



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

DANIELLA CARNEIRO DE SOUZA SERRA

**FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO DA
ATIVIDADE FÍSICA POR PROFISSIONAIS DA APS NO
MANEJO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

Londrina
2024

DANIELLA CARNEIRO DE SOUZA SERRA

**FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO DA
ATIVIDADE FÍSICA POR PROFISSIONAIS DA APS NO
MANEJO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (Programa Associado entre Universidade Estadual de Londrina [UEL] e Universidade Pitágoras Unopar [UNOPAR]), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientador: Prof. Dr. Denilson de Castro
Teixeira

Londrina
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

D185f SERRA, DANIELLA CARNEIRO DE SOUZA .
FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO DA ATIVIDADE FÍSICA
POR PROFISSIONAIS DA APS NO MANEJO DAS DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS / DANIELLA CARNEIRO DE SOUZA SERRA. -
Londrina, 2022.
91 f.

Orientador: Denilson de Castro Teixeira.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Estadual
de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Reabilitação, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Atenção Primária de Saúde - Tese. 2. Aconselhamento - Tese. 3. Atividade
Física - Tese. 4. Atenção Primária de Saúde - Tese. I. Teixeira, Denilson de
Castro . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. III. Título.

CDU 61

DANIELLA CARNEIRO DE SOUZA SERRA

**FATORES ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO DA
ATIVIDADE FÍSICA POR PROFISSIONAIS DA APS NO
MANEJO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (Programa Associado entre Universidade Estadual de Londrina [UEL] e Universidade Pitágoras Unopar [UNOPAR]), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientador: Prof. Dr. Denilson de Castro
Teixeira
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dra. Christiane de Souza Guerino
Macedo
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Erildo Vicente Muller
Universidade Estadual de Ponta Grossa -
UEPG

Londrina, ____ de ____ de ____.

AGRADECIMENTOS

Quero dedicar este momento para expressar minha mais profunda gratidão a todos que contribuíram para a realização desta dissertação de mestrado. Esta jornada não seria possível sem o apoio, encorajamento e compreensão de muitas pessoas incríveis ao meu redor.

Em primeiro lugar, expresso minha gratidão à Deus, pois sem Ele nada disso seria possível. Agradeço de todo coração à minha família, especialmente aos meus pais, Genival e Vera, que ensinaram a importância da disciplina, do esforço, da dedicação e sempre me apoiaram em todas as escolhas que fiz durante minha jornada. Vocês são exemplos de vida, minha inspiração e motivação para buscar sempre o melhor. Gabriela e Patrícia, minhas queridas irmãs, meu agradecimento por incentivarem a buscar os meus sonhos.

Ao meu amado marido, Giovane, dedico minha mais profunda gratidão. Seu apoio foi uma constante em todas as fases deste trabalho. Sua paciência, compreensão e carinho foram essenciais, fortalecendo-me para enfrentar os desafios com coragem e determinação. Sem dúvida, sua presença foi fundamental para alcançar este objetivo.

Não posso deixar de expressar minha sincera gratidão ao meu orientador, Prof. Dr. Denilson, que gentilmente aceitou o desafio de guiar-me nesta jornada. Sua expertise e sabedoria foram fundamentais para o sucesso desta dissertação. Sou imensamente grata pela oportunidade de aprender e crescer sob sua orientação. Obrigada por ser um mentor inspirador e por tornar esta jornada acadêmica significativa e enriquecedora.

Agradecimento especial à banca examinadora, pela disposição e auxílio com esse trabalho. Sem dúvida a contribuição de vocês será muito enriquecedora para a finalização desse projeto.

Enfim, esta conquista não seria possível sem o apoio e o amor de cada um de vocês. Agradeço do fundo do coração por estarem ao meu lado durante toda essa jornada. Muito obrigada por tudo!

SERRA, Daniella, C.S. **Fatores associados ao aconselhamento da atividade física por profissionais da APS no manejo das doenças crônicas não transmissíveis.** 2024. 91p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

RESUMO

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por elevado número de mortes prematuras. Tendo como principais fatores de risco o sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e uso abusivo de álcool. A prática regular de atividade física, é fundamental para prevenção e controle das DCNT. O aconselhamento para a prática de atividade física, na atenção primária, é uma excelente estratégia trazendo aos usuários a manutenção da saúde, diminuição da taxa de mortalidade e evolução dessas doenças. **Objetivo:** Analisar os fatores associados ao aconselhamento da prática da atividade física para o enfrentamento das DCNT (obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes) por profissionais de saúde e gestores de nível superior da Atenção Primária à Saúde (APS). **Metodologia:** Participaram 117 profissionais com nível superior das equipes da APS de Londrina, Maringá e Ponta Grossa. Os dados foram coletados mediante questionários elaborados especificamente para o estudo. As associações foram realizadas mediante o teste Qui-quadrado (χ^2) e as comparações mediante o teste de Mann-Whitney. **Resultados:** O aconselhamento de atividade física foi associado aos profissionais de educação física e fisioterapia ($p=0,019$). Os profissionais que realizam aconselhamento de atividade física, percebem mais positivamente do que os que não realizam, que atuam em UBS que ofertam ações voltadas ao incentivo de hábitos saudáveis, que se sentem mais preparados para lidar com a prevenção, tratamento e fatores de risco pra as DCNT, que conhecem os determinantes sociais da saúde/doença, que implementam estratégias individuais e comunitárias para o comportamento saudável e que concedem escuta e conhecem os principais problemas dos usuários ($p<0,05$ para todos). **Conclusão:** Profissionais da área de educação física e fisioterapia e os profissionais com percepções mais positivas sobre a infraestrutura da UBS, conhecimentos sobre conteúdos relacionados às DCNT e atitudes profissionais para atuar nessa área, estão relacionados ao aconselhamento de atividade física.

Palavras-chaves: Atenção Primária de Saúde. Doenças não transmissíveis. Aconselhamento. Atividade Física. Profissionais de Saúde.

SERRA, Daniella, C.S Factors associated with physical activity counseling by PHC professionals in the management of chronic non-communicable diseases. 2024. 91p. Dissertation (Master's in Rehabilitation Sciences) – State University of Londrina, Londrina, 2024.

ABSTRACT

Introduction: Non-communicable chronic diseases (NCDs) account for a high number of premature deaths. The main risk factors include sedentary lifestyle, inadequate diet, smoking, and excessive alcohol consumption. Regular physical activity is fundamental for the prevention and control of NCDs. Advising on physical activity in primary care is an excellent strategy, providing users with health maintenance, reduced mortality rates, and disease progression. **Objective:** To analyze the factors associated with advising on physical activity to address NCDs (obesity, systemic arterial hypertension, and diabetes) by healthcare professionals and higher-level managers in Primary Health Care (PHC). **Methods:** 117 professionals with higher education from PHC teams in Londrina, Maringá, and Ponta Grossa participated. Data were collected through questionnaires specifically designed for the study. Associations were assessed using the Chi-square test (χ^2) and comparisons using the Mann-Whitney test. **Results:** Professionals with training focused on NCDs provide more advice on physical activity. Physical activity counseling was associated with physical education and physiotherapy professionals ($p=0.019$). Professionals who provide physical activity counseling perceive more positively than those who do not, that they work in UBS that offer actions aimed at encouraging healthy habits, that they feel more prepared to deal with prevention, treatment and risk factors for NCDs, that they know the social determinants of health/disease, that they implement individual and community strategies for healthy behavior and that they listen and know the main problems of users ($p<0.05$ for all). **Conclusion:** Professionals in the area of physical education and physiotherapy and professionals with more positive perceptions about the infrastructure of the UBS, knowledge about content related to NCDs and professional attitudes to work in this area, are related to physical activity counseling.

Key words: Primary Health Care. Noncommunicable Diseases. Counseling. Exercise. Health Personnel.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados descritivos e de associação entre variáveis sociodemográficas, formação profissional, prática de atividade física e aconselhamento de atividade física no enfrentamento das DCNT de profissionais das APS.....	50
Tabela 2 – Percepções dos profissionais que realizam e não realizam aconselhamento para a prática de atividade física sobre a infraestrutura e logística da UBS que trabalham.	51
Tabela 3 – Percepções dos profissionais que realizam e não realizam aconselhamento para a prática de atividade física sobre o quão se sentem preparados para atuar com conteúdos relacionados às DCNT.	52
Tabela 4 – Percepções dos profissionais que realizam e não realizam aconselhamento para a prática de atividade física sobre suas atitudes no manejo das DCNT.	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
APS	Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ACSM	American College of Sports Medicine
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ACS	Agente Comunitária de Saúde
DCV	Doença Cardiovascular
DALY	Disability Adjusted Life Years
GBD	Estudo de Carga de Doença Global
IMC	Índice de Massa Corporal
RCQ	Razão Cintura Quadril
PCATool	Primary Care Assessment Tool
NCEP-ATP	National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.1.1 Objetivos Específicos	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ETIOLOGIA.....	17
3.2 FATORES DE RISCO	18
3.2.1 Tabagismo.....	19
3.2.2 Consumo Excessivo De Bebidas Alcoólicas	21
3.2.3 Obesidade	21
3.2.4 Alimentação Inadequada.....	23
3.2.5 Inatividade Física	24
3.3 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS DCNT.....	25
3.3.1 Benefícios Da Atividade Na Prevenção E Controle Das DCNT.....	27
3.4 ADESÃO E ADERÊNCIA À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA.....	29
3.5 PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO ACONSELHAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	31
4 ARTIGO	33
5 CONCLUSÃO GERAL.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES	69
APÊNDICE A – Questionário para profissionais	70
APÊNDICE B – Questionário de atividade física.....	78
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido	79
ANEXOS	81

ANEXO A – Parecer do comitê de ética e pesquisa	82
ANEXO B – Normas de submissão da Revista Ciência & Saúde Coletiva	85

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por elevado número de mortes prematuras, adoecimento, perda de qualidade de vida e alto grau de limitação para as pessoas (1,2). Nos últimos anos, foram registrados milhares de óbitos por DCNT, onde grande parte destes ocorreram prematuramente (2). As principais causas incluíram doenças cardiovasculares, responsáveis por 44% dos casos, câncer, com uma incidência de 23%, doenças respiratórias crônicas, representando 10%, e diabetes mellitus, contribuindo com 4% do total (3). A obesidade, também classificada como doença crônica, contribui consideravelmente para o aumento da mortalidade precoce, pois é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de outras DCNT como a hipertensão arterial e diabetes tipo II (4–6).

Além dos impactos na saúde individual, familiar e social, as DCNT trazem impactos financeiros significativos, pois elevam os custos nos sistemas de saúde e na economia do país, por meio da mortalidade precoce, aposentadorias precoces, absenteísmo e perda da produtividade (5,7). Os gastos associados diretamente à hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Brasil totalizaram US\$ 890 milhões (5), enquanto os custos de saúde relacionados as DCNT atribuído ao índice de massa corporal elevado totalizaram US\$ 654 milhões (6), incluindo despesas do Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos.

As DCNT estão associadas a fatores de risco modificáveis, como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool (2). Para a redução do avanço, há necessidade de abordagens abrangentes e duradouras, com ênfase na prevenção e controle, direcionadas aos principais fatores de risco relacionados ao modo de vida das pessoas (8,9). Pesquisadores ressaltam a importância de políticas educativas, que promovam a conscientização e a inclusão de hábitos saudáveis no cotidiano da população (10,11).

O aconselhamento em serviços de saúde é uma das ferramentas consideradas importantes, para promover a educação em saúde (12–14), podendo ser conduzida por qualquer profissional de saúde em atendimentos individuais, grupos e intervenções comunitárias (12,14,15). No âmbito da atenção primária, a promoção de estilos de vida saudáveis, especialmente a orientação para a prática de atividade

física em diversas áreas da vida, é uma estratégia recomendada (16,17). Desta forma, os gestores e profissionais da saúde devem levar em consideração as recomendações ao elaborar e implementar programas de saúde na APS (18). A atividade física regular tem sido associada à redução do risco das DCNT, como doença cardiovascular e diabetes tipo II (19–21), proporcionando benefícios para adultos com condições crônicas, como melhoria da capacidade física e elevação da qualidade de vida associada à saúde (19,20,22–24).

No que diz respeito à prática de atividade física, o seu aconselhamento no âmbito da APS pode trazer resultados promissores, já que o trabalho multidisciplinar, que é o cerne dos atendimentos neste nível de atenção, pode trazer maior credibilidade aos usuários a respeito da necessidade de se adotar um estilo de vida mais ativo (25,26). Essa responsabilidade não é papel somente dos profissionais que atuam mais diretamente com o exercício físico como o profissional de educação física e do fisioterapeuta, mas de todos os profissionais da saúde na APS (25). Estudos mostram uma ampla variação na prevalência desse tipo de aconselhamento, apontando fatores associados aos profissionais como experiência acadêmica, pertencer a equipe multiprofissional, participação em reuniões regulares sobre atividade física e ser fisicamente ativo (27). No mais, no Brasil, poucos estudos foram realizados com esse tema, sendo que os existentes são focados em médicos e enfermeiros (28), agentes comunitários de saúde (ACS) (29,30) e em abordagens conjunta envolvendo médicos, enfermeiros e ACS (31). Sendo assim, são necessárias pesquisas adicionais para identificar a prevalência e os fatores relacionados ao aconselhamento sobre a prática de atividade física por profissionais da saúde que atuam em diferentes realidades, para que se obtenha subsídios para planejar ações visando um maior engajamento desses profissionais, caso necessário.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar fatores associados ao aconselhamento para a prática da atividade física para o enfrentamento das DCNT (obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipo II) por profissionais de nível superior da atenção primária à saúde.

2.1.1 Objetivos Específicos

Identificar e associar informações sociodemográficas, de formação e capacitação profissional e prática de atividade física, entre os profissionais das APS que realizam e não realizam aconselhamento para a prática de atividade física no âmbito dos seus atendimentos com foco nas DCNT.

Identificar e comparar a percepção dos profissionais e gestores da APS sobre aspectos que impactam no enfrentamento das DCNT como infraestrutura das UBS que atuam, atitudes profissionais e qualificação profissional.

3 REVISÃO DE LITERATURA - CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ETIOLOGIA

As doenças crônicas não transmissíveis representam a maior causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo (32,33), diferentemente de anos atrás, em que países como o Brasil tinham como principais causas de mortes as doenças infecciosas e parasitárias (34). Essa mudança, denominada de transição epidemiológica tem levado ao aumento do número de mortes prematuras, incapacidades, perda de qualidade de vida, redução da produtividade, impactos financeiros às famílias, comunidades e sociedade (2).

Estima-se que anualmente as DCNT sejam responsáveis por 71% da mortalidade no mundo, o que representa 41 milhões de óbitos. Dentre esses, 15 milhões são atribuídas a mortes prematuras, ou seja, em pessoas com menos de 70 anos (35). Em 2019 no Brasil, foram registrados 738.371 óbitos causados por DCNT, dos quais 41,8% ocorreram prematuramente, entre pessoas com 30 a 69 anos de idade (2).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, das 10 principais causas de morte no mundo, sete são atribuídas às DCNT, em destaque doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas e neoplasias (36). Esse grupo de doenças crônicas apresentam características semelhantes, como a etiologia complexa, envolve fatores de risco não modificáveis (genética, sexo e idade) e modificáveis (consumo excessivo de álcool, alimentação inadequada, obesidade e inatividade física), longos períodos de latência e curso prolongado (37). Evidências apontam que o aumento das DCNT está relacionado principalmente aos fatores de risco modificáveis como a alimentação não saudável, baixos níveis de atividade física, tabagismo, estresse, entre outros (38).

Dentre as DCNT, estudos indicam a obesidade, a hipertensão arterial e o diabetes como as mais prevalentes e as que mais impactam a saúde da população brasileira (39). É importante destacar também, que o sobrepeso, condição que antecede a obesidade, já provoca modificações orgânicas que predispõe agravos à saúde (40). No Brasil, o sobrepeso é observado em mais da metade dos brasileiros adultos com prevalência de 56,5% dos homens e 58,9% nas mulheres, e a obesidade em 16,8% dos homens e 24,4% das mulheres. (41). Esses números são reflexos das

mudanças comportamentais ocorridas nas últimas décadas, sobretudo devido à alimentação inadequada e ao sedentarismo (22).

A obesidade ao mesmo tempo que é considerada uma DCNT se constitui também em um dos principais fatores de risco para o desencadeamento de outras doenças (42), pois está associada a complicações metabólicas, aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol, de triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina (43). No estudo de Framingham, resultados mostraram que a hipertensão é duas vezes mais prevalente nas pessoas obesas do que as não obesas de ambos sexos (44). Em jovens adultos de 20 a 45 anos, a prevalência da hipertensão é seis vezes maior em obesos do que em não obesos. Isto quer dizer que para cada aumento de 10% na gordura corporal, a pressão arterial sistólica aumenta em aproximadamente 6,0 mmHg e a diastólica em 4,0 mmHg. (45). Estudos tem apontado também a estreita relação da diabetes com o sobrepeso/obesidade. A prevalência de diabetes em adultos com peso normal/baixo é de 5,4%, enquanto na população com obesidade, é mais que o dobro (14,0%) (46).

Outros estudos mostram que a obesidade também aumenta o risco do desenvolvimento de outras doenças (47,48). Segundo o relatório da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (49), dos adultos que referiram ter diabetes (7,5% dos entrevistados) 71,6% tinham excesso de peso e 35,7% eram obesos. Entre os adultos que referiram ser hipertensos (24,5%), 70,3% tinham excesso de peso e 33,2% tinham obesidade. Para quem reportou ter ambas as doenças, 73,8% tinham excesso de peso e 40,8% tinham obesidade (39,49). Esses dados ilustram os impactos do sobrepeso e obesidade como fator de risco para o desencadeamento das mais diversas doenças crônicas.

3.2. FATORES DE RISCO

Existem diversos fatores que podem aumentar a probabilidade do indivíduo desenvolver DCNT, esses fatores podem ser classificados de diferentes maneiras, como fatores de risco modificáveis (tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, alimentação inadequada e inatividade física)(50) e/ou não modificáveis (genética, sexo e idade), que podem ter condições mutáveis ou não mutáveis, respectivamente (51). A globalização e a urbanização rápida da maioria dos países, trouxeram efeitos negativos, influenciando no estilo de vida mais sedentário,

na alimentação com altíssimo teor calórico, alimentos ultraprocessados e uso excessivo de álcool e tabaco, acarretando o aumento da carga de DCNT (8). É importante ressaltar, que grande parte dos fatores de risco modificáveis se inicia na adolescência e podem influenciar na saúde a curto e a longo prazo (52,53).

Outro ponto de destaque nesse contexto, é que a desigualdade social impacta no progresso das DCNT, ou seja, às populações de baixa renda e com pouca escolaridade, são mais vulneráveis a essas doenças, por estarem mais expostas aos fatores de risco, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, deficiências em educação e informação em saúde (54,55). Além dos fatores socioeconômicos supracitados outros fatores mais específicos e esporádicos, podem influenciar e agravar o estado de saúde da população, como a recente pandemia da COVID-19 (56).

Foi constatado que os portadores de DCNT, que se contaminaram com o Coronavírus, tiveram agravamentos da condição clínica, ampliação do tempo de internação e aumento na taxa de mortalidade em relação aos que não tem DCNT(57). Além disso, novos hábitos foram formados nesse período de distanciamento social, como o aumento do consumo do tabaco e álcool, inatividade física e alimentação não saudável (56,58).

Diante do contexto apresentado, é urgente a adoção de medidas inovadoras e aquelas reconhecidamente custo-efetivas para o enfrentamento da epidemia de DCNT no país (50). A seguir, os principais fatores de risco associados às principais DCNT serão apresentados.

3.2.1. Tabagismo

O tabagismo é uma doença tipificada na Classificação Internacional de Doenças (CID 10 e 11), além disso, contribui para o surgimento das DCNT e de outras enfermidades, como o desenvolvimento de diversos tipos de câncer, tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em ambos os sexos, osteoporose e catarata (50,59).

A Organização Mundial da Saúde aponta que o tabaco mata mais de oito milhões de pessoas por ano. Mais de sete milhões dessas mortes resultam do uso direto deste produto, enquanto cerca de 1,2 milhões é o resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo. A OMS menciona também, que 80% dos mais

de um bilhão de fumantes do mundo vivem em países de baixa e média renda, onde o peso das doenças e mortes relacionadas ao tabaco é maior (60).

No ano de 2020, no Brasil, foram registrados 161.853 óbitos devido ao tabagismo, o que corresponde a 13% de todos os óbitos constatados neste ano. O uso de tabaco é o segundo fator de risco mais importante para a mortalidade no país e no mundo, seguido pela hipertensão arterial (50). O uso de tabaco é um dos principais fatores de risco para a doença cardiovascular (DCV) ao lado do diabetes e da hipertensão arterial (61). Em um estudo de coorte descobriu-se que a taxa de risco da mortalidade por DCV associada com hipertensão, aumentou para 2,30 vezes (IC 95%: 2,1–2,5) para aqueles que fumaram mais de 20 anos/maço, em comparação com aqueles que nunca fumaram (62).

Em 2019, o tabagismo foi responsável por 7,91% dos DALY (anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) e 18,57% dos os óbitos prematuros (<70 anos) por DCNT. Nas doenças respiratórias infecciosas e tuberculose, o tabaco é responsável por 23,78% dos óbitos (50).

O *Centers for Disease Control and Prevention* no seu relatório de 2014, “As consequências do tabagismo para a saúde - 50 anos de progresso”, inclui pela primeira vez o tabaco como um dos efeitos causais para o diabetes mellitus tipo II, evidenciando que o risco de desenvolver diabetes é 30 a 40% superior entre fumantes ativos, em comparação com não fumantes, e que existe uma relação dose/resposta positiva entre o número de cigarros fumados e o risco de desenvolver diabetes (63). Os mecanismos biológicos plausíveis para explicar o consumo de tabaco e desenvolvimento de diabetes, incide no aumento da obesidade abdominal em fumantes, aumento da inflamação, stress oxidativo, aumento da resistência à insulina, secreção de insulina alterada e outras alterações da função pancreática, observadas em fumantes (64).

Em Portugal, estima-se que no ano de 2017, tenham morrido 334 (9,8%) diabéticos devido ao consumo do tabaco. Observou-se que um em cada cinco mortes por diabetes tipo 2 foi em homens fumantes dos 50 aos 69 anos (65). Foi constatado também que os diabéticos que fumam têm um risco acrescido de cerca de 50% de morrerem por doença cardiovascular em comparação com os que não fumam (66). Estes resultados sugerem que os fumantes diabéticos devem ser considerados prioritários nos programas de antitabagismo, sendo de extrema importância para que deixem de fumar para controlar e reduzir o desenvolvimento das complicações

vasculares da diabetes (64).

3.2.2. Consumo Excessivo De Bebidas Alcoólicas

Apesar de sua ampla aceitação social o consumo de bebidas alcoólicas em excesso desencadeia inúmeros problemas, agravando os riscos de desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais, DCNT, violências em geral e acidentes de trânsito. Estes episódios, acarretam diversos custos econômicos e sociais, além de mortes, adoecimento e incapacidades (67). De acordo com estimativas do *Global Burden Disease* (GBD), em 2019, o álcool era o décimo fator de risco mais importante para mortalidade no mundo e o nono para anos de vida prejudicados por incapacidade (DALY), sendo responsável por 4% da mortalidade e 3% de DALY globalmente (50). Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuídas ao álcool (50).

Um dos objetivos da OMS é diminuir a associação entre o consumo de álcool e a hipertensão, com intuito de reduzir a mortalidade por doenças não transmissíveis. A Sociedade Americana de Hipertensão e a Sociedade Internacional de Hipertensão recomendam que os homens limitem o consumo de álcool a não mais que dois drinques por dia e as mulheres a não mais que um drink por dia (68). Uma meta-análise com 36 ensaios, concluiu que a diminuição na ingestão de álcool reduziu a pressão arterial em pessoas que bebiam mais de duas bebidas/dia, mas não naquelas que consumiam duas ou menos bebidas/dia (69).

Em pessoas com diabetes, o uso excessivo de álcool pode desencadear e/ou agravar as complicações agudas, como a hipoglicemia, além do surgimento e/ou agravamento de complicações crônicas relacionadas à diabetes (70). Ao contrário, alguns estudos mostram que o consumo moderado de álcool exerce efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares e é considerado fator protetor para a mortalidade (71,72). Neste sentido, pacientes com diabetes se beneficiam desse fator protetor igualmente quanto aqueles sem essa doença. O consumo excessivo de álcool pode levar ao mau controle metabólico e anular os efeitos benéficos sobre o sistema cardiovascular (70,71,73).

3.2.3. Obesidade

O sobrepeso e a obesidade são fatores de risco importantes devido a sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e de triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina (43). Devido a isso, o excesso de peso está presente em grande parte dos diabéticos e hipertensos (74,75). Alguns parâmetros são utilizados para identificar e classificar o excesso de peso e a obesidade. O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma das medidas mais utilizadas por ser de fácil e rápida aplicação e não exigir equipamentos sofisticados. De acordo com as diretrizes da OMS, em adultos, o “excesso de peso” é considerado em pessoas que possuem IMC de 25,0 a 29,9 e “obesidade” como um IMC $\geq 30,0$. A obesidade é ainda classificada em três níveis de gravidade: classe I (IMC 30,0-34,9), classe II (IMC 35,0-39,9) e classe III (IMC $\geq 40,0$) (76).

Além do excesso de gordura corporal, a sua distribuição também traz impactos à saúde das pessoas. O acúmulo de gordura na região abdominal, por exemplo, está relacionado às DCNT, pois estimulam a produção de proteína C reativa (PCR), que é fortemente associada a doenças cardíacas. O acúmulo de gordura nessa região, aumenta também, o risco de resistência à insulina e intolerância à glicose, aumento da retenção de sódio e água, podendo aumentar o débito cardíaco e levar à hipertensão arterial e a outros problemas cardíacos (77). De acordo com o *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) e a OMS, a presença de pelo menos três desses fatores (obesidade abdominal, resistência à insulina, hipertensão e altos níveis de triglicerídeos) está associada ao diagnóstico da Síndrome Metabólica (78,79). Essa combinação substancialmente aumenta o risco de desenvolver doenças cardíacas e diabetes (80). Neste sentido, circunferências da cintura ≥ 90 cm para os homens e ≥ 80 cm para mulheres, estão associadas a maiores riscos à saúde e maior probabilidade de acometimentos por DCNT (81). Apesar deste agravante, a obesidade abdominal (OA) tem permanecido um fator negligenciado e estudos mostram que mesmo pessoas com IMC $< 20 \text{ Kg/m}^2$ podem sofrer de obesidade abdominal e DCNT (81–83).

No Brasil, a gravidade da situação pode ser comprovada pelos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2020) que mostrou que 1 a cada 4 brasileiros adultos (41,2 milhões) e 60,3% (96,0 milhões) com idade superior a 18 anos possuem excesso de peso (84). Segundo dados da pesquisa Vigitel Brasil (2019), dentre os adultos que referiam ter diabetes (7,5%), 71,6% tinham excesso de peso e 35,7% eram obesos. Entre os adultos que referiram ser hipertensos (24,5%), 70,3% deles possuíam

excesso de peso e 33,2% eram obesos. Para quem referiu ter ambas as doenças, 73,8% tinham excesso de peso e 40,8% tinham obesidade (85). No contexto de pandemia da covid-19, as consequências da obesidade sobre a saúde da população também intensificaram esse agravo como importante problema de saúde pública nos cenários internacional e nacional, pois aumentaram o risco de complicações e severidade da doença causada pelo SarsCoV-2 e o tempo de internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, além da chance de letalidade (86).

A obesidade ao mesmo tempo que é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de DCNT, também é considerada uma doença crônica (CID10:E66). Desta forma, a prevenção e o diagnóstico desta condição crônica, são importantes para que medidas sejam adotadas no âmbito da saúde pública para a promoção da saúde e a redução de morbimortalidade, não só por a obesidade ser uma doença e sim um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida e, ainda, ter implicações diretas na saúde mental dos indivíduos (43).

3.2.4. Alimentação Inadequada

Os padrões de alimentação vem mudando rapidamente na grande maioria dos países, principalmente nos emergentes, desta forma, a alimentação inadequada é um importante fator de risco para as DCNT. Dentre essas mudanças, destaca-se a substituição de alimentos in natura ou minimamente processados de origem vegetal (arroz, feijão, mandioca, batata, legumes e verduras) e preparações culinárias à base desses alimentos por produtos industrializados prontos para consumo. Estas transformações, observadas com grande intensidade no Brasil, determinam, entre outras consequências, o desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão excessiva de calorias (87,88). Os processos e ingredientes utilizados na fabricação dos alimentos industrializados são escolhidos para criar alimentos altamente duráveis, convenientes, mais palatáveis e rentáveis, porém de baixo valor nutricional (88,89), ou seja, com menos fibras, vitaminas e minerais e maior densidade energética, maior quantidade de açúcar livre, gordura total, gordura saturada e gordura trans (90).

Devido ao consumo em excesso dessa alimentação inadequada, a frequência da obesidade e da diabetes vem aumentando rapidamente. De modo

semelhante, evoluem outras doenças crônicas relacionadas ao consumo excessivo de calorias e à oferta desequilibrada de nutrientes na alimentação, como a hipertensão, doenças do coração e certos tipos de câncer. Inicialmente apresentados como doenças de pessoas com idade mais avançada e, agora muitos desses problemas atingem adultos, jovens, adolescentes e crianças (87).

A literatura científica reconhece claramente que o consumo destes alimentos é um fator de risco para o desenvolvimento de obesidade, diabetes e outras DCNT, e está relacionado ao aumento de mortes por doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral em todas as idades, a asma e o chiado em adolescentes (91,92), a hipertensão, o câncer geral e de mama e distúrbios gastrointestinais funcionais em adultos (93). Estudo realizado com adultos brasileiros, estadunidenses e canadenses, mostram importante relação entre ingestão de alimentos ultraprocessados e maior IMC, maior circunferência da cintura e maiores chances de ocorrência de sobrepeso e obesidade (93). A adesão ao tratamento dietético resulta em uma alteração da qualidade da alimentação, o que tem impacto na escolha de adotar um estilo de vida mais saudável. Esta mudança está diretamente relacionada à prevenção e/ou controle das DCNT, bem como na prevenção de suas complicações (94).

3.2.5. Inatividade Física

Outro fator de risco importante para as DCNT é a inatividade física, pois contribui para o desequilíbrio entre as quantidades ingerida e gasta de calorias (95). A atividade física caracteriza-se como qualquer movimento corporal acima dos níveis de repouso (96), o que significa que fazem parte atividades do dia a dia como as atividades de autocuidado, atividades domésticas, laborais, de lazer ativo (tempo livre) e deslocamento, além de participações em programas de exercícios físico supervisionados como ginásticas, atividades em academias e esportes (16).

Com a rápida evolução do estilo de vida moderno, a urbanização crescente, o avanço tecnológico e revolução do trabalho (mecanização e automação dos meios de produção), tem desencadeado mudanças profundas nos padrões de atividade física da sociedade (97). O crescente domínio de dispositivos eletrônicos, a criação do transporte motorizado e as transformações nas ocupações profissionais têm contribuído para um aumento do sedentarismo, entretanto, não se deve

desconsiderar a parcela de trabalhadores que ainda desempenha tarefas pesadas ou que exige grandes deslocamentos, como o carteiro, gari e as tarefas domésticas (97).

Como relatado anteriormente, a diminuição do nível de atividade física leva ao aumento no tempo em comportamento sedentário, durante as atividades domésticas, no trabalho ou na escola, na diminuição dos deslocamentos andando e no tempo livre (98). À vista disso, os baixos níveis de física estão associados a maior circunferência da cintura e ao maior IMC, em todas as faixas etárias (95,99). Os baixos níveis de atividade física, estão associados também, a diversas outras DCNT, à morte prematura da população e à mortalidade por todas as causas (21,100,101). Conjuntamente, o tempo em comportamento sedentário, está fortemente, relacionado à obesidade em crianças e em adolescentes, à diabetes mellitus tipo II, à síndrome metabólica e à mortalidade por todas as causas em adultos (102), e à circunferência da cintura, bem como, ao sobrepeso e à obesidade, em idosos (103).

Em estudo realizado, (104) foi constatado que um padrão de comportamento sedentário prolongado, está associado ao aumento do risco de diversas doenças não transmissíveis importantes e à mortalidade por todas as causas. Pessoas que não atingem o nível recomendado de atividade física moderada a vigorosa, devem interromper os episódios sedentarismo a cada 30 a 60 minutos e, a limitar o tempo sedentário prolongado por dia, tanto quanto possível. A inatividade física é um estilo de vida modificável e evidências convincentes apoiam a promoção de uma população mais ativa, sendo este motivo justificativa suficiente para que ações para a estimular a prática de atividade física sejam um dos principais alvos das políticas públicas de saúde (105).

3.3. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS DCNT

Evidências científicas indicam que para deter o crescimento das DCNT são necessárias estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle, focadas nos seus principais fatores de risco modificáveis (8,9). Nestas estratégias deve-se incluir ações preventivas destas doenças como a escolha e o acesso a hábitos saudáveis e adequados, como boa alimentação e prática de atividade física (10). Diante desta necessidade, o Ministério da Saúde desenvolveu o plano de enfrentamento para as DCNT, novo plano de “Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-

2030” (Plano de Dant), com o objetivo fortalecer a agenda de enfrentamento das doenças crônicas, das violências e dos acidentes nas esferas federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal. Com um conjunto de diretrizes e ações estratégicas para o atingimento de 23 metas nacionais, pautas de promoção da saúde e ações de saúde da população, dentre as quais destacam-se (50):

- Reduzir em 1/3 a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT;
- Reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT;
- Reduzir em 2% a obesidade de crianças e adolescentes;
- Deter o crescimento da obesidade entre adultos;
- Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados;
- Reduzir em 30% o consumo de regular de bebidas adoçadas;
- Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%;
- Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%.

Os estudos demonstram a importância dos hábitos saudáveis e adequados na prevenção de DCNT, diante de um cenário global de aumento da prevalência de óbitos por essas doenças. Alguns autores enfatizam a necessidade de implementação de políticas educativas, sendo de extrema importância a conscientização da população acerca da necessidade de incluir na sua rotina hábitos saudáveis (10). É importante destacar que estas políticas devem ser ampliadas e disseminadas no âmbito da atenção primária, inclusive empoderando os profissionais de saúde em geral a fazer orientações aos seus usuários sobre como ter uma vida fisicamente mais ativa.

O tratamento da hipertensão arterial, envolve a utilização correta dos medicamentos anti-hipertensivo, associado às mudanças de hábitos de vida sendo realização de atividade física, alimentação saudável (incluindo a redução do consumo de sódio), redução do consumo de bebida alcoólica, tabagismo e a descontinuação de substâncias que desencadeiam a hipertensão (106,107). As medidas não farmacológicas são aplicáveis à população em geral, como prevenção primária, e à população hipertensa, como parte inicial e fundamental do tratamento (108).

Dentre as opções de tratamento para diabetes *mellitus* tipo II incluem também as modificações no estilo de vida, já citadas anteriormente associado a

medicamentos agentes antidiabéticos orais. No entanto, é preciso individualizar o tratamento de acordo com as características clínicas do paciente, considerando o risco de hipoglicemia, a tolerabilidade e os efeitos adversos (109,110).

A obesidade, se caracteriza como um fator de risco importante nas DCNT, sendo uma doença que requer um tratamento individualizado atrelado a mudança de hábitos do indivíduo. O objetivo é alcançar a perda de peso e mantê-lo a longo prazo, melhorado as comorbidades e evitando complicações futuras para obter uma melhora na qualidade e expectativa de vida(111).

Pessoas com IMC entre 25 e 26,9 kg/m² devem iniciar com um plano alimentar combinado ao exercício físico (112–114). Já, pessoas com IMC igual ou superior a 27 kg/m² com comorbidades ou IMC superior ou igual a 30 kg/m² recomenda-se uma orientação envolvendo um plano alimentar e exercício físico e se necessário, tratamento farmacológico (113,114). Para pacientes obesos que não conseguem perder peso satisfatoriamente por meio de ajuste de estilo de vida e terapia farmacológica, a cirurgia bariátrica tornou-se a opção terapêutica mais eficaz para alcançar efeitos de perda de peso duradouros e reduzir as comorbidades relacionadas à essa condição crônica. A cirurgia bariátrica é recomendada para indivíduos com IMC>30 kg/m² e com doenças metabólicas e para os que estão acima de 35 kg/m² e possuem comorbidades como hipertensão arterial e diabetes. Para os obesos com IMC> 40 kg/m², a cirurgia é considerada a principal opção terapêutica (115–117).

3.3.1. Benefícios da Atividade na Prevenção e Controle das DCNT

A atividade física promove benefícios à saúde de adultos que vivem com condições crônicas, reduz a mortalidade por doença cardiovascular, a progressão da doença, melhora a função física e a qualidade de vida relacionada à saúde (16).

As diretrizes da Organização Mundial de Saúde para atividade física e comportamento sedentário (2020), recomenda que todos os adultos devem realizar atividade física regular. As diretrizes indicam que os adultos devem realizar pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade, ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbica vigorosa ou uma combinação equivalente entre atividade física moderada e vigorosa ao longo da semana (16,118). A prática de atividade física deve ser realizada no mínimo em 2 dias

na semana e deve incluir exercícios de resistência que promove aumento da massa muscular e densidade óssea, tais como musculação e exercícios com sobrecarga externa ou do peso do corpo. Esse tempo mais ativo, pode ser no tempo de lazer, no deslocamento, durante o trabalho e nas tarefas domésticas (119).

Estudos relatam que valores menores de IMC estão relacionados com a redução de fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT. A atividade física regular pode alterar a composição corporal, sem alterar a massa corporal total (120), em contrapartida outros estudos não reportam redução significativa do IMC, mas constataram redução significativa na gordura central avaliada através da RCQ (razão cintura quadril) (121). Essa mudança já é considerada bastante importante para a redução de fatores de risco para algumas DCNT.

O efeito hipotensivo da atividade física foi observado na maioria das intervenções (aproximadamente 81,8%), que provocou a diminuição dos valores de pressão arterial sistêmica e pressão arterial diastólica, mesmo sem redução no IMC. Estes resultados indicam que a atividade física supervisionada foi capaz de manter os níveis pressóricos semelhantes aos valores basais após seis meses sem o uso de medicamentos hipotensores, destacando que os efeitos da atividade física na pressão arterial podem reduzir a necessidade de medicamentos, do número de consultas, de exames e custos financeiros (122).

Distintos tipos de atividade melhoram a saúde e o controle glicêmico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2, embora o treinamento físico estruturado tenha sido estudado com mais frequência, muitos dos benefícios comprovados resultam da melhora da sensibilidade à insulina, controle glicêmico e redução do risco de DCV(123). O treinamento regular de exercícios aeróbicos melhora a glicemia em adultos com diabetes tipo II, com menos episódios de hiperglicemias diárias e reduções de 0,5-0,7% na hemoglobina glicada sendo que melhora a sensibilidade à insulina também a curto prazo, lipídios, pressão arterial, outros parâmetros metabólicos e níveis de condicionamento físico, mesmo sem perda de peso. (123–126)

Exercícios de resistência normalmente promovem resultados similares com o treinamento anteriormente citado, acrescido da melhoria de 10 a 15% na força, densidade óssea mineral, massa muscular esquelética combinado com uma modesta perda de peso. O treinamento de resistência além de aumentar a massa muscular, reduziu a hemoglobina glicada três vezes mais em idosos com diabetes

mellitus em comparação com um grupo que realizou restrição calórica somente (123,127,128).

Os exercícios resistidos de alta intensidade são considerados mais benéficos do que o treinamento de intensidade baixa a moderada para o controle geral da glicose e atenuação dos níveis de insulina em adultos com diabetes *mellitus* (129). O treinamento físico combinado (resistência e aeróbico) pode trazer ainda mais benefícios do que modalidades isoladas. Foi observada uma redução maior na hemoglobina glicada em adultos com diabetes *mellitus* tipo II submetidos a um programa de treinamento combinado em comparação com qualquer um dos tipos isoladamente (123,130,131).

Pode-se melhorar os cuidados de saúde primários através da prescrição de exercícios, sendo uma abordagem de baixo risco e custo-efetiva, maximizando os benefícios para a saúde a nível da população. A prescrição de exercícios é uma prestação adicional de cuidados de saúde que permite aos médicos apoiar os seus pacientes na prática de exercícios como parte da prevenção e tratamento de doenças (132).

3.4. ADESÃO E ADERÊNCIA À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Todos os anos, são publicados centenas de estudos que visam avaliar os efeitos da atividade física na saúde, onde se constata, que a prática regular leva a inúmeros benefícios em diversas populações patológicas e não patológicas (133). Mais particularmente, o exercício físico, devido às evidências dos seus benefícios, tem sido considerado como remédio e que deve ser administrado regularmente (16). Porém, embora grande parte das pessoas saibam da importância de se ter um estilo de vida saudável e ativo, a inatividade física é altamente prevalente na população em geral e causa importantes impactos na saúde pública (134,135). Sendo assim, uma das perguntas principais que ronda os estudos e especialistas da área é: Porque as pessoas não se exercitam, mesmo sabendo dos seus benefícios para a própria saúde? (136)

A resposta a esta questão é multifatorial, pois a mudança de comportamento, sobretudo, para a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo, parece não depender somente do conhecimento dos seus benefícios e da vontade própria individual. Vários fatores-chave podem influenciar positivamente as taxas de

adesão e aderência a um estilo fisicamente ativo. Dentre eles, destaca-se as características da atividade e/ou exercício físico, como por exemplo, se é individualizado, se atende os princípios que fundamentam o treinamento físico, como volume, intensidade e duração, se possui supervisão, recursos tecnológicos e se considera as características dos participantes, como hábitos anteriores e seu estado de saúde físico e mental. Além desses aspectos, é importante o gerenciamento de barreiras e facilitadores para a prática de atividade física, o nível de conhecimento e de conscientização sobre os riscos e benefícios da atividade física, expectativas adequadas, experiências prazerosas durante a prática, apoio social, monitoramento dos resultados alcançados, participação do usuário na definição das metas, e de preferência, a integração da prática à sua vida diária, considerando a acessibilidade, local, flexibilidade de horário, entre outros (136).

Mediante o quadro apresentado, um dos maiores desafios na área da promoção da atividade física é estimular a adesão, ou seja, de convencer a população a iniciar a participação em algum programa de atividade física e, a aderência, que é de criar estratégias que mantenham os participantes nos programas (137). Os principais motivos que levam os indivíduos a real aderência a prática do exercício físico são a estética e a saúde, entre outros como o lazer, programas próximos a residência, a socialização (138) e a conscientização sobre os benefícios proporcionados pela prática regular de exercícios. Em um estudo recente sobre os 18 facilitadores para a prática de atividade física em programas de promoção de atividade física, os principais motivos que levam os usuários a participarem das atividades oferecidas são “melhorar a saúde” (53,6%), “prevenir doenças” (6,7%), “emagrecer” (6,6%), entre outros (33,1%) (139).

Em contrapartida, os motivos para a não adesão/aderência à prática de atividade física nos programas públicos são a falta de tempo (41,4%), seguida pela falta de interesse nas atividades oferecidas (29,7%) e a distância até o local da prática (12,7%) (140). Considerando essas barreiras, ressalta-se que é necessário facilitar o acesso dessas práticas à população dos mais variados níveis socioeconômicos e, é importante considerar que a atividade e/ou programa de exercício físico devem estar fundamentados em um processo educativo que vai além da transmissão de conhecimentos (141). O fator-chave para o sucesso de programas e intervenções em promoção de atividade física, seja em níveis individuais ou comunitários, está relacionado aos aspectos que limitam a participação e manutenção dos indivíduos

nesses programas e intervenções (142).

3.5. PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO ACONSELHAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A prática de aconselhamento nos serviços de saúde tem se mostrado importante por ser uma ferramenta de educação em saúde, de custo relativo baixo, que pode ser realizada por qualquer profissional da saúde, demandando poucos minutos de um atendimento rotineiro (12). Dentre as estratégias de educação e promoção de modos de vida saudáveis, o aconselhamento para a prática de atividade física tem sido recomendado no contexto da APS. Esta prática podendo ser compreendida como uma orientação geral, estruturada e voltada ao incentivo para a prática de atividade física em diferentes domínios como no deslocamento, lazer, no domínio doméstico e laboral (16,17).

Este aconselhamento por profissionais de saúde tem mostrado resultados promissores na mudança de comportamento de usuários de serviços de saúde (143–147), pois colabora com o aumento do nível de atividade física em grupos de educação em saúde (148). Estas mudanças de comportamento trouxeram benefícios para pessoas com hipertensão arterial e níveis lipídicos elevados, gerando efeitos na redução de eventos cardiovasculares, pressão arterial, lipoproteínas de baixa densidade e resultados relacionados à adiposidade (147).

O estilo de vida pessoal do profissional da saúde, também parece exercer impacto no atendimento ao paciente. Os profissionais fisicamente ativos apresentaram maiores chances de realizar aconselhamento para a atividade física (27), demonstrando que há uma relação entre o hábito de praticar atividades físicas e o aconselhamento para promover este comportamento.

Estudos apontam que a questão do peso corporal do médico da família, influência nas práticas de aconselhamento do controle de peso em relação aos pacientes na atenção primária (149,150). A saúde dos próprios médicos tem um efeito significativo no aconselhamento sobre perda de peso fornecido aos pacientes, pois os usuários também se inspiram na saúde e na aparência dos médicos, e isso, pode ajudar a tornar o aconselhamento para perda de peso mais eficaz e benéfico (150).

Os médicos destacam uma série de barreiras que dificultam a prática

de aconselhamento de atividade física, como treinamento inadequado para aconselhamento da redução do peso, falta de tempo, baixa motivação dos pacientes e necessidade de priorizar outras comorbidades (149,151,152) . A indicação da falta de tempo para o aconselhamento de atividade física pelo profissional de saúde, mesmo quando este possui formação adequada, é considerada uma das principais barreiras para a efetividade dessa ação (153). Nesse sentido, há necessidade de se discutir e pactuar o processo de trabalho no âmbito da APS, de maneira que ações de educação em saúde sejam planejadas, priorizadas e ocupem um espaço de destaque na rotina de trabalho de todos os profissionais (154).

ARTIGO

Será submetido na Revista Ciência & Saúde Coletiva (Normas em Anexo B).

Qualis A1

Determinantes do aconselhamento para a prática de atividade física por profissionais e gestores da atenção primária em saúde

Daniella Carneiro de Souza Serra¹; Erildo Vicente Muller²; Christiane de Souza Guerino Macedo^{1,3}; Mathias Roberto Loch^{4,5}; Mayara Imaizumi⁶; Sofia Lira Chiodi⁷; Patrícia Silva Lúcio^{7,8}; Denilson de Castro Teixeira^{1,4,6}.

¹Programa de Mestrado e Doutorado em Ciências de Reabilitação (UEL/UNOPAR)

²Departamento de Enfermagem e Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

³Departamento de Fisioterapia, Universidade Estadual de Londrina (UEL)

⁴Departamento de Educação Física, Universidade Estadual de Londrina (UEL)

⁵Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UEL)

⁶Programa de Pós-Graduação em Educação Física Associado (UEL/UEM)

⁷Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Londrina (UEL)

⁸Departamento de Psicologia e Psicanálise, Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Autor correspondente:

Denilson de Castro Teixeira

Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Rodovia Celso Garcia Cid, PR-445, Km 380 –

Centro de Educação Física e Esportes, Londrina - PR, 86044-766. Tel: (43)3371-4228

Email: denict@uel.br

Conflito de interesse: Todos os autores responsáveis pelo manuscrito declaram que não há conflitos de interesses.

Financiamento: Esta pesquisa foi financiada pelo CNPQ, processo 443320/2020-9, chamada: CNPQ/MS/SAPS/DEPROS Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados e, em parte pela CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil. Código do financiamento 001.

Determinantes do aconselhamento para a prática de atividade física por profissionais da atenção primária em saúde

RESUMO

Este estudo analisou fatores associados ao aconselhamento da atividade física (AF) no manejo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Participaram 117 profissionais de nível superior de equipes de APS de três municípios do Paraná. Os dados foram coletados por questionários sobre a caracterização do profissional, infraestrutura da unidade básica de saúde (UBS), atitudes e conhecimentos sobre as DCNT e prática de AF. O aconselhamento de AF foi associado aos profissionais de educação física e fisioterapia. Os profissionais que realizam aconselhamento de AF, percebem mais positivamente do que os que não realizam, atuam em UBS que ofertam ações voltadas ao incentivo de hábitos saudáveis, se sentem mais preparados para lidar com a prevenção, tratamento e fatores de risco pra as DCNT, conhecem os determinantes sociais da saúde/doença, implementam estratégias para o comportamento saudável e concedem escuta e conhecem os principais problemas dos usuários. Concluímos que a área de formação educação física e fisioterapia e percepções mais positivas sobre a infraestrutura da UBS, conhecimentos sobre conteúdos relacionados às DCNT e atitudes profissionais, estão relacionados ao aconselhamento de AF.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Doenças não transmissíveis. Aconselhamento. Atividade Física. Profissionais de Saúde.

Determinants of advice for physical activity practice by primary health care professionals**ABSTRACT**

This study analyzed factors associated with counseling on physical activity (PA) in the management of chronic noncommunicable diseases (NCDs) by Primary Health Care (PHC) professionals. A total of 117 higher-level professionals from PHC teams in three municipalities in Paraná participated. Data were collected through questionnaires on the characterization of the professional, infrastructure of the basic health unit (UBS), attitudes and knowledge about NCDs, and PA practice. PA counseling was associated with physical education and physiotherapy professionals. Professionals who provide PA counseling perceive it more positively than those who do not, work in UBS that offer actions aimed at encouraging healthy habits, feel more prepared to deal with prevention, treatment, and risk factors for NCDs, know the social determinants of health/disease, implement strategies for healthy behavior, and listen to and know the main problems of users. We concluded that the physical education and physiotherapy training area and more positive perceptions about the UBS infrastructure, knowledge about content related to NCDs and professional attitudes are related to PA counseling.

Key words: Primary Health Care. Noncommunicable Diseases. Counseling. Exercise. Health Personnel.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis são consideradas as principais responsáveis pelo adoecimento, limitações, perda de qualidade de vida e pelo elevado número de mortes no mundo, inclusive as prematuras ^{1,2}. Estas doenças estão relacionadas a um conjunto de fatores não modificáveis como a genética, sexo e idade e principalmente, a fatores comportamentais modificáveis, tais como hábitos alimentares, consumo de tabaco, álcool e a inatividade física ³⁻⁵.

O aumento das DCNT traz impactos à saúde e qualidade de vida individual e coletiva das pessoas, assim como aos cofres públicos. No Brasil, os custos diretos relacionados à hipertensão arterial, diabetes e obesidade, que são as doenças crônicas mais prevalentes, atingiram a marca de 3,45 bilhões de reais, o que equivale a 890 milhões de dólares. Esta cifra engloba despesas do Sistema Único de Saúde destinadas a hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e aquisição de medicamentos ⁶.

Diante das repercussões causadas pelas DCNT, ações efetivas no manejo dessas doenças são necessárias. No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu um plano estratégico, visando reduzir os impactos destas enfermidades por meio da implementação de medidas preventivas e de controle. No âmbito desse plano, merecem destaque as ações direcionadas aos principais fatores de risco modificáveis, dentre os quais estão vinculados o estilo de vida ativo ². A atividade física (AF) é reconhecida como um dos principais recursos para a prevenção e controle das DCNT ^{7,8}. Apesar dessas evidências, grande parte da população mundial^{9,10} e brasileira é considerada insuficiente ativa ¹⁰⁻¹².

Como parte das estratégias para a redução dos fatores de risco para as DCNT, a educação em saúde merece destaque, por ter o potencial de atingir muitas pessoas ² e promover a conscientização e a inclusão de hábitos saudáveis no cotidiano delas ¹³⁻¹⁵, como parte dos cuidados voltados aos usuários da atenção primária à saúde ¹⁶.

A redução dos fatores de risco para as DCNT é um objetivo fundamental na promoção da saúde pública. A educação em saúde desempenha um papel crucial, pois tem o potencial de alcançar um grande número de pessoas ² e incentivar a adoção de hábitos saudáveis no dia a dia ¹³⁻¹⁵. A conscientização sobre um estilo de vida mais ativo é especialmente importante no contexto da atenção primária à saúde ¹⁶, onde os profissionais de saúde podem influenciar diretamente a prática de AF entre os usuários. Nesse sentido, alguns estudos enfatizam a importância do aconselhamento em saúde voltado a um estilo de vida mais ativo ^{17,18}.

Uma revisão sistemática com 21 estudos, sendo apenas quatro realizados no Brasil, mostrou que 60% dos profissionais de saúde realizavam aconselhamento para prática de AF, porém todos avaliaram médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) ¹⁹. Nenhum dos estudos investigou uma gama mais ampla de profissionais como proposto neste estudo, que inclui nutricionistas, farmacêuticos, profissionais de educação física, fisioterapeutas, dentistas e psicólogos. Apenas um estudo no contexto brasileiro, realizado em Florianópolis-SC, avaliou uma variedade maior de profissionais ¹⁸. No entanto, os fatores influenciadores do aconselhamento foram diferentes do proposto nesta investigação. Não encontramos estudos que se propuseram investigar, além das informações sociodemográficas, de formação profissional e conhecimentos sobre atividade física, as possíveis influências da infraestrutura e logística das UBS, das atitudes profissionais e autopercepção dos profissionais sobre o quão se sentem preparados para atuar com conteúdos voltados às DCNT. Portanto, há uma carência dessas informações, sobretudo, em profissionais do estado do Paraná, que apresenta contextos socioculturais e econômicos diferentes dos investigados nos estudos já realizados. Sendo assim, este estudo tem como objetivo verificar os fatores associados ao aconselhamento da prática da AF no manejo das doenças crônicas não transmissíveis por profissionais de saúde de nível superior da atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, mediante a aplicação de um questionário com profissionais e gestores de nível superior das APS dos municípios de Este estudo faz parte do projeto que foi contemplado com recursos pela chamada O projeto foi aprovado pelo CEP- Comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da

Participantes

Foram convidados para participar do estudo 189 profissionais de saúde com nível superior, integrantes de equipes de APS dos municípios de Londrina, Maringá e Ponta Grossa. Os municípios foram escolhidos para participarem do projeto por possuírem

prevalência de obesidade acima da média estadual e nacional, de acordo com o Relatório de Estado Nutricional de Adultos do SISVAN (2019) e atenderem ao critério estabelecido pelo projeto de possuir população maior que 300.000 habitantes. Foram selecionadas 20 equipes de APS dos três municípios, sendo que pelo menos uma delas estivesse alocada em uma das cinco regiões do município (norte, sul, leste, oeste e centro) e zona rural.

Instrumento e variáveis

Os dados foram coletados mediante um questionário composto por questões distribuídas em seis blocos com informações a respeito da 1) caracterização do participante, 2) formação profissional, 3) informações sobre a prática de atividade física, 4) percepção sobre a infraestrutura física e logística da UBS, 5) percepção o quão se sentem preparados para atuarem com conteúdos voltados ao enfrentamento das DCNT e 6) autoavaliação sobre atitudes relacionadas ao enfrentamento das DCNT na APS. As respostas para as questões dos blocos 4, 5 e 6 foram assinaladas em uma escala de Likert de 5 opções. O questionário foi construído pela equipe do projeto com base no "modelo de avaliação do processo de trabalho na Atenção Básica em Saúde com foco na gestão", proposto por Fontana, Lacerda e Machado ²⁰ e no questionário PCATool (Primary Care Assessment Tool - Brasil ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool Brasil para profissionais médicos e enfermeiros ²¹ e nas orientações dos Anexos I e II do Edital em que o projeto no qual essa pesquisa foi desenvolvida foi contemplado. Os editais avaliações referentes à caracterização dos profissionais de saúde, assim com as suas competências, conhecimentos, habilidades, atitudes e percepções a respeito de barreiras e facilitadores para organizar a atenção às pessoas com DCNT. Foi considerada como variável dependente a questão do bloco 3 do questionário, referente ao aconselhamento para a prática de atividade física aos usuários da APS: “No desenvolvimento do meu trabalho **aconselho sobre a prática de atividade física**”). Somente os profissionais que responderam à alternativa da escala likert “concordo totalmente”, foram classificados como os que realizam aconselhamento para a prática de atividade física. As outras questões do questionário utilizadas neste estudo foram consideradas como variáveis independentes conforme descrição a seguir:

- 1) Informações sociodemográficas idade e gênero.
- 2) Formação profissional como função, tempo de experiência na área, regime de trabalho na

UBS, área de formação e se possuem formação na área das DCNT.

3) Prática de atividade física (>150 minutos semanais) e comportamento sedentário diário (< 4 horas, de 4-8 horas e > 8 horas)

4) Percepções sobre a infraestrutura e logística da UBS voltada a ações para o manejo das DCNT como a presença na unidade de educação permanente, fluxo no atendimento, localização da UBS próxima a espaços que favorecem a prática de AF e ações individuais e coletivas para a prevenção e tratamento das DCNT.

5) Percepções sobre o quão se sentem preparados para atuar com as DCNT a respeito de conteúdos conceituais, procedimentais e atitudinais (fisiopatologia, causas e consequências, prevenção e tratamento, atributos essenciais e derivados da APS, determinantes sociais da doença, barreiras e facilitadores para a organização de estratégias de atenção às pessoas com DCNT e conhecimentos sobre estratégias individuais e coletivas para o manejo das DCNT).

6) Atitudes no âmbito do trabalho voltadas ao manejo das DCNT, como se realizam escuta ativa, se conhecem os problemas mais relevantes do usuário, se conhecem as condições de vida dos usuários e se realizam aconselhamentos sobre os fatores de risco/proteção para as DCNT alimentação e tabagismo.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2023 por meio de formulário impresso e on-line com a supervisão de uma equipe previamente treinada do projeto (profissionais da área da saúde, alunos de mestrado, doutorado e de graduação). Os dados só foram coletados após os participantes terem recebido as informações sobre o estudo e os procedimentos os quais seriam submetidos e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aceitando participar do estudo.

Análise dos dados

Os resultados descritivos com distribuição não normal foram apresentados em frequência absoluta e relativa e mediana e intervalos interquartílicos. As associações entre a realização de aconselhamento de atividade pelos profissionais com as demais variáveis foram realizadas pelo teste de Qui-quadrado (χ^2). O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar as percepções sobre o contexto que envolve o seu processo de trabalho e as DCNT (infraestrutura, atitudes e conhecimentos), dos profissionais que realizam sempre o

aconselhamento de atividade física (SAF) e aqueles que realizam esporadicamente ou não realizam (NAF). A significância estatística adotada foi $p < 0,05$. As análises foram realizadas por meio do programa IBM SPSS *Statistics* versão 22.0.

RESULTADOS

De uma população de 189 profissionais, 72 não completaram as respostas do questionário ou se recusaram a respondê-lo. Sendo assim, a amostra do estudo foi composta por 117 profissionais, dentre eles enfermeiros (25%), médicos (21%), psicólogos (10%), dentistas (11%), farmacêuticos (7%), profissionais de educação física (9%), fisioterapeutas (7%), nutricionistas (6%) e assistentes sociais (4%). Dentre os participantes 58% relataram realizar sempre aconselhamento de AF e 42% não fizeram essa afirmação. Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas, de formação profissional e relacionadas à prática de AF dos participantes. A única variável que se associou significativamente com o aconselhamento de AF foi “ser profissional de educação física ou fisioterapia” ($p = 0,019$).

Tabela 1 aqui

Na Tabela 2 são apresentadas as comparações das percepções em relação à infraestrutura e logística da UBS voltada a ações para o manejo das DCNT, dos profissionais SAF e NAF. Os SAF percebem de forma mais positiva que trabalham em unidades que disponibilizam sempre os prontuários dos usuários ($p = 0,036$), que possuem ações de atendimento individual para as DCNT ($p = 0,015$), que possuem estratégias de incentivo para a prática de AF ($p = 0,018$), alimentação saudável ($p = 0,040$) e combate ao tabagismo ($p = 0,001$).

Tabela 2 aqui

Os resultados referentes às percepções dos profissionais sobre o quão se sentem preparados em relação aos conhecimentos de conteúdos para atuar no enfrentamento das DCNT são apresentados na Tabela 3. Os profissionais SAF se sentem mais preparados do que os NAF para atuarem com conteúdo relacionados à prevenção ($p = 0,007$) e tratamento das DCNT ($p = 0,036$), mais aptos a realizarem estratégias de sensibilização relacionada aos fatores de risco modificáveis para as DCNT, como alimentação saudável ($p < 0,001$), prática de AF ($p < 0,001$) e combate ao tabagismo ($p < 0,001$). Os profissionais SAF demonstraram também se

sentir mais preparados para atuar com os determinantes sociais no processo saúde/doença ($p=0,012$), a ter conhecimentos sobre estratégias ou ações individuais ($p=0,008$) e comunitárias ($p=0,034$) para promover o comportamento saudável.

Tabela 3 aqui

Em relação às atitudes profissionais, os resultados comparativos apresentados na Tabela 4, mostra que os profissionais SAF, possuem percepção significativamente maior de que aconselham os usuários sobre a prática de AF, de que concedem escuta ativa aos usuários ($p=0,001$), que sabem quais os problemas mais relevantes para o usuário ($p<0,001$), que fornecem orientações sobre hábitos alimentares saudáveis ($p<0,001$) e que abordam questões relacionadas ao tabagismo ($p<0,001$).

Tabela 4 aqui

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que 59% dos profissionais de saúde da APS de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, reportaram realizar aconselhamento voltado ao incentivo à prática de AF. Dentre esses profissionais, os que possuem formação em educação física e/ou fisioterapia tenderam a fazer mais aconselhamento em relação aos que possuem outras formações acadêmicas. Os resultados comparativos entre as percepções dos profissionais que realizam (SAF) e não realizam aconselhamento (NAF) para a prática de AF indicaram que os SAF percebem mais positivamente alguns aspectos que envolvem a infraestrutura e serviços das UBS, se sentem mais preparados para atuarem com alguns conteúdos relacionados ao enfrentamento das DCNT e, possuem atitudes mais positivas no âmbito do seu trabalho voltado às DCNT.

A prevalência acima de 50% de profissionais que realizam aconselhamento para a prática de AF, também foi observada em outros estudos^{19,22-26} que avaliaram Equipes de Saúde da Família, composta por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Somente um estudo foi encontrado no contexto brasileiro que avaliou o perfil de outros profissionais como o realizado em nossa pesquisa. Este estudo, realizado em Florianópolis-SC, teve como amostra 587 profissionais de 49 centros de saúde das equipes da Saúde da Família, Saúde Bucal e NASF, inclusive da educação física e fisioterapia¹⁸. Os resultados indicaram

que o aconselhamento era realizado por 86,2% dos profissionais, sendo um dos principais fatores atribuídos a essa prática, o matriciamento sobre atividade física. Os autores destacam que apesar do estudo contar com 14 profissionais de educação física (2% da amostra) eles tiveram um papel importante para disseminação dos conteúdos sobre a atividade física para os outros profissionais.

A área de formação em educação física e fisioterapia, que foi um dos determinantes para o aconselhamento para a prática de AF em nosso estudo, já era esperado, pois esses profissionais são protagonistas na promoção da atividade física devido à sua formação específica e prerrogativa em prescrever exercícios ^{27,28}. Embora, naturalmente esses profissionais devam realizar o aconselhamento para a prática de AF, outros profissionais também devem efetivamente se engajar nesta causa. O aconselhamento para a prática de AF deve ser realizado de forma sinérgica e multissetorial, entre os profissionais de saúde ²⁹, pelo fato que o profissional de educação física e fisioterapeuta nem sempre estarem presentes nas equipes da APS. Desta forma, os profissionais de educação física e de fisioterapia devem também assumir um papel de articuladores a fim de sensibilizar, orientar ou coordenar, mediante uma abordagem interdisciplinar, os demais profissionais ^{30,31}. Essa realidade se configura nos municípios em que o nosso estudo foi realizado, onde o número desses profissionais não atende satisfatoriamente as demandas específicas nessa área nas unidades de atenção primária à saúde. Apesar de representem somente 22% dos profissionais SAF e por estarem inseridos em diversas UBS, acreditamos que eles também têm tido um importante papel, na sensibilização e ao estímulo dos demais profissionais da saúde a realizarem o aconselhamento para a prática de AF.

Sobre as relações entre a infraestrutura da UBS e o aconselhamento de AF, os profissionais SAF, apresentaram respostas mais positivas em relação aos NAF, de que as UBS que trabalham ofertam ações individuais preventivas para as DCNT e ações voltadas aos principais fatores de risco para essas doenças como a promoção da atividade física, orientações para alimentação saudável e de combate ao tabagismo. Neste sentido, Florindo et. al.²³ ressaltam que a probabilidade dos profissionais de saúde aconselharem sobre AF é maior, quando existem programas estruturados disponíveis nas UBS que trabalham. Além desses fatores, outro aspecto que influenciou no aconselhamento para a prática de AF, foi o fato dos profissionais SAF trabalharem em unidades que disponibilizam os prontuários dos usuários à toda equipe de saúde. Essa organização, promove a ação multidisciplinar e a possibilidade dos profissionais conhecerem melhor as principais necessidades dos usuários e atuar de acordo com elas ³²⁻³⁴.

Os resultados indicaram também que os profissionais SAF se sentem mais preparados para atuarem com alguns conteúdos e conhecimentos voltados às DCNT do que os NAF. Dentre eles estão a prevenção e o tratamento das DCNT e estratégias para sensibilizar os usuários no enfrentamento dos fatores de risco/proteção como atividade física, alimentação saudável e tabagismo. Nesse contexto, é importante ressaltar que o conhecimento das causas, consequências e estratégias de prevenção das doenças crônicas é crucial para os profissionais de saúde, pois não apenas aprimora o cuidado individual do paciente ³⁵, mas também tem impactos significativos na saúde pública, nos custos de saúde e na eficiência do sistema de saúde como um todo ³⁶. Outro ponto relevante é a maior percepção de competência para atuarem com os determinantes sociais do processo saúde/doença, bem como estratégias individuais e coletivas para promover comportamentos saudáveis no enfrentamento das DCNT. Esses achados sugerem que o conhecimento e o domínio de conteúdos aumentam a probabilidade dos profissionais de saúde adotarem determinadas atitudes profissionais, como por exemplo aconselharem a prática de AF ³⁷⁻³⁹.

Em relação às atitudes, destaca-se que os profissionais SAF, concedem de forma mais efetiva escuta aos usuários, sabem quais os seus problemas mais relevantes e realizam aconselhamento voltados à alimentação saudável e ao tabagismo. Esses comportamentos, podem levar a melhores resultados clínicos, pois estão associados ao aconselhamento personalizado ⁴⁰ e que normalmente estão mais relacionados a uma escuta mais qualificada. A partir do momento em que o profissional oportuniza a escuta, ele consegue identificar melhor as necessidades do usuário e consequentemente um melhor aconselhamento ⁴¹. Já era esperado que os profissionais que aconselham a prática de AF também orientassem sobre alimentação saudável e tabagismo ¹³⁻¹⁵, já que esses são os principais fatores de risco para a prevenção e/ou desenvolvimento das DCNT. Além disso, esses fatores frequentemente são abordados em conjunto e amplamente discutidos na literatura específica sobre essas doenças ².

Um ponto interessante a ser destacado em nossos achados é que percepções mais positivas dos profissionais SAF relacionadas à prevenção e orientações sobre os fatores de risco para as DCNT (atividade física, alimentação e tabagismo), estiveram presentes nas questões relacionadas às dimensões do questionário: a) infraestrutura, b) conteúdos e conhecimentos e c) atitudes profissionais. Esses resultados parecem indicar que ações concretas realizadas no âmbito do trabalho, trazem reflexos na experiência, autopercepção de competência e nas atitudes do profissional frente a uma situação problema ou contexto problemático a ser enfrentado ^{2,32,39,42}.

Esperávamos que a prática regular de atividade física pelos profissionais

participantes do estudo estivesse relacionada ao aconselhamento, porém essa associação não foi confirmada em nosso estudo. Algumas pesquisas demonstraram que os profissionais de saúde que praticam atividade física são mais propensos a aconselhar os seus usuários a praticarem atividade física ^{26,43,44}. Consideramos que a divergência entre o nosso estudo e os supracitados deve-se aos diferentes perfis profissionais, geográficos socioculturais entre os participantes das pesquisas realizadas até o momento. Não podemos deixar de considerar também, que as atitudes dos profissionais em realizar ou não o aconselhamento de AF, podem ser influenciadas pelas políticas de saúde e gestão, adotadas no contexto em que trabalham. Essas discrepâncias indicam que ainda são necessários estudos nessa área, para que se estabeleçam evidências mais robustas sobre este campo do conhecimento.

Outro aspecto que nos chamou a atenção foi a falta de associação entre a participação em cursos de capacitação voltados às DCNT e o aconselhamento de AF. Isso é surpreendente, pois se esperaria que o profissional de saúde capacitado em lidar com doenças crônicas estivesse mais consciente e preparado para oferecer um aconselhamento de melhor qualidade sobre a prática de AF ⁴⁵. Acreditamos que a falta de associação entre essas variáveis deve-se ao fato de que a grande maioria dos profissionais (81%), relatou ter realizado cursos na área, e ao fato de que eles parecem adquirir conhecimentos sobre as DCNT de outras formas. Isso inclui reuniões de trabalho, discussões de casos, trocas de informações entre a equipe de saúde, leituras de textos, livros, artigos científicos, cartilhas, e pelos próprios materiais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, que são amplamente distribuídos no âmbito da APS, além de ações concretas realizadas em seu ambiente de trabalho.

Entendemos como limitações deste estudo o fato de a pesquisa ter sido realizada em três municípios de médio porte, o que nos impede de extrapolar esses resultados para outros contextos, como municípios menores, que apresentam uma realidade diferente no que diz respeito ao perfil dos usuários, ao fluxo de trabalho e à gestão da atenção primária em saúde. Outro fator limitador é que os profissionais responderam a um questionário bastante extenso, o que provocou a desistência de alguns participantes e respostas incompletas. Apesar dessas limitações, este é o primeiro estudo realizado com profissionais no contexto do aconselhamento para a prática de AF envolvendo profissionais de nível superior de equipes de APS no estado do Paraná, associando questões voltadas à infraestrutura das UBS, conhecimentos e comportamentos profissionais. Outro ponto importante é que este estudo poderá subsidiar o planejamento da gestão para que o aconselhamento sobre a AF seja mais efetivo no âmbito da atenção primária à saúde.

CONCLUSÃO

Com os resultados deste estudo, podemos concluir que os profissionais de saúde da APS desempenham um papel crucial no incentivo à prática de AF, especialmente no contexto do enfrentamento das DCNT. A formação específica em áreas como educação física e fisioterapia, se mostra como fator associado ao aconselhamento por parte desses profissionais. Além disso, a existência de serviços de apoio estruturados, atitudes acolhedoras e a sensação de estarem preparados para atuar com as DCNT também influenciam significativamente a prática do aconselhamento da AF. Diante desses achados, ressaltamos a importância de investimentos em capacitação e infraestrutura nas unidades de saúde, visando fortalecer ainda mais essa prática na APS e, consequentemente, promover a saúde e qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization; 2011. 162 p.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Em Brasília; 2021 [citado 17 de setembro de 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf
3. Veras RP. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. Rev Saude Publica. dezembro de 2012;46(6):929–34.
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis. NOTA TÉCNICA Nº 25/2023-CGDANT/DAENT/SVSA/MS. 2023 [citado 24 de outubro de 2023]; Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-25-2023-cgdant-daent-svsa-ms#:~:text=Trata%2Dse%20de%20documento%20que,pelo%20tabaco%20e%20bebidas%20alco%20B3licas>.
5. Noor NAM, Yap SF, Liew KH, Rajah E. Consumer attitudes toward dietary supplements consumption: Implications for pharmaceutical marketing. Int J Pharm Healthc Mark. 2014;8(1):6–26.
6. Nilson EAF, Andrade R da CS, Brito DA de, Michele Lessa de O. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Revista Panamericana de Salud Pública. 10 de abril de 2020;44:1.

7. Wahid A, Manek N, Nichols M, Kelly P, Foster C, Webster P, et al. Quantifying the Association Between Physical Activity and Cardiovascular Disease and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc.* setembro de 2016;5(9).
8. Zhang YB, Pan XF, Chen J, Cao A, Xia L, Zhang Y, et al. Combined lifestyle factors, all-cause mortality and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Epidemiol Community Health* (1978). 5 de setembro de 2020;jech-2020-214050.
9. OMS. OMS lança novas diretrizes sobre atividade física e comportamento sedentário [Internet]. 2020 [citado 1º de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-11-2020-oms-lanca-novas-diretrizes-sobre-atividade-fisica-e-comportamento-sedentario>
10. OMS. Mais de 1,4 bilhão de adultos correm risco de desenvolver doenças por inatividade física em todo o mundo [Internet]. 2018 [citado 1º de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-9-2018-mais-14-bilhao-adultos-correm-risco-desenvolver-doencas-por-inatividade-fisica-em>
11. Oliveira AB de, Katzmarzyk PT, Dantas WS, Benseñor IJM, Goulart A de C, Ekelund U. Profile of leisure-time physical activity and sedentary behavior in adults in Brazil: a nationwide survey, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2023;32(2).
12. Santi NMM, Gomes CS, Silva DRP da, Szwarcwald CL, Barros MB de A, Malta DC. Prevalência e incidência da prática insuficiente de atividade física em adolescentes brasileiros durante a pandemia: dados da ConVid Adolescentes. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2023;26.
13. Malta DC, Cezário AC, Moura L de, Moraes Neto OL de, Silva Junior JB da. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* setembro de 2006;15(3).
14. World Health Organization. GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014 “Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility” [Internet]. 2014 [citado 2 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/148114/?sequence=6>
15. Soares MM, Rocha KSC, Castro KCE de, Amâncio N de FG. A importância de hábitos saudáveis e adequados na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *Research, Society and Development.* 7 de janeiro de 2023;12(1):e18012139295.
16. Thompson WR, Sallis R, Joy E, Jaworski CA, Stuhr RM, Trilk JL. Exercise Is Medicine. *Am J Lifestyle Med.* 22 de setembro de 2020;14(5):511–23.
17. Souza Neto JM De, Brito GEG de, Loch MR, Silva SS Da, Costa FF da. ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Movimento (ESEFID/UFRGS).* 27 de novembro de 2020;26:e26075.
18. Moraes S de Q, Santos ACB, Fermino RC, Rech CR. Aconselhamento para atividade física

realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet. setembro de 2022;27(9):3603–14.

19. Moraes S de Q, Souza JH de, Araújo PAB de, Rech CR. Prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 11 de setembro de 2019;24:1–12.
20. Fontana KC, Lacerda JT de, Machado PM de O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. Saúde em Debate. setembro de 2016;40(110):64–80.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil – 2020 [Internet]. 2020 [citado 11 de março de 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrumento_avaliacao_atencao_primaria_saude.pdf
22. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Routledge; 2013.
23. Florindo AA, Mielke GI, Gomes GA de O, 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. 31 de dezembro de 2013;13(1):794.
24. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GA, Parra DC, Siqueira F V, 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. 9 de dezembro de 2015;15(1):344.
25. 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. 24 de dezembro de 2016;16(1):1114.
26. Santos T, Guerra P, Andrade D, Florindo A. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 4 de setembro de 2015;20(2):165.
27. Souza Neto JM de, Florindo AA, Costa FF da. Associated factors with physical activity counseling among Brazilian Family Health Strategy workers. Cien Saude Colet. janeiro de 2021;26(1):369–78.
28. O'Donovan G, Blazeovich AJ, Boreham C, Cooper AR, Crank H, Ekelund U, et al. The ABC of Physical Activity for Health: A consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. J Sports Sci. abril de 2010;28(6):573–91.
29. Lion A, Vuillemin A, Thornton JS, Theisen D, Stranges S, Ward M. Physical activity promotion in primary care: a Utopian quest? Health Promot Int. 1º de agosto de 2019;34(4):877–86.
30. Dean E, Skinner M, Myezwa H, Mkumbuzi V, Mostert K, Parra DC, et al. Health Competency Standards in Physical Therapist Practice. Phys Ther. 1º de setembro de 2019;99(9):1242–54.
31. Loch MR, Dias DF, Rech CR. Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 12 de

agosto de 2019;24:1–5.

32. Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA dos, Oliveira HBS de, Almeida LMR de, et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. *Rev Gaucha Enferm.* dezembro de 2012;33(4):14–21.
33. Valdes G, Souza AS de. Uso de prontuário eletrônico e parâmetros de acesso e acolhimento segundo dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB. *Cien Saude Colet.* 2024;29(1).
34. Carneiro M do SM, Silva MGC da, Pinto FJM, Melo DMS, Gomes JM. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate.* 2014;38(special).
35. Dourado Júnior FW, Diniz JL, Moreira ACA, Salles DL, Moreira LHA. Competências do enfermeiro na promoção da saúde da pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica. *Revista Enfermagem UERJ.* 27 de agosto de 2021;29:e56922.
36. Harcke K, Graue M, Skinner TC, Olsson CB, Saleh-Stattn N. Making prediabetes visible in primary health care: a qualitative study of health care professionals' perspectives. *BMC Primary Care.* 13 de dezembro de 2023;24(1):266.
37. Guerra AM, Silva GA da, Machado AV de O, Visgueira FLL, Oliveira Filho FHM de, Silva Neta M das GR da, et al. Educação em saúde na prevenção do pé diabético na atenção primária: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development.* 23 de novembro de 2021;10(15):e161101522608.
38. Malta DC, Silva MMA da, Moura L de, Moraes Neto OL de. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* dezembro de 2017;20(4):661–75.
39. Suênia Bezerra da Silva R, Carlos Fernandes Junior G, Aryelly Araújo Dantas L, Mayara Moura Miranda M, Queiroz de Medeiros AC, Mattos Sureira T, et al. TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO NO CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ESTUDO PILOTO. *Revista de Atenção à Saúde.* 8 de novembro de 2023;21:e20238890.
40. Kime N, Pringle A, Zwolinsky S, Vishnubala D. How prepared are healthcare professionals for delivering physical activity guidance to those with diabetes? A formative evaluation. *BMC Health Serv Res.* 3 de dezembro de 2020;20(1):8.
41. Thornton J, Nagpal T, Reilly K, Stewart M, Petrella R. The ‘miracle cure’: how do primary care physicians prescribe physical activity with the aim of improving clinical outcomes of chronic disease? A scoping review. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 5 de agosto de 2022;8(3):e001373.
42. Malta EMBR, Araújo DD de, Brito MFSF, Pinho L de. Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2020;24(supl 1).
43. O'Brien S, Prihodova L, Heffron M, Wright P. Physical activity counselling in Ireland: a survey of doctors' knowledge, attitudes and self-reported practice. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 22 de julho de 2019;5(1):e000572.

44. Asbeque ACF, Leitão FNC, Dantas MF da N, Oliveira TG da P, Pinheiro DR, Silva M da CS da, et al. O IMPACTO NOS COFRES PÚBLICOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: REVISÃO INTEGRATIVA. Em: Estudos e Escrita Científica Multidisciplinar em Ciências da Saúde. Editora Científica Digital; 2023. p. 151–9.
45. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Cien Saude Colet. junho de 2010;15(suppl 1):1627–36.

Tabela 1- Resultados descritivos e de associação entre variáveis sociodemográficas, formação profissional, prática de atividade física e aconselhamento de atividade física no enfrentamento das DCNT de profissionais das APS.

	ACONSELHAMENTO ATIVIDADE FÍSICA			χ^2 (p)
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Sexo				
Feminino	53(64)	30(26)	83 (100)	3,296 (p=0,471)
Masculino	15(55)	18(56)	33 (100)	
Total	68(59)	48(41)	116 (100)	
Faixa etária				
≤30 anos	19 (68)	9(32)	28 (100)	1,477 (p=0,471)
31-50 anos	37(54)	31(46)	68 (100)	
>50 anos	10(58)	7(42)	17 (100)	
Profissão				
Educação	15(83)	3(17)	18 (100)	5,517 (p=0,019)
Física/Fisioterapia				
Outros	52(54)	45(46)	97 (100)	
Tempo de atuação APS				
≤ 5 anos	36 (60)	24 (40)	60 (100)	0,869 (p=0,648)
6 a 9 anos	6 (43)	7 (57)	13 (100)	
+10 anos	26 (59)	18 (41)	44 (100)	
Trabalho semanal				
≤ 20h	5 (50)	5 (50)	10 (100)	0,296 (p=0,586)
> 20h	63 (59)	44 (41)	107 (100)	
Pós-graduação				
Sim	48 (55)	39 (45)	87 (100)	1,211 (p=0,271)
Não	20 (67)	10 (33)	30 (100)	
Capacitação em DCNT				
Sim	49 (60)	32 (40)	81 (100)	1,078 (p=0,299)
Não	17 (50)	17 (50)	34 (100)	
Prática de ativ. física				
Sim	37(64)	21(36)	58 (100)	1,624 (p=0,203)
Não	16(50)	16(50)	32 (100)	
Ativ. Física semanal				
< 150 minutos	14 (52)	13 (48)	42 (100)	2,762 (p=0,097)
> 150 minutos	26 (72)	10 (28)	36 (100)	
Comp. Sedentário				
> 4 horas	5 (55)	4 (45)	9 (100)	1,193 (p=0,551)
4 – 8 horas	29 (61)	15 (39)	4 (100)	
+ 8 horas	15 (54)	13 (46)	28 (100)	

Tabela 2- Percepções dos profissionais que realizam e não realizam aconselhamento para a prática de atividade física sobre a infraestrutura e logística da UBS que trabalham.

VARIÁVEIS	ACONSELHAMENTO ATIVIDADE FÍSICA				p
	MD	SIM IQ	MD	NÃO IQ	
Espaço físico apropriado para ações	1	0-3	3	1-3	0,207
Suporte tecnológico p/ desenvolvimento do trabalho	3	3-4	3	1-4	0,622
Fluxo organizado para atendimentos usuários	3	3-4	3	2-4	0,228
Número adequado da equipe	2	1-3	1	0-3	0,400
Educação permanente como rotina na UBS	3	1-3	2	1-3	0,579
Prontuários dos usuários disponíveis	4	4-4	4	3-4	0,036
Conhecimento condições de saúde da comunidade	3	2-3	3	2-3	0,382
Planejamento das ações entre as equipes	3	2-4	3	3-4	0,525
Ações compartilhadas entre as equipes	3	3-4	3	3-4	0,514
Normatização do cuidado estratificação risco	3	2-4	3	2-3	0,968
Ações de atendimento individual p/ DCNT	3	3-4	3	2-3	0,015
Ações de atendimento em grupo p/ DCNT	3	2-4	3	2-3	0,143
Ações comunitárias – educação em saúde DCNT	3	1-3	2	0-3	0,168
Território com espaços para a atividade física	3	1-4	3	1-3	0,069
Estratégias de incentivo para a prática de At. física	3	3-4	3	1-3	0,018
Estratégias de incentivo para alimentação saudável	3	2-4	3	0-3	0,040
Estratégias de incentivo para combate tabagismo	3	2-4	3	1-3	0,001

Respostas: 0= Discordo Totalmente; 1= Discordo parcialmente; 2= Não concordo nem discordo; 3= concordo parcialmente; 4= Concorde totalmente.

Tabela 3- Percepções dos profissionais que realizam e não realizam aconselhamento para a prática de atividade física sobre o quão se sentem preparados para atuar com conteúdos relacionados às DCNT.

VARIÁVEIS	ATIVIDADE FÍSICA		ACONSELHAMENTO		
	SIM		NÃO		p
	MD	IQ	MD	IQ	
Fisiopatologia das DCNT	3	2-3	3	2-3	0,457
Causas e consequências das DCNT	3	2-4	3	2-3	0,139
Prevenção das DCNT	3	2-4	2	2-3	0,007
Tratamento das DCNT	3	2-3	2	2-3	0,036
Estratégias para adoção da alimentação saudável	3	2-3	2	1-3	0,000
Estratégias para adoção da prática de At. Física	3	2-4	2	1-3	0,000
Estratégias para combate ao tabagismo	3	2-3	2	1-3	0,000
Atuar com atributo atenção à saúde centrada na família	2	2-3	2	1-3	0,088
Atuar com atributo orientação comunitária	2	2-3	2	2-3	0,135
Atuar com atributo competência cultural	2	2-3	2	2-3	0,653
Barreiras/facilitadores para atenção às pessoas DCNT	3	2-3	2	2-3	0,434
Determinantes sociais no processo saúde/doença	3	3-3	2	2-3	0,012
Princípios e valores da promoção da saúde	3	2-3	3	2-3	0,057
Estratégias individuais p promover comp. saudáveis	3	2-3	2	2-3	0,008
Estratégias comunitárias p promover comp. saudáveis	3	2-3	2	2-3	0,034

Respostas: 0= Não estou preparado; 1= Insuficientemente preparado; 2= Moderadamente preparado; 3= suficientemente preparado; 4= altamente preparado.

Tabela 4- Percepções dos profissionais que realizam e não realizam aconselhamento para a prática de atividade física sobre suas atitudes no manejo das DCNT.

VARIÁVEIS	ATIVIDADE FÍSICA		ACONSELHAMENTO		
	SIM		NÃO		p
	MD	IQ	MD	IQ	
Concedo escuta aos usuários	4	4-4	3	3-4	0,001
Sei quais problemas são mais relevantes para o usuário	3	3-4	3	2-3	0,000
Conheço as condições de vida de cada usuário	3	2-3	3	1-3	0,061
Aconselho sobre alimentação saudável	4	4-4	3	3-4	0,000
Aconselho sobre o tabagismo	4	4-4	3	3-4	0,000

Respostas: 0= Discordo Totalmente; 1= Discordo parcialmente; 2= Não concordo nem discordo; 3= concordo parcialmente; 4= Concordo totalmente.

CONCLUSÃO GERAL

O enfrentamento das DCNT requer intervenções abrangentes, multidisciplinares e contínuas, dadas as consequências significativas dessas doenças na saúde e na qualidade de vida da população. A prevenção e o controle demandam mudanças nos comportamentos e estilos de vidas, com ênfase na educação e aconselhamento, especialmente na APS. É crucial investir em programas de promoção da saúde que ofereçam orientações sobre alimentação saudável, atividade física, além controle do tabagismo e do consumo de álcool.

Destaca-se o papel essencial dos profissionais e gestores de saúde da APS no incentivo à prática de atividade física, especialmente no combate das DCNT. A formação específica (em áreas como educação física e fisioterapia) e capacitações voltadas para as DCNT são fatores associados ao sucesso do aconselhamento por parte desses profissionais. Além disso, a presença de serviços de apoio estruturados, atitudes acolhedoras e a sensação de preparo para lidar com as DCNT também influenciam significativamente a prática do aconselhamento da AF.

No entanto, é importante reconhecer que a eficácia dessas intervenções depende da colaboração de todos os profissionais de saúde, não apenas daqueles diretamente ligados ao exercício físico. Portanto, investimentos em capacitação, infraestrutura nas unidades de saúde e a participação em equipes multiprofissionais, são aspectos fundamentais para o sucesso dessas abordagens visando fortalecer ainda mais essa prática na APS e, consequentemente, promover a saúde e qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization; 2011. 162 p.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Em Brasília; 2021 [citado 17 de setembro de 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases fact sheet. [Internet]. 2023 [citado 31 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Karatzi K, Manios Y. The Role of Lifestyle, Eating Habits and Social Environment in the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes and Hypertension. *Nutrients*. 25 de abril de 2021;13(5):1460.
5. Nilson EAF, Santin Andrade R da C, de Brito DA, de Oliveira ML. Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018. Vol. 44, *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. Pan American Health Organization; 2020.
6. Ferrari G, Giannichi B, Resende B, Paiva L, Rocha R, Falbel F, et al. The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System. *Public Health*. junho de 2022;207:82–7.
7. Kazibwe J, Tran PB, Annerstedt KS. The household financial burden of non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Res Policy Syst*. 21 de dezembro de 2021;19(1):96.
8. World Health Organization. GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014 “Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility” [Internet]. 2014 [citado 2 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/148114/?sequence=6>
9. Malta DC, Cezário AC, Moura L de, Moraes Neto OL de, Silva Junior JB da. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. setembro de 2006;15(3).
10. Soares MM, Rocha KSC, Castro KCE de, Amâncio N de FG. A importância de hábitos saudáveis e adequados na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *Research, Society and Development*. 7 de janeiro de 2023;12(1):e18012139295.

11. Đorđić V, Božić P, Milanović I, Radisavljević S, Batez M, Jorga J, et al. Guidelines-Driven Educational Intervention Promotes Healthy Lifestyle Among Adolescents and Adults: A Serbian National Longitudinal Study. *Medicina (B Aires)*. 4 de fevereiro de 2019;55(2):39.
12. NICE. Physical activity: brief advice for adults in primary care [Internet]. 2013 [citado 12 de novembro de 2023]. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/ph44
13. Portugal. Ministério da Saúde. ACONSELHAMENTO BREVE PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: MODELO DE INTERVENÇÃO E FERRAMENTAS [Internet]. 2020 [citado 1º de novembro de 2023]. Disponível em: www.dgs.pt
14. Trindade I, Carvalho Teixeira JA. Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*. 7 de dezembro de 2012;18(1):3–14.
15. Pontes-Pereira PS, Antonini M, Fedocci EMM, Costa CRB, Esquivel-Rubio AI, Botelho EP, et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em pessoas vivendo com HIV. *Acta Paulista de Enfermagem*. 24 de abril de 2023;36.
16. WHO. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. [s.n.]; 2020 [citado 28 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf>
17. Florindo AA, Andrade DR. EXPERIÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA [Internet]. 2015 [citado 12 de novembro de 2023]. Disponível em: https://www.fsp.usp.br/lcsoabcpaulista/wp-content/uploads/2021/08/Livro_Ambiente_Ativo.pdf
18. Brasil M da S. GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA RECOMENDAÇÕES PARA GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE [Internet]. 2021 [citado 23 de outubro de 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_recomendacoes_gestores_profissionais.pdf
19. Caprara G. Mediterranean-Type Dietary Pattern and Physical Activity: The Winning Combination to Counteract the Rising Burden of Non-Communicable Diseases (NCDs). *Nutrients*. 28 de janeiro de 2021;13(2):429.
20. Warburton DER. Health benefits of physical activity: the evidence. *Can Med Assoc J*. 14 de março de 2006;174(6):801–9.
21. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*. julho de 2012;380(9838):219–29.

22. WHO. NONCOMMUNICABLE DISEASES PROGRESS MONITOR 2020. 2020.
23. Saqib ZA, Dai J, Menhas R, Mahmood S, Karim M, Sang X, et al. <p>Physical Activity is a Medicine for Non-Communicable Diseases: A Survey Study Regarding the Perception of Physical Activity Impact on Health Wellbeing</p>. Risk Manag Healthc Policy. dezembro de 2020;Volume 13:2949–62.
24. Anderson E, Durstine JL. Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. Sports Medicine and Health Science. dezembro de 2019;1(1):3–10.
25. Cunningham C, O’Sullivan R. Healthcare Professionals Promotion of Physical Activity with Older Adults: A Survey of Knowledge and Routine Practice. Int J Environ Res Public Health. 4 de junho de 2021;18(11):6064.
26. Wheeler PC, Mitchell R, Ghaly M, Buxton K. Primary care knowledge and beliefs about physical activity and health: a survey of primary healthcare team members. BJGP Open. 10 de julho de 2017;1(2):bjgpopen17X100809.
27. Moraes S de Q, Santos ACB, Fermino RC, Rech CR. Aconselhamento para atividade física realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet. setembro de 2022;27(9):3603–14.
28. Florindo AA, Mielke GI, Gomes GA de O, 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. 31 de dezembro de 2013;13(1):794.
29. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GA, Parra DC, Siqueira F V, 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. 9 de dezembro de 2015;15(1):344.
30. Santos T, Guerra P, Andrade D, Florindo A. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 4 de setembro de 2015;20(2):165.
31. 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. 24 de dezembro de 2016;16(1):1114.
32. Malta DC, Teixeira RA, Cardoso LS de M, Souza JB de, Bernal RTI, Pinheiro PC, et al. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis em capitais brasileiras: redistribuição de causas garbage e evolução por estratos de privação social. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2023;26(suppl 1).
33. Marinho MF, França EB, Teixeira RA, Ishitani LH, da Cunha CC, dos Santos MR, et al. Dados para a saúde: impacto na melhoria da qualidade da informação sobre causas de óbito no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2019;22.

34. Oliveira AS. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 1º de novembro de 2019;15(32):69–79.
35. WHO. NONCOMMUNICABLE DISEASES COUNTRY PROFILES 2018 [Internet]. 2018 [citado 5 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000490>
36. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2020 [citado 20 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
37. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília; 2011 [citado 20 de julho de 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
38. Hatefi A, Allen LN, Bollyky TJ, Roache SA, Nugent R. Global susceptibility and response to noncommunicable diseases. Bull World Health Organ. 2018;96(8):586–8.
39. Saúde M DA. PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE [Internet]. 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas
40. Resende V, Weffort S. Obesidade na infância e adolescência: Manual de Orientação. 2019.
41. Ferreira AP de S, Szwarcwald CL, Damacena GN. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 1º de abril de 2019;22:e190024.
42. Schmidt MI, Duncan BB, e Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet. junho de 2011;377(9781):1949–61.
43. Brasil M da S. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Obesidade. 2014. 211 p.
44. Hubert HB, Mcnamara PM, Castelli WP. Obesity as an Independent Risk Factor for Cardiovascular Disease: A 26-year Follow-up of Participants in the Framingham Heart Study. Circulation [Internet]. 1983 [citado 20 de julho de 2023];67(5):968–77. Disponível em: <http://ahajournals.org>
45. Francischi RP KMPLCPSLSRVPLJrAH. Efeito da intensidade da atividade física e da dieta hipocalórica sobre consumo alimentar, a composição corporal e a colesterolemia em mulheres obesas. Revista Brasileira de Nutrição Clínica.

- 1999;14:1–8.
46. Iser BPM, Vigo Á, Duncan BB, Schmidt MI. Trends in the prevalence of self-reported diabetes in Brazilian capital cities and the Federal District, 2006-2014. *Diabetol Metab Syndr*. 13 de outubro de 2016;8(1).
 47. Bahia L, Coutinho ESF, Barufaldi LA, De Azevedo Abreu G, Malhão TA, Ribeiro De Souza CP, et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: Cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2012;12(1).
 48. Borges HP, Cruz N do C, Moura EC. Associação entre Hipertensão Arterial e Excesso de Peso em Adultos, Belém, Pará, 2005. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2008 [citado 20 de julho de 2023];91(2):110–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400007>
 49. Brasil M da S. VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO ESTIMATIVAS SOBRE FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NAS CAPITAIS DOS 26 ESTADOS (VIGITEL) [Internet]. 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf
 50. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis. NOTA TÉCNICA Nº 25/2023-CGDANT/DAENT/SVSA/MS. 2023 [citado 24 de outubro de 2023]; Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-25-2023-cgdant-daent-svsa-ms#:~:text=Trata%2Dse%20de%20documento%20que,pelo%20tabaco%20e%20bebidas%20alco%C3%B3licas.>
 51. Noor NAM, Yap SF, Liew KH, Rajah E. Consumer attitudes toward dietary supplements consumption: Implications for pharmaceutical marketing. *Int J Pharm Healthc Mark*. 2014;8(1):6–26.
 52. Msc J, Mathers CD, Health A, Bloem JN, Ferguson Msc J, Gore FM, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* [Internet]. 2011;377:2093–102. Disponível em: www.thelancet.com
 53. Delisle H, World Health Organization. Nutrition in adolescence : issues and challenges for the health sector : issues in adolescent health and development. WHO; 2005. 115 p.
 54. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC Dos. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – pesquisa nacional de saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 1º de dezembro de 2015;18:3–16.

55. Barros MB de A, Lima MG, Medina LDPB, Szwarcwald CL, Malta DC. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 17 de novembro de 2016;15(1).
56. Malta DC, Gomes CS, de Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, de Azevedo Barros MB, Machado ÍE, et al. Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira. *Cad Saude Publica*. 1º de abril de 2021;37(3).
57. Mesenburg MA, Hallal PC, Menezes AMB, Barros AJD, Horta BL, de Barros FC, et al. Chronic non-communicable diseases and COVID-19: EPICOID-19 Brazil results. *Rev Saude Publica*. 2021;55:1–11.
58. Ruiz-Roso MB, Knott-Torcal C, Matilla-Escalante DC, Garcimartín A, Sampedro-Núñez MA, Dávalos A, et al. COVID-19 Lockdown and Changes of the Dietary Pattern and Physical Activity Habits in a Cohort of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Nutrients*. 4 de agosto de 2020;12(8):2327.
59. OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco 2021.[Internet]. [Internet]. 2021 [citado 24 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/tabaco>
60. Ministério da Saúde B. Glossário temático : fatores de proteção e de risco de câncer [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>
61. Hackam DG, Anand SS. Emerging Risk Factors for Atherosclerotic Vascular Disease A Critical Review of the Evidence [Internet]. 2003. Disponível em: <https://jamanetwork.com/>
62. Tan J, Zhang X, Wang W, Yin P, Guo X, Zhou M. Smoking, blood pressure, and cardiovascular disease mortality in a large cohort of chinese men with 15 years follow-up. *Int J Environ Res Public Health*. 18 de maio de 2018;15(5).
63. Department of Health U, Services H. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General [Internet]. 2014. Disponível em: www.cdc.gov/tobacco
64. Rebelo L. Diabéticos fumadores: uma população de elevado risco que muito beneficia em deixar de fumar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* [Internet]. 1º de agosto de 2021;37(4):373–6. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13106>
65. Nacional Para A Prevenção P. MINISTÉRIO DA SAÚDE | DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE FICHA TÉCNICA [Internet]. 2019. Disponível em: www.dgs.pt
66. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB. Relation of Smoking With Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients With Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis and Systematic Review. Vol. 132, *Circulation*. Lippincott Williams and Wilkins; 2015. p. 1795–804.

67. WHO. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. 2018 [citado 24 de outubro de 2023]; Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1>
68. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension Weber et al. J Clin Hypertens. janeiro de 2014;16(1):14–26.
69. Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, Gmel G, Hasan OSM, Rehm J. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 1º de fevereiro de 2017;2(2):e108–20.
70. Babor T, Rehm J, Jernigan D, Vaeth P, Monteiro M, Lehman H. Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health. agosto de 2012;32(2):151–5.
71. Pietraszek A, Gregersen S, Hermansen K. Alcohol and type 2 diabetes. A review. Vol. 20, Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases. 2010. p. 366–75.
72. Wakabayashi I. Comparison of the relationships of alcohol intake with atherosclerotic risk factors in men with and without diabetes mellitus. Alcohol and Alcoholism. maio de 2011;46(3):301–7.
73. Fedrick F, Justin-Temu M. Factors contributing to non-adherence to diabetes treatment among diabetic patients attending clinic in Mwanza city. East Afr. J Public Health [Internet]. 2012 [citado 24 de outubro de 2023]; Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/23136703>
74. Souza et al. Prevalência de Obesidade Fatores de Risco Cardiovascular em Campos, RJ. Arq Bras Endocrinol Metab. 2003;47.
75. Lerario DDG, Gimeno SG, Franco LJ, Iunes M, G Ferreira SR. Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros Weight excess and abdominal fat in the metabolic syndrome among Japanese-Brazilians. Rev Saúde Pública [Internet]. 2002;36(1):4–11. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp
76. Diretrizes Brasileiras de Obesidade [Internet]. São Paulo; 2016 [citado 24 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>
77. Dhawan D, Sharma S. Abdominal Obesity, Adipokines and Non-communicable

- Diseases. Vol. 203, Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. Elsevier Ltd; 2020.
78. Saklayen MG. The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Curr Hypertens Rep.* 26 de fevereiro de 2018;20(2):12.
 79. Expert Panel on Detection E and T of HBC in A. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 16 de maio de 2001;285(19):2486–97.
 80. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol.* abril de 2005;84:3–28.
 81. Løvsletten O, Jacobsen BK, Grimsgaard S, Njølstad I, Wilsgaard T, Løchen ML, et al. Prevalence of general and abdominal obesity in 2015-2016 and 8-year longitudinal weight and waist circumference changes in adults and elderly: The Tromsø Study. *BMJ Open.* 5 de novembro de 2020;10(11).
 82. Blundell JE, Dulloo AG, Salvador J, Frühbeck G. Beyond BMI - Phenotyping the obesities. *Obes Facts.* 13 de novembro de 2014;7(5):322–8.
 83. K K, J J. A correlation study between types of obesity and hypertension. *Int J Med Sci Public Health.* 2018;7(11):1.
 84. Saúde M DA. PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE [Internet]. 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas
 85. Saude M. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 53, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2020 [Internet]. 2020. Disponível em: <http://conitec.gov.br/>.
 86. World Obesity Federation. COVID-19 and Obesity: The 2021 Atlas [Internet]. 2021. Disponível em: www.worldobesity.org
 87. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. Vol. 2 edição. 2014. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs
 88. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada ML, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr.* 12 de abril de 2019;22(5):936–41.
 89. Ludwig J, Sanbonmatsu L, Gennetian L, Adam E, Duncan GJ, Katz LF, et al. Neighborhoods, Obesity, and Diabetes — A Randomized Social Experiment. *New England Journal of Medicine.* 20 de outubro de 2011;365(16):1509–19.
 90. Louzada ML da C, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, et

- al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2015;49(0).
91. Elias BC, Silva JB, Mais LA, Warkentin S, Konstantyner T, Solé D. FACTORS ASSOCIATED WITH ASTHMA IN BRAZILIAN ADOLESCENTS: NATIONAL ADOLESCENT SCHOOL-BASED HEALTH SURVEY (PENSE-2012). *Revista Paulista de Pediatria*. dezembro de 2019;37(4):406–13.
 92. Melo B, Rezende L, Machado P, Gouveia N, Levy R. Associations of ultra-processed food and drink products with asthma and wheezing among Brazilian adolescents. *Pediatric Allergy and Immunology*. 29 de agosto de 2018;29(5):504–11.
 93. Louzada ML da C, Costa C dos S, Souza TN, Cruz GL da, Levy RB, Monteiro CA. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. *Cad Saude Publica*. 2021;37(suppl 1).
 94. Elias Barbosa NN, Santos de Lima MC, da Silva Guerra B, Cavalcanti dos Santos NM, de Oliveira Albuquerque Silva PF, Tokiko Oliveira Tomiya M. Qualidade da dieta e fatores associados em pacientes adultos e idosos atendidos em um ambulatório de nutrição na cidade de Recife, Pernambuco. *O Mundo da Saúde*. 1º de janeiro de 2023;47.
 95. Díaz-Martínez X, Petermann F, Leiva AM, Garrido-Méndez A, Salas-Bravo C, Martínez MA, et al. No cumplir con las recomendaciones de actividad física se asocia a mayores niveles de obesidad, diabetes, hipertensión y síndrome metabólico en población chilena. *Rev Med Chil*. maio de 2018;146(5):585–95.
 96. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research Synopsis [Internet]. Vol. 100, *Public Health Rep*. 1985 [citado 15 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/#reference-sec>
 97. Nahas M V. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida [Internet]. 2017 [citado 31 de outubro de 2023]. Disponível em: https://sbafs.org.br/admin/files/papers/file_llduWnhVZnP7.pdf
 98. 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*. outubro de 2018;6(10):e1077–86.
 99. Guilherme FR, Molena-Fernandes CA, Guilherme VR, Fávero MTM, Reis EJB dos, Rinaldi W. Inatividade física e medidas antropométricas em escolares de Paranavaí, Paraná, Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*. março de 2015;33(1):50–5.
 100. Silva DAS, Naghavi M, Duncan BB, Schmidt MI, de Souza M de FM, Malta DC.

Physical inactivity as risk factor for mortality by diabetes mellitus in Brazil in 1990, 2006, and 2016. *Diabetol Metab Syndr*. 28 de dezembro de 2019;11(1):23.

101. Silva DFO, Sena-Evangelista KCM, Lyra CO, Pedrosa LFC, Arrais RF, Lima SCVC. Motivations for weight loss in adolescents with overweight and obesity: a systematic review. *BMC Pediatr*. 21 de dezembro de 2018;18(1):364.
102. Rezende LFM de, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, Matsudo VKR, Luiz O do C. Sedentary Behavior and Health Outcomes: An Overview of Systematic Reviews. *PLoS One*. 21 de agosto de 2014;9(8):e105620.
103. Rezende LFM de, Rey-López JP, Matsudo VKR, Luiz O do C. Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC Public Health*. 9 de dezembro de 2014;14(1):333.
104. Wu J, Fu Y, Chen D, Zhang H, Xue E, Shao J, et al. Sedentary behavior patterns and the risk of non-communicable diseases and all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. outubro de 2023;146:104563.
105. Prodel E, Mrejen M, Mira PA de C, Britto J, Vargas MA, Nobrega ACL. The burden of physical inactivity for the public health care system in Brazil. *Rev Saude Publica*. 22 de junho de 2023;57(1):37.
106. Bezerra AS de M, Lopes J de L, Barros ALBL de. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Rev Bras Enferm*. agosto de 2014;67(4):550–5.
107. Pimenta E, Gaddam KK, Oparil S, Aban I, Husain S, Dell'Italia LJ, et al. Effects of Dietary Sodium Reduction on Blood Pressure in Subjects With Resistant Hypertension. *Hypertension*. setembro de 2009;54(3):475–81.
108. Mansour SN, Monteiro CN, Luiz O do C. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. setembro de 2016;25(3):647–54.
109. Silva Filho RL da, Albuquerque L, Cavalcanti S, Tambascia M, Valente F, Bertoluci M. Tratamento farmacológico da hiperglicemia no DM2. Em: *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. Conectando Pessoas*; 2022.
110. Gregolin VL de O, Cance G da S, Bueno DR, Oliveira LM, Mendonça ABS, Frederico FF. Análise de fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 em unidades de estratégia de saúde da família. *Research, Society and Development*. 8 de outubro de 2022;11(13):e303111335500.
111. Leite FR, Queiroz AT, Sousa MR de, Maia LM de O. Uma abordagem geral da obesidade e seu tratamento. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 11 de maio de 2023;23(5):e12798.
112. Safaei M, Sundararajan EA, Driss M, Boulila W, Shapi'i A. A systematic literature

review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Comput Biol Med.* setembro de 2021;136:104754.

113. Cornier MA. A review of current guidelines for the treatment of obesity. *Am J Manag Care.* 1º de dezembro de 2022;28(Suppl 15):S288–96.
114. Tan Q, Akindehin SE, Orsso CE, Waldner RC, DiMarchi RD, Müller TD, et al. Recent Advances in Incretin-Based Pharmacotherapies for the Treatment of Obesity and Diabetes. *Front Endocrinol (Lausanne).* 1º de março de 2022;13.
115. Wei Y, Li P, Zhang S. From surgery to endoscopy: the evolution of the bariatric discipline. *Chin Med J (Engl).* 20 de outubro de 2022;135(20):2427–35.
116. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, Aminian A, Angrisani L, Cohen R V., et al. 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases.* dezembro de 2022;18(12):1345–56.
117. Liao J, Yin Y, Zhong J, Chen Y, Chen Y, Wen Y, et al. Bariatric surgery and health outcomes: An umbrella analysis. *Front Endocrinol (Lausanne).* 28 de outubro de 2022;13.
118. Saúde Ministério da. GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA [Internet]. 2021 [citado 28 de outubro de 2023]. Disponível em: : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_br_asileira.pdf
119. Brasil. Ministério da Saúde. GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA [Internet]. 2021 [citado 13 de novembro de 2023]. Disponível em: Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_br_asileira.pdf
120. Slentz CA, Duscha BD, Johnson JL, Ketchum K, Aiken LB, Samsa GP, et al. Effects of the Amount of Exercise on Body Weight, Body Composition, and Measures of Central Obesity. *Arch Intern Med.* 12 de janeiro de 2004;164(1):31.
121. Rocca SV da S, Tirapegui J, Melo CM de, Ribeiro SML. Efeito do exercício físico nos fatores de risco de doenças crônicas em mulheres obesas. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.* junho de 2008;44(2):185–92.
122. Sousa AFM de, Nogueira JDA. Intervenções em Atividade Física e seus impactos nos fatores de risco e nas doenças crônicas não transmissíveis em adultos no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde [Internet].* 2011 [citado 12 de outubro de 2023];16(3). Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/608>
123. KANALEY JA, COLBERG SR, CORCORAN MH, MALIN SK, RODRIGUEZ NR,

- CRESPO CJ, et al. Exercise/Physical Activity in Individuals with Type 2 Diabetes: A Consensus Statement from the American College of Sports Medicine. *Med Sci Sports Exerc.* fevereiro de 2022;54(2):353–68.
124. Kadoglou NPE, Iliadis F, Angelopoulou N, Perrea D, Ampatzidis G, Liapis CD, et al. The anti-inflammatory effects of exercise training in patients with type 2 diabetes mellitus. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation.* 28 de dezembro de 2007;14(6):837–43.
 125. Haddad E, Wells GA, Sigal RJ, Boulé NG, Kenny GP. Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in Type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia.* 1º de agosto de 2003;46(8):1071–81.
 126. Phielix E, Meex R, Moonen-Kornips E, Hesselink MKC, Schrauwen P. Exercise training increases mitochondrial content and ex vivo mitochondrial function similarly in patients with type 2 diabetes and in control individuals. *Diabetologia.* 27 de agosto de 2010;53(8):1714–21.
 127. Dunstan DW, Daly RM, Owen N, Jolley D, de Courten M, Shaw J, et al. High-Intensity Resistance Training Improves Glycemic Control in Older Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care.* 1º de outubro de 2002;25(10):1729–36.
 128. Gordon BA, Benson AC, Bird SR, Fraser SF. Resistance training improves metabolic health in type 2 diabetes: A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract.* fevereiro de 2009;83(2):157–75.
 129. Liu Y, Ye W, Chen Q, Zhang Y, Kuo CH, Korivi M. Resistance Exercise Intensity is Correlated with Attenuation of HbA1c and Insulin in Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 7 de janeiro de 2019;16(1):140.
 130. Sigal RJ, Kenny GP, Boulé NG, Wells GA, Prud'homme D, Fortier M, et al. Effects of Aerobic Training, Resistance Training, or Both on Glycemic Control in Type 2 Diabetes. *Ann Intern Med.* 18 de setembro de 2007;147(6):357.
 131. Schwingshackl L, Missbach B, Dias S, König J, Hoffmann G. Impact of different training modalities on glycaemic control and blood lipids in patients with type 2 diabetes: a systematic review and network meta-analysis. *Diabetologia.* 5 de setembro de 2014;57(9):1789–97.
 132. Thompson WR, Sallis R, Joy E, Jaworski CA, Stuhr RM, Trilk JL. Exercise Is Medicine. *Am J Lifestyle Med.* 22 de setembro de 2020;14(5):511–23.
 133. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports.* 25 de dezembro de 2015;25(S3):1–72.
 134. Arocha Rodulfo JI. Sedentarismo, la enfermedad del siglo xxi. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis.* setembro de 2019;31(5):233–40.

135. Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of Exercise Is a Major Cause of Chronic Diseases. Em: Comprehensive Physiology. Wiley; 2012. p. 1143–211.
136. Collado-Mateo D, Lavín-Pérez AM, Peñacoba C, Del Coso J, Leyton-Román M, Luque-Casado A, et al. Key Factors Associated with Adherence to Physical Exercise in Patients with Chronic Diseases and Older Adults: An Umbrella Review. Int J Environ Res Public Health. 19 de fevereiro de 2021;18(4):2023.
137. Salvador EP, Ribeiro EHC, Garcia LMT, Silva JCG da, Santos TI dos, Aoki MS. Intervenção de grupos de exercícios físicos supervisionados para a promoção da atividade física para usuários do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2015 [citado 6 de novembro de 2023]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303365868_Intervencao_de_grupos_de_exercicios_fisicos_supervisionados_para_a_promocao_da_atividade_fisica_para_usuarios_do_Sistema_Unico_de_Saude
138. Liz CM, Crocetta TB, Viana MDS, Brandt R, Andrade A. Aderência à prática de exercícios físicos em academias de ginástica. Motriz. 19 de novembro de 2009;16(1).
139. Silva CR de M, Bezerra J, Soares FC, Mota J, Barros MVG de, Tassitano RM. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. Cad Saude Publica [Internet]. 2020;36(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000405011&tlng=pt
140. Ferreira RW, Caputo EL, Häfele CA, Jerônimo JS, Florindo AA, Knuth AG, et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Cad Saude Publica. 2019;35(2).
141. Moretti AC, Almeida V, Westphal MF, Bógus CM. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. Saúde e Sociedade. junho de 2009;18(2):346–54.
142. Rech CR, Camargo EM de, Araujo PAB de, Loch MR, Reis RS. PERCEIVED BARRIERS TO LEISURE-TIME PHYSICAL ACTIVITY IN THE BRAZILIAN POPULATION. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. agosto de 2018;24(4):303–9.
143. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 26 de março de 2012;344(mar26 1):e1389–e1389.
144. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors. JAMA. 24 de novembro de 2020;324(20):2069.

145. Ding D, Ramirez Varela A, Bauman AE, Ekelund U, Lee IM, Heath G, et al. Towards better evidence-informed global action: lessons learnt from the Lancet series and recent developments in physical activity and public health. *Br J Sports Med.* abril de 2020;54(8):462–8.
146. Gagliardi AR, Faulkner G, Ciliska D, Hicks A. Factors contributing to the effectiveness of physical activity counselling in primary care: A realist systematic review. *Patient Educ Couns.* abril de 2015;98(4):412–9.
147. O'Connor EA, Evans C V., Rushkin MC, Redmond N, Lin JS. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors. *JAMA.* 24 de novembro de 2020;324(20):2076.
148. Ribeiro EHC, Garcia LMT, Salvador EP, Costa EF, Andrade DR, Latorre M do RD de O, et al. Assessment of the effectiveness of physical activity interventions in the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica.* 2017;51(0).
149. Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA, Cooper LA. Impact of Physician BMI on Obesity Care and Beliefs. *Obesity.* 10 de maio de 2012;20(5):999–1005.
150. Alnasiri AA, Alruwaili N. Influence of physicians' BMI on counseling practice for obesity in primary health care clinics in Aljouf region, Saudi Arabia. A cross-sectional study. *J Family Med Prim Care.* 2021;10(11):4143.
151. Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Fam Pract.* 6 de dezembro de 2006;7(1):35.
152. Beni Yonis O, Saadeh R, Chamseddin Z, Alananzeh H. Exercise Counseling by Primary Care Physicians in Jordan—A Preliminary Study. *J Prim Care Community Health.* 26 de janeiro de 2020;11:215013272094694.
153. Znyk M, Kaleta D. Healthy lifestyle counseling, and barriers perceived by general practitioners in Poland. *Front Public Health.* 27 de setembro de 2023;11.
154. Souza Neto JM De, Brito GEG de, Loch MR, Silva SS Da, Costa FF da. ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Movimento (ESEFID/UFRGS)* [Internet]. 27 de novembro de 2020;26:e26075. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/104360>

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário para Profissionais



ID _____ Sexo: _____ Idade: _____

Avaliador _____ Data ____/____/____

AValiação dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde

Prezado (a) profissional

Os questionários abaixo têm como finalidade obter informações a respeito da sua formação e trajetória até o momento na atenção primária à saúde (APS) e no contexto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): **obesidade, hipertensão arterial e diabetes**. Além das informações referentes à formação acadêmica, o questionário também coleta informações sobre as suas percepções sobre a infraestrutura física e logística da UBS que você trabalha, autoavaliação atitudinal sobre o seu trabalho no contexto das DCNT, e o quanto você se sente preparado para atuar com questões específicas que envolvem o processo de trabalho voltados às DCNT (obesidade, hipertensão arterial e diabetes). Além disso, esse instrumento é composto por duas escalas que questionam sobre alguns sentimentos e pensamentos. Gostaríamos de ressaltar que as suas informações são muito importantes e que todas as informações obtidas nesse instrumento serão utilizadas somente para fins acadêmicos, e que as informações pessoais serão tratadas com **absoluto sigilo**.

Dados de identificação					
Iniciais _____		Data de nascimento ____/____/____			
Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro (especifique) _____		Cor/raça ☐ Branco (a) ☐ Pardo (a) ☐ Preto (a) ☐ Outro (especifique) _____		☐ Amarelo (a) ☐ Vermelho (a)/ Indígena ☐ Sem informação	
Profissão _____		Altura (estimada) _____ m		Peso (estimado) _____ kg	
Informações profissionais					
UBS em que trabalha (participante do projeto)					
Tempo de atuação na atenção primária à saúde		☐ Menos de 1 ano ☐ 1 a 2 anos ☐ 3 a 5 anos ☐ 6 a 9 anos ☐ 10 ou mais anos			
Tempo de atuação na UBS participante do projeto		☐ Menos de 1 ano ☐ 1 a 2 anos ☐ 3 a 5 anos ☐ 6 a 9 anos ☐ 10 ou mais anos			
Regime de trabalho na UBS (carga horária semanal)		☐ 10 horas ☐ 20 horas ☐ 30 horas ☐ 40 horas ☐ Outro _____			

Formação acadêmica			
Graduação		☐ 1 graduação ☐ 2 graduações ☐ 3 ou mais graduações	
Cursos de graduação em que tem formação		Ano de conclusão	
1 _____		1 _____	
2 _____		2 _____	
3 _____		3 _____	
Especialização (exceto residência)		☐ 0 especializações ☐ 1 especialização ☐ 2 especializações ☐ 3 especializações ou mais	
Cursos de especialização em que tem formação		Ano de conclusão	
1 _____		1 _____	
2 _____		2 _____	
3 _____		3 _____	
Residências		☐ 0 residências ☐ 1 residência ☐ 2 residências ☐ 3 residências ou mais	
Cursos de residências em que tem formação		Ano de conclusão	
1 _____		1 _____	
2 _____		2 _____	
3 _____		3 _____	
Você possui alguma das seguintes formações?		☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Pós-doutorado ☐ Nenhuma das opções	

Formação na área das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)					
1. Nos últimos 5 anos, você participou de algum tipo de capacitação/formação (por exemplo: cursos, palestras ou congressos) na área das DCNT (obesidade, hipertensão arterial e diabetes)?					
				[] Sim (Continue a aplicação)	[] Não (Pule para a pergunta 2)
Menos de 30 horas	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4	[] 5 ou mais
Mais de 30 horas	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4	[] 5 ou mais
2. Há mais de 5 anos, você participou de algum tipo de capacitação/formação (por exemplo: cursos, palestras ou congressos) na área das DCNT (obesidade, hipertensão arterial e diabetes)?					
				[] Sim	[] Não
Menos de 30 horas	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4	[] 5 ou mais
Mais de 30 horas	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4	[] 5 ou mais
Diagnóstico de doenças crônicas não-transmissíveis					
Possui diagnóstico para doença crônica não-transmissível			[] Sim [] Não		
Qual (is)?					

Questionário de infraestrutura física e logística

Abaixo serão apresentadas uma série de afirmativas sobre a UBS em que você trabalha. Por favor, indique o seu grau de concordância com cada uma das afirmativas.

Na minha percepção, a UBS (ou equipe de APS) em que trabalho ...	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
1 Possui espaço físico apropriado para desenvolvimento de ações (p. ex. sala de observação e sala de atendimento coletivo)	[]	[]	[]	[]	[]
2 Possui suporte tecnológico suficiente para o desenvolvimento adequado dos trabalhos (ex.: computador disponível, com acesso à internet)	[]	[]	[]	[]	[]
3 Possui recursos disponíveis para o transporte da equipe conforme necessidade (p. ex., veículos)	[]	[]	[]	[]	[]

Na minha percepção, a UBS (ou equipe de APS) em que trabalho ...	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
4 Possui fluxo organizado para o acolhimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários	[]	[]	[]	[]	[]
5 Possui disponibilidade para o acesso dos usuários (horário de funcionamento que favoreça o atendimento dos diversos segmentos de usuários, inclusive os trabalhadores)	[]	[]	[]	[]	[]
6 Possui facilidades para o usuário agendar uma consulta de revisão (consulta de rotina, <i>check-up</i>)	[]	[]	[]	[]	[]
7 Possui uma logística que ajuda o usuário a marcar consultas com especialistas	[]	[]	[]	[]	[]
8 Possui canal de comunicação virtual ou por telefone para melhorar o acompanhamento do usuário	[]	[]	[]	[]	[]
9 Possui canais de comunicação para manifestação de demandas, reclamações e sugestões pelos usuários	[]	[]	[]	[]	[]
10 Possui equipe com número adequado de pessoal para o bom andamento dos trabalhos	[]	[]	[]	[]	[]
11 Possui suporte de profissionais especializados para a resolução de casos complexos	[]	[]	[]	[]	[]
12 A educação permanente faz parte da rotina	[]	[]	[]	[]	[]
13 Promove e incentiva a educação permanente	[]	[]	[]	[]	[]
14 Recebe bem residentes e/ou estagiários	[]	[]	[]	[]	[]
15 Os prontuários dos usuários estão sempre disponíveis para serem utilizados no atendimento	[]	[]	[]	[]	[]
16 Fornece acesso a exames e situação vacinal dos usuários	[]	[]	[]	[]	[]

Na minha percepção, a UBS (ou equipe de APS) em que trabalho ...	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
17 Possui boa cobertura populacional da região de abrangência	[]	[]	[]	[]	[]
18 Possui informações clínicas do próprio serviço (ex.: número de pacientes hipertensos, diabéticos, obesos, tabagista etc.)	[]	[]	[]	[]	[]
19 Possui estratégias para a identificação das vulnerabilidades dos usuários (mapa inteligente com identificação de grupos de agravos e áreas de risco)	[]	[]	[]	[]	[]
20 Há integração com os serviços especializados (ex.: troca de informações sobre os pacientes)	[]	[]	[]	[]	[]
21 Possui uma organização que permite o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida	[]	[]	[]	[]	[]
22 Possui planejamento das ações em conjunto entre a equipe	[]	[]	[]	[]	[]
23 Possui ações compartilhadas (agenda organizada pela equipe)	[]	[]	[]	[]	[]
24 Possui normatização do cuidado, como estratificação de risco para doenças crônicas, particularmente hipertensão arterial, diabetes e obesidade	[]	[]	[]	[]	[]
25 Possui ações de atendimento individual para a prevenção de doenças crônicas, particularmente hipertensão arterial, diabetes e obesidade	[]	[]	[]	[]	[]
26 Possui ações de atendimento em grupo para a prevenção e/ou tratamento de doenças crônicas, particularmente hipertensão arterial, diabetes e obesidade	[]	[]	[]	[]	[]
27 Possui ações comunitárias como rodas de conversa, palestras e leva em conta os saberes da comunidade como estratégias para a prevenção de doenças crônicas, particularmente a obesidade, hipertensão arterial e diabetes	[]	[]	[]	[]	[]

Na minha percepção, a UBS (ou equipe de APS) em que trabalho ...	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
28 Os usuários são atendidos por profissionais que conhecem a lógica da atenção primária do cuidado com as DCNT (obesidade, hipertensão arterial e diabetes)	[]	[]	[]	[]	[]
29 Quando há rotatividade da equipe, os novatos recebem informações e/ou treinamento sobre os fluxos internos da unidade	[]	[]	[]	[]	[]
30 Os profissionais têm tempo de conhecer o território e entender as suas vulnerabilidades	[]	[]	[]	[]	[]
31 Possui ações que são pautadas a partir do foco nas famílias	[]	[]	[]	[]	[]
32 Possui ações intersetoriais e/ou interinstitucionais, como atuação junto a outras políticas públicas e outros setores da comunidade (ex.: associação de moradores, lideranças comunitárias, escolas, entidades religiosas, CAPS, hospitais, CRAS, CREAS, Acolhimento institucional etc.)	[]	[]	[]	[]	[]
33 Fomenta a participação popular a partir do Conselho Local de Saúde (ex.: associação de moradores etc.)	[]	[]	[]	[]	[]
34 Está localizada em um território onde existem espaços públicos de lazer e/ou vias públicas adequadas, que favoreçam a prática de atividades físicas	[]	[]	[]	[]	[]
35 Possui ações com foco no indivíduo sobre a obesidade (prevenção e/ou tratamento)	[]	[]	[]	[]	[]
36 Possui ações com foco no indivíduo sobre a hipertensão arterial (prevenção e/ou tratamento)	[]	[]	[]	[]	[]
37 Possui ações com foco no indivíduo sobre o diabetes (prevenção e/ou tratamento)	[]	[]	[]	[]	[]
38 Possui ações em grupo sobre a obesidade (prevenção e/ou tratamento)	[]	[]	[]	[]	[]
39 Possui ações em grupos sobre a hipertensão arterial (prevenção e/ou tratamento)	[]	[]	[]	[]	[]

Na minha percepção, a UBS (ou equipe de APS) em que trabalho ...		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
40	Possui ações em grupo sobre o diabetes (prevenção e/ou tratamento)	[]	[]	[]	[]	[]
41	Possui estratégias voltadas ao incentivo da prática de atividade física	[]	[]	[]	[]	[]
42	Possui estratégias voltadas à alimentação saudável	[]	[]	[]	[]	[]
43	Possui estratégias voltadas ao combate ao tabagismo	[]	[]	[]	[]	[]
44	Possui estratégias voltadas ao combate ao alcoolismo	[]	[]	[]	[]	[]

Questionário de autoavaliação atitudinal

Responda a partir de sua autoavaliação das suas atitudes sobre os trabalhos voltados às DCNT (obesidade, hipertensão arterial e diabetes). Procure responder fielmente às condutas que você tem no seu trabalho sem se preocupar com as justificativas. Temos ciência de que muitas condutas independem de decisões pessoais, e que estão muito relacionadas à estrutura, organização e condições de trabalho.

No desenvolvimento do meu trabalho ...		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
1	Concedo escuta aos usuários para falarem sobre as suas preocupações ou problemas	[]	[]	[]	[]	[]
2	Crio um ambiente favorável para os usuários relatarem as suas preocupações ou problemas	[]	[]	[]	[]	[]
3	Sei quais problemas são mais relevantes para os usuários	[]	[]	[]	[]	[]
4	Conheço as condições de vida de cada usuário	[]	[]	[]	[]	[]
5	Conheço sobre o tratamento medicamentoso e fitoterápico dos usuários que atendo	[]	[]	[]	[]	[]

No desenvolvimento do meu trabalho ...		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
6	Sei se os usuários possuem dificuldades em obter ou pagar por medicamentos receitados	[]	[]	[]	[]	[]
7	Sei sobre as consultas que os usuários fazem com especialistas	[]	[]	[]	[]	[]
8	Oriento os usuários que necessitam sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos	[]	[]	[]	[]	[]
9	Aconselho sobre alimentação saudável	[]	[]	[]	[]	[]
10	Aconselho sobre o alcoolismo	[]	[]	[]	[]	[]
11	Aconselho sobre o tabagismo	[]	[]	[]	[]	[]
12	Aconselho sobre a prática de atividade física	[]	[]	[]	[]	[]
13	Acolho e/ou concedo escuta sobre a saúde mental	[]	[]	[]	[]	[]
14	Oriento minhas ações a partir de uma abordagem familiar	[]	[]	[]	[]	[]

Questionário de conteúdos e conhecimentos das DCNT

Abaixo serão apresentados conteúdos e conhecimentos sobre as DCNT. Considerando o seu preparo sobre esse assunto, selecione a resposta que melhor representa cada item.

Aponte o quanto você se sente preparado para o atendimento de usuários com DCNT	Altamente preparado	Suficientemente preparado	Moderadamente preparado	Insuficientemente preparado	Não estou preparado
1 Fisiopatologia da obesidade	[]	[]	[]	[]	[]

Aponte o quanto você se sente preparado para o atendimento de usuários com DCNT	Altamente preparado	Suficientemente preparado	Moderadamente preparado	Insuficientemente preparado	Não estou preparado
2 Fisiopatologia da hipertensão arterial	[]	[]	[]	[]	[]
3 Fisiopatologia da diabetes	[]	[]	[]	[]	[]
4 Causas e consequências da obesidade	[]	[]	[]	[]	[]
5 Causas e consequências da hipertensão arterial	[]	[]	[]	[]	[]
6 Causas e consequências da diabetes	[]	[]	[]	[]	[]
7 Prevenção da obesidade	[]	[]	[]	[]	[]
8 Prevenção da hipertensão arterial	[]	[]	[]	[]	[]
9 Prevenção da diabetes	[]	[]	[]	[]	[]
10 Tratamento da obesidade	[]	[]	[]	[]	[]
11 Tratamento da hipertensão arterial	[]	[]	[]	[]	[]
12 Tratamento da diabetes	[]	[]	[]	[]	[]
13 Estratégias de sensibilização para a adoção de comportamentos saudáveis de alimentação	[]	[]	[]	[]	[]
14 Estratégias de sensibilização para a adoção de comportamentos saudáveis de prática de atividade física	[]	[]	[]	[]	[]
15 Estratégias de sensibilização para a adoção de comportamentos saudáveis para o combate ao tabagismo	[]	[]	[]	[]	[]

Aponte o quanto você se sente preparado para o atendimento de usuários com DCNT	Altamente preparado	Suficientemente preparado	Moderadamente preparado	Insuficientemente preparado	Não estou preparado
16 Estratégias de sensibilização para a adoção de comportamentos saudáveis (consumo de álcool)	[]	[]	[]	[]	[]
17 Classificação de risco dos usuários com DCNT (obesidade, hipertensão arterial e diabetes)	[]	[]	[]	[]	[]
18 Modelos de atenção e organização do cuidado para as DCNT (obesidade, hipertensão arterial e diabetes)	[]	[]	[]	[]	[]
19 Aplicação no meu trabalho do atributo <i>acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde</i> , que faz parte dos Atributos Essenciais da APS	[]	[]	[]	[]	[]
20 Aplicação no meu trabalho do atributo <i>longitudinalidade</i> , que faz parte dos Atributos Essenciais da APS	[]	[]	[]	[]	[]
21 Aplicação no meu trabalho do atributo <i>integralidade</i> , que faz parte dos Atributos Essenciais da APS	[]	[]	[]	[]	[]
22 Aplicação no meu trabalho do atributo <i>coordenação da atenção</i> , que faz parte dos Atributos Essenciais da APS	[]	[]	[]	[]	[]
23 Aplicação no meu trabalho do atributo <i>atenção à saúde centrada na família</i> , que faz parte dos Atributos Derivados da APS	[]	[]	[]	[]	[]
24 Aplicação no meu trabalho do atributo <i>orientação comunitária</i> , que faz parte dos Atributos Derivados da APS	[]	[]	[]	[]	[]
25 Aplicação no meu trabalho do atributo <i>competência cultural</i> , que faz parte dos Atributos Derivados da APS	[]	[]	[]	[]	[]
26 Lidar com as <i>barreiras e facilitadores</i> (ex.: linguagem, acesso organizacional, agendamento de consultas, fluxo no atendimento) para organizar a atenção às pessoas com DCNT (obesidade, hipertensão arterial e diabetes)	[]	[]	[]	[]	[]
27 Conhecimento sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença	[]	[]	[]	[]	[]

Aponte o quanto você se sente preparado para o atendimento de usuários com DCNT	Altamente preparado	Suficientemente preparado	Moderadamente preparado	Insuficientemente preparado	Não estou preparado
28 Conhecimento dos princípios e valores da promoção da saúde	☐	☐	☐	☐	☐
29 Conhecimento sobre estratégias/ações individuais para promover comportamentos saudáveis	☐	☐	☐	☐	☐
30 Conhecimento sobre estratégias/ações comunitárias e/ou populacionais para promover comportamentos saudáveis	☐	☐	☐	☐	☐
31 Gestão da condição da saúde, incluindo intervenções sobre as condições de saúde complexas	☐	☐	☐	☐	☐
32 Desenvolvimento de gestão de casos/projetos terapêuticos para usuários com condições de saúde altamente complexas	☐	☐	☐	☐	☐
33 Fluxos internos na UBS, incluindo fluxos de agudização, fluxo de atenção programada, fluxo para micro processos e outras demandas	☐	☐	☐	☐	☐

Há algum outro tipo de conteúdo que não foi abordado no quadro anterior que você gostaria que fosse trabalhado em um curso de capacitação sobre doenças crônicas não-transmissíveis?

Questionários sobre algumas questões e pensamentos pessoais

As questões da próxima escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o **último mês**. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não

tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha entre as seguintes alternativas: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, e sempre.

Neste último mês, com que frequência...	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1 Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	☐	☐	☐	☐	☐
2 Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	☐	☐	☐	☐	☐
3 Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	☐	☐	☐	☐	☐
4 Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	☐	☐	☐	☐	☐
5 Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	☐	☐	☐	☐	☐
6 Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	☐	☐	☐	☐	☐
7 Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	☐	☐	☐	☐	☐
8 Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	☐	☐	☐	☐	☐
9 Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	☐	☐	☐	☐	☐
10 Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	☐	☐	☐	☐	☐
11 Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	☐	☐	☐	☐	☐
12 Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	☐	☐	☐	☐	☐
13 Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	☐	☐	☐	☐	☐

Neste último mês, com que frequência...		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	[]	[]	[]	[]	[]

As frases seguintes contêm uma série de afirmações sobre pensamentos e atitudes voltadas às pessoas com excesso de peso. Esse questionário tem como objetivo mapear o quanto que profissionais e gestores concordam com essas afirmações. Por favor, marque a caixa que sinaliza o quanto você concorda com as afirmações abaixo.

Indique o quanto você concorda com as seguintes afirmações	Não concordo com nada	Não concordo com a maior parte	Nem discordo nem concordo	Concordo com a maior parte	Concordo totalmente
1 Não há desculpa para ser gordo	[]	[]	[]	[]	[]
2 Se eu fosse solteiro (a) eu namoraria uma pessoa gorda	[]	[]	[]	[]	[]
3 A maioria dos gordos compra muita besteira (<i>junk food</i>)	[]	[]	[]	[]	[]
4 Pessoas gordas não são atraentes	[]	[]	[]	[]	[]
5 Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo	[]	[]	[]	[]	[]
6 Pessoas gordas não se importam com nada além de comer	[]	[]	[]	[]	[]
7 Eu perderia o respeito por um amigo (a) que começasse a ficar gordo (a)	[]	[]	[]	[]	[]
8 A maioria das pessoas gordas é chata	[]	[]	[]	[]	[]

Indique o quanto você concorda com as seguintes afirmações	Não concordo com nada	Não concordo com a maior parte	Nem discordo nem concordo	Concordo com a maior parte	Concordo totalmente
9 Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda	[]	[]	[]	[]	[]
10 Quando pessoas gordas fazem exercício, elas parecem ridículas	[]	[]	[]	[]	[]
11 A maioria das pessoas gordas é preguiçosa	[]	[]	[]	[]	[]
12 Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam	[]	[]	[]	[]	[]
13 Eu não gosto de ver pessoas gordas comendo	[]	[]	[]	[]	[]
14 Pessoas gordas não têm força de vontade	[]	[]	[]	[]	[]
15 Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas	[]	[]	[]	[]	[]
16 A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar	[]	[]	[]	[]	[]
17 A maioria das pessoas gordas não conseguem manter as coisas limpas e organizadas	[]	[]	[]	[]	[]
18 A sociedade deveria respeitar os direitos das pessoas gordas	[]	[]	[]	[]	[]
19 É difícil não reparar nas pessoas gordas porque elas são pouco atraentes	[]	[]	[]	[]	[]
20 A ideia de que genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa	[]	[]	[]	[]	[]

Indique o quanto você concorda com as seguintes afirmações		Não concordo com nada	Não concordo com a maior parte	Nem discordo nem concordo	Concordo com a maior parte	Concordo totalmente
21	Eu não continuaria num relacionamento amoroso se meu (minha) parceiro (a) se tornasse gordo (a)	[]	[]	[]	[]	[]
22	Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda	[]	[]	[]	[]	[]
23	Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é a sua aparência, elas emagreceriam	[]	[]	[]	[]	[]
24	Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra	[]	[]	[]	[]	[]
25	Pessoas gordas não são higiênicas	[]	[]	[]	[]	[]
26	Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são	[]	[]	[]	[]	[]
27	A maioria das pessoas gordas se prende a qualquer desculpa para estar gorda	[]	[]	[]	[]	[]
28	É difícil levar uma pessoa gorda a sério	[]	[]	[]	[]	[]
29	Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros	[]	[]	[]	[]	[]

A equipe do projeto agradece sua participação!

APÊNDICE B

Questionário de Atividade Física



Informações complementares/Profissionais

Prezado profissional: Com objetivo de complementar as informações coletadas no questionário de avaliação diagnóstica, por favor, responda as questões abaixo. Leva menos de 1 minuto. Muito obrigado pela colaboração.

NOME: _____

CIDADE: _____

UBS: _____

VOCÊ REALIZA ATIVIDADE FÍSICA/EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR?

☐ SIM

☐ NÃO

SE SIM, QUAL ATIVIDADE?

SE SIM, QUANTO TEMPO?

☐ MENOS DE 3 MESES

☐ DE 6 A 3 MESES

☐ DE 1 ANO A 6 MESES

☐ MAIS DE 1 ANO

SE SIM, ESSA ATIVIDADE É SUPERVISIONADA POR PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA OU FISIOTERAPEUTA?

☐ SIM

☐ NÃO

QUANDO TEMPO DE ATIVIDADE FÍSICA/EXERCÍCIO FÍSICO MODERADO A VIGOROSO VOCÊ REALIZA POR SEMANA?

☐ MENOS DE 150 MINUTOS

☐ 150 – 300 MINUTOS

☐ ACIMA DE 300 MINUTOS

EXEMPLOS DE ATIVIDADES NA ESCALA

4-6 ATIVIDADE MODERADA

(respiração na atividade é profunda. A atividade é pouco confortável, mas é possível manter uma conversa curta)

7-8 ATIVIDADE VIGOROSA

(atividade no limite do desconfortável, falta de ar, consigo falar um frase)

QUANTO TEMPO VOCÊ FICA SENTADO AO LONGO DO DIA? Ex. assistindo televisão, no trabalho, utilizando o computador, jogando videogame, ficar à toa conversando com os amigos, falando ao telefone ou outras atividades similares.

☐ MENOS DE 2 HORAS

☐ DE 2 A 4 HORAS

☐ DE 4 A 6 HORAS

☐ DE 6 A 8 HORAS

☐ MAIS DE 8 HORAS

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FORMAÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA APS DO ESTADO DO PARANÁ NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ANÁLISE DE EFETIVIDADE A PARTIR DE ABORDAGEM QUALI-QUANTITATIVA

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **Formação de gestores e profissionais de saúde da APS do estado do Paraná no enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis: análise de efetividade a partir de abordagem quali-quantitativa**, a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios de Londrina, Maringá e Ponta Grossa.

O objetivo da pesquisa é capacitar gestores e profissionais da saúde de nível superior de equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, 1) identificar, intervir e realizar a reorientação do processo de trabalho, a gestão e o monitoramento das ações voltadas à prevenção dos fatores de risco e o tratamento da obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial e 2) avaliar a efetividade desse processo de formação na reorganização da gestão e do serviço das APS a partir de indicadores internos (percepção dos profissionais capacitados) e externos (usuários das unidades participantes).

Desta forma os aspectos relacionados à efetividade do processo de formação serão avaliados mediante a aplicação de questionários e a participação em grupos focais (rodas de conversa). A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma e em 3 etapas:

1ª Etapa: Avaliação inicial que será composta pela aplicação de um questionário com as percepções dos profissionais das equipes das APS participantes sobre 1) a Infraestrutura física, pessoal e logística da UBS as quais trabalham, 2) a auto-avaliação sobre o seu desempenho na equipe da APS no que diz respeito à prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e, 3) as suas percepções sobre o quanto se sente preparado para atuar com esse contexto.

2ª Etapa: participação no curso de formação (capacitação) de 40 horas em 12 meses, com média de 15 horas por mês. As intervenções serão semipresenciais com 32 horas remotas (síncronas e assíncronas) e 08 horas presenciais.

3ª Etapa: Após seis meses do término da capacitação será reaplicado o questionário utilizado na 1ª Etapa e os concluintes participarão do grupo focal, de forma presencial, que terá aproximadamente uma hora de duração e será aplicado na forma de “roda de conversa”, ou seja, o pesquisador lançará questões sobre o processo de capacitação e suas repercussões sobre o processo de trabalho para que os profissionais participantes possam expressar as suas percepções e opiniões. As informações do grupo focal serão coletadas mediante gravação para que posteriormente possam ser transcritas. As gravações obtidas por meio das entrevistas e grupo focal serão apagadas após as transcrições. Pedimos autorização para que seus dados sejam utilizados em pesquisas futuras, pois seus dados serão tabulados e armazenados em programa do Excel, pedimos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se

a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Como benefícios advindos desta pesquisa, você terá a oportunidade de participar gratuitamente de um programa de capacitação profissional, incentivado e financiado pelo Ministério da Saúde, para a atuação com as DCNTs obesidade, hipertensão arterial e diabetes. A sua participação efetiva lhe dará direito ainda a um certificado emitido pela Universidade Estadual de Londrina. Quanto aos riscos, esses são mínimos pois os dados serão obtidos por meio de formulários e grupo focal realizados por pesquisadores treinados e em momentos previamente agendados, mas se você se sentir cansado(a) para responder as perguntas, o(a) pesquisador(a) poderá agendar outro dia para continuar a entrevista, e se você não quiser terminar de responder, a entrevista será finalizada sem ônus (prejuízo) a você. Todo e qualquer risco que por ventura acontecer serão acolhidos e avaliados pela equipe multiprofissional do projeto e atendido individualmente.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar pesquisador responsável: Denilson de Castro Teixeira; endereço: Rodovia Celso Garcia Cid - Pr 445 Km 380 - Campus Universitário, Londrina - PR, 86057-970 – Centro de Educação Física e Esportes - CEFE; telefone: (43)3371-4238; celular e-mail: denict@uel.br, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 20 ____.

Denilson de Castro Teixeira
Pesquisador Responsável
 RG:

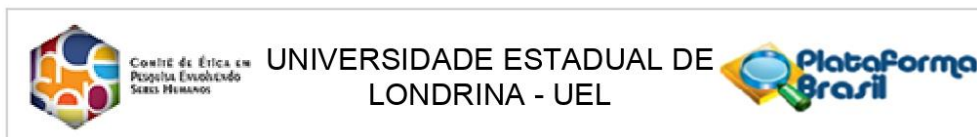
_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado, atendendo, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

ANEXOS

ANEXO A**Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA APS DO ESTADO DO PARANÁ NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES ASSOCIADOS: ANÁLISE DE EFETIVIDADE A PARTIR DE ABORDAGEM QUALI-QUANTITATIVA.

Pesquisador: DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52812621.0.1001.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ
Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.086.586

Apresentação do Projeto:

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm aumentado em todo o mundo e tem impactado negativamente a saúde e qualidade de vida da população. Dentre elas destaca-se a obesidade, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial por estarem intimamente relacionadas a fatores modificáveis como o estilo de vida. Sendo assim, há necessidade de tornar mais eficaz a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento dessas comorbidades. Este projeto tem como objetivos 1) capacitar gestores e profissionais da saúde de nível superior de equipes da APS de municípios do estado do Paraná a identificar, intervir e realizar a reorientação do processo de trabalho, a gestão e o monitoramento das ações voltadas à prevenção dos fatores de risco e o tratamento da obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial e 2) avaliar a efetividade desse processo de formação na reorganização da gestão e do serviço das APS a partir de indicadores externos dos usuários e dos próprios atores (profissionais). Participarão do projeto gestores e profissionais de saúde de nível superior, respectivamente de 153 e 17 UBS dos municípios de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, totalizando 153 gestores e 250 profissionais de saúde. Em relação aos usuários, estima-se atingir 1064 participantes com as DCNTs (obesidade, hipertensão

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

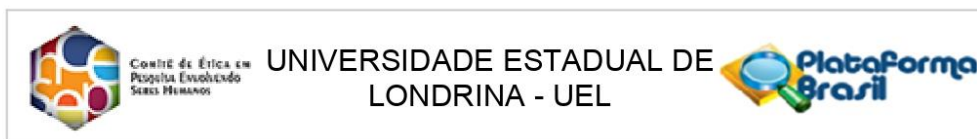
UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 5.086.586

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1823478.pdf	25/10/2021 18:14:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Capacitacao_APS_Parana_251021.pdf	25/10/2021 18:13:40	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_251021.pdf	25/10/2021 17:10:46	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_ponta_grossa.pdf	25/10/2021 17:09:52	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_usuarios_2010121.docx	25/10/2021	DENILSON DE	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.086.586

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios_2010121.docx	00:49:32	CASTRO TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_201021.docx	25/10/2021 00:47:27	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores_211021.docx	25/10/2021 00:47:14	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_londrina.pdf	25/10/2021 00:43:48	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_maringa.pdf	25/10/2021 00:34:14	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito
Declaração do Patrocinador	Termo_de_Outorga.pdf	25/10/2021 00:25:11	DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 08 de Novembro de 2021

Assinado por:

Karina Elaine de Souza Silva
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO B

Normas de submissão da Revista Ciência & Saúde Coletiva



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma **taxa de submissão** de **R\$ 100,00** (cem reais) **para artigos nacionais** e **US\$ 25,00** (vinte e cinco dólares) **para artigos internacionais**. O valor não será devolvido em caso de recusa do material.



Para pagamento da taxa de submissão, acesse o site da Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. **Não é cobrada taxa de publicação.** Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer Minor Revision (Pequena revisão) ou Major Revision (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e



metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista, todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, Vancouver, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. **Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. Consulte os exemplos no final das Normas.**

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os artigos temáticos são selecionados da seguinte forma: por chamada pública, convite ou por coletânea de artigos já aprovados.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista em fluxo contínuo. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto



devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Não é necessário resumo e abstract.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Não é necessário resumo e abstract.

Observação: Em artigos temáticos, temas livres, revisão e opinião, o limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract com no máximo 14000 caracteres com espaço cada (incluindo a palavra-resumo/abstract até a última palavra-chave/keyword). O total de ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são até cinco por artigo e são contabilizados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. **Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.**
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .docx) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.



8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e dos descritores, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize o seu cadastro.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas



1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).



6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.



3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)
 Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
 Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
 The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria
 Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento
 Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
 Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
 Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.



Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).



14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 jan-mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 mar-abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.