governamentais para melhorar a qualidade de vida da população, como a manutenção do programa Academias da Saúde, polos de promoção da atividade física e estilos de vida saudáveis²⁶. Este programa, além de promover melhoras à população de forma direta²⁷, tem como uma de suas finalidades incluí-lo na estrutura organizacional das Redes de Atenção a Saúde, onde de forma direta ou indireta existe uma integração multiprofissional na construção e execução das ações.

Desta forma concluímos que políticas públicas voltadas à saúde e educação são indispensáveis para requalificar os profissionais que trabalham em UBS do Brasil, uma vez que estes locais recebem uma grande parcela da população, principalmente das pessoas com menor poder aquisitivo²⁸.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

O estudo foi financiado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (contrato U48/DP001903).

Contribuição dos autores

Borges TT, liderou a escrita do artigo e a análise de dados, oriundos de sua tese de doutorado. Barros FC e Hallal PC, atuaram, respectivamente, como orientador e co-orientador do trabalho. Mielke GI, auxiliou na coleta de dados, análise e escrita do manuscrito. Parra DC, auxiliou na concepção do inquérito e na escrita do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final, submetida para publicação.

Agradecimentos

Hallal PC e Barros FC são bolsistas de produtividade do CNPq. Os autores agradecem a todos os membros da equipe do Guide for Useful Interventions for Physical Activity in Brazil and Latin America (GUIA) e os profissionais de saúde que participaram desta pesquisa.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778-97.
2. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, for the Lancet Physical Activity Series Working Group. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380:219-29.
3. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, for the Lancet Physical Activity Series Working Group. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. *Lancet*. 2012;380:247-57.

4. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al, for the Lancet Physical Activity Series Working Group. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*. 2012;380:294-305.
5. Heath GW, Parra DC, Sarmiento OL, Andersen LB, Owen N, Goenka S, et al, for the Lancet Physical Activity Series Working Group. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *Lancet*. 2012;380:272-81.
6. Florindo AA, Mielke GI, Gomes GAO, Ramos LR, Bracco MM, Parra DC, et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC Public Health*. 2013;13:794.
7. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25:203-13.
8. Pratt M, Brownson RC, Ramos LR, Malta DC, Hallal PC, Reis RS, et al. Project GUIA: A model for understanding and promoting physical activity in Brazil and Latin America. *J Phys Act Health*. 2010;2:131-4.
9. Borges TT, Rombaldi AJ, Knuth AG, Hallal PC. Knowledge on risk factors for chronic diseases: a population-based study. *Cad Saúde Pública*. 2009;25:1511-20.
10. Rombaldi AJ, Borges TT, Canabarro LK, Corrêa LQ, Neutzling MB. Conhecimento de professores de educação física sobre fatores de risco para doenças crônicas de uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2012;14:61-72.
11. Bassuk SS, Manson JE. Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. *J Appl Physiol*. 2005;99:1193-204.
12. Rossi A, Dikareva A, Bacon SL, Daskalopoulou SS. The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review. *J Hypertens*. 2012;30:1277-88.
13. Dominguez LJ, Scalisi R, Barbagallo M. Therapeutic options in osteoporosis. *Acta Biomed*. 2010;81:55-65.
14. Sun JY, Shi L, Gao XD, Xu SF. Physical activity and risk of lung cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13:3143-7.
15. Motl RW, Konopack JF, McAuley E, Elavsky S, Jerome GJ, Marquez DX. Depressive symptoms among older adults: long-term reduction after a physical activity intervention. *J Behav Med*. 2005;28:385-94.
16. Sofi F, Capalbo A, Cesari F, Abbate R, Gensini GF. Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008;15:247-57.
17. Hallal PC, Gomez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. *J Phys Act Health*. 2010;7:259-64.
18. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39(8):1423-34.
19. World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 1990. (WHO Technical Report Series 797). Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39426/2/WHO_TRS_797_part2.pdf.
20. Erika AS, Araújo CL, Gigante DP, Barros AJD, Lima MS. Validação do peso e altura referidos para o diagnóstico do estado nutricional em uma população de adultos no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015;21(1):235-45.
21. Siqueira FC, Nahas MV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thume E, et al. Physical activity among health professionals from south and northeast Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25:1917-28.
22. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2012;62:10-29.
23. Domingues MR, Araujo CL, Gigante DP. Knowledge and perceptions of physical exercise in an adult urban population in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:204-15.
24. Martelli-Junior H, Martelli DR, Quirino IG, Oliveira MC, Lima LS, Oliveira EA. CNPq-supported medical researchers: a comparative study of research areas. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56:478-83.
25. Costa BEP, Hentschke MR, Silva ACC, Barros A, Salerno M, Figueiredo CEP, et al. Reflexões sobre a importância do currículo informal do estudante de medicina. *Educação em Ciências da Saúde*. 2011;22:162-8.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Acessado em 24 de jul. 2017. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php?conteudo=sobre.
27. Malta, DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Amorim RCA, Rodrigues GB, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev Bras Ativ Saúde*. 2014;19(3):286-99.
28. Tomasi E, Facchini LA, Thume E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Characteristics of primary healthcare service use in the southern and northeastern regions of Brazil: differences by care model. *Cien Saude Colet*. 2011;16:4395-404.

Recebido: 07/04/2016
Aprovado: 01/08/2017

Como citar este artigo:

Borges TT, Barros FC, Mielke GI, Parra DC, Siqueira FV, Hallal PC. Conhecimento de profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde no Brasil sobre a associação entre inatividade física e morbidades. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2017; 22(5):450-56. DOI: 10.12820/rba-fs.v.22n5p450-56.