UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
INSTITUTO DE BIOCIÊNCIAS – RIO CLARO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE - INTERUNIDADES

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA: UM ESTUDO BASEADO NA TEORIA DA AUTODETERMINAÇÃO

LETÍCIA APARECIDA CALDERÃO SPÓSITO

Rio Claro - SP
2024

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
INSTITUTO DE BIOCIÊNCIAS – RIO CLARO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE - INTERUNIDADES

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA: UM ESTUDO BASEADO NA TEORIA DA AUTODETERMINAÇÃO

LETÍCIA APARECIDA CALDERÃO SPÓSITO

Tese apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Ciências da Motricidade.

Orientador: Dr. Eduardo Kokubun

Coorientador: Dr. Paulo Henrique Guerra

Rio Claro - SP
2024

S764c

Sposito, Leticia Aparecida Calderão
Capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde para Promoção de Atividade Física : um estudo baseado na teoria da autodeterminação / Leticia Aparecida Calderão Sposito. -- Rio Claro, 2024
171 f. : il., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Instituto de Biociências, Rio Claro
Orientador: Eduardo Kokubun
Coorientador: Paulo Henrique Guerra

1. Exercício Físico. 2. Treinamento. 3. Trabalhadores da Saúde. 4. Sistema de Saúde. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Instituto de Biociências, Rio Claro. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA TESE: CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA: UM ESTUDO BASEADO NA TEORIA DA AUTODETERMINAÇÃO

AUTORA: LETICIA APARECIDA CALDERÃO SPOSITO

ORIENTADOR: EDUARDO KOKUBUN

COORIENTADOR: PAULO HENRIQUE DE ARAÚJO GUERRA

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Doutora em Ciências da Motricidade , área: Atividade Física, Saúde e Educação pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. EDUARDO KOKUBUN (Participaçao Virtual)
Departamento de Educacao Fisica / UNESP - Instituto de Biociencias de Rio Claro - SP

Profa. Dra. MARLENE NUNES SILVA (Participaçao Virtual)
Faculdade de Educação Física e Desporto / Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Lisboa - Portugal

Prof. Dr. CASSIANO RICARDO RECH (Participaçao Virtual)
Departamento de Educação Física / Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis / SC

Prof. Dr. DOUGLAS ROQUE ANDRADE (Participaçao Virtual)
Escola de Artes Ciências e Humanidades / USP - Universidade de São Paulo - SP

Prof. Dr. MATHIAS ROBERTO LOCH (Participaçao Virtual)
Departamento de Fundamentos da Educação Física - Centro de Educação Física e Desportos / UEL - Universidade Estadual de Londrina - PR

Rio Claro, 09 de abril de 2024

Dedico este trabalho à minha família que tanto me apoia e aos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde que foram inspiração para a sua realização.

AGRADECIMENTOS

O agradecimento é uma das partes mais esperadas de um trabalho acadêmico, pois reflete a oportunidade de lembrarmos dos árduos momentos e não esquecermos daqueles que estiveram conosco nessa jornada acadêmica e de vida.

Primeiramente, quero agradecer a minha família, em especial, aos meus pais e minha irmã pelo apoio incondicional para a conclusão desse projeto. Ter a oportunidade de voltar para a casa e encontrar a família reunida, é sempre muito importante.

Não posso esquecer da minha gatinha Biju Caroline, que me adotou no meio desse processo e foi uma grata surpresa em meio ao período de pandemia de Covid-19.

Também gostaria de agradecer ao professor Eduardo Kokubun, meu orientador desde o mestrado, por ter acreditado no meu desenvolvimento profissional e pessoal ao longo dos últimos 8 anos, no qual me oportunizou participar e aprender com o seu Laboratório, o NAFES.

Ao meu coorientador, Paulo Guerra, pelos conselhos e por ter me fornecido oportunidades, experiências e influenciado no meu desenvolvimento profissional. Aos dois, agradeço o tempo e a paciência disponibilizada nesse processo de Doutorado.

Ao Professor Hassan Mohamed, por ter contribuído no processo de construção da capacitação, com orientações e ideias relevantes, além de ser uma pessoa muito querida.

Gostaria de agradecer a banca avaliadora no qual admiro muito, pelo tempo disponibilizado e pelas contribuições valiosas que fizeram o trabalho avançar para a defesa.

Aos meus alunos, em diferentes contextos, que tive a oportunidade de ensinar e aprender. Muito obrigada.

Ao projeto Saúde Ativa da UNESP Rio Claro, em que tive o privilégio de supervisionar e coordenar no período da pós-graduação, especialmente nos anos de doutorado. Sou grata a todo aprendizado.

Aos meus amigos, pós-graduandos que trocaram conhecimentos e acalento, muito obrigada. Também não posso esquecer de alguns nomes que nesse processo de doutorado foram essenciais para a sua execução, melhoria ou forneceram oportunidades para o meu desenvolvimento profissional e pessoal em algum grau. Obrigada Alex F, Andressa, Átila, Camila P, Douglas R, Fabio C, Gabriel, Joyce, Marcela, Mathias L, Mayra, Rogério F, Rogério M e Thalia. Sem vocês eu não teria ido tão longe.

Agradeço a gestão da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro e aos profissionais de saúde por terem aberto as portas para esta pesquisa. Vocês foram inspiração!!!

Aos amigos, defensores do SUS, que construí nesse processo de doutoramento, onde tive a oportunidade de aprender e despertar ainda mais o meu interesse pela Saúde Pública.

Por fim, gostaria de agradecer o programa de pós-graduação em Ciências da Motricidade, agora denominado Ciências do Movimento, no qual sempre buscaram atender às minhas necessidades prontamente.

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

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”

Paulo Freire

RESUMO

Mesmo que a prática regular de atividade física esteja associada a benefícios multidimensionais às pessoas, sua introdução e manutenção costumam não ser simples. Estratégias que visem o incentivo à permanência de forma autônoma e não controlada, como ações e aconselhamentos pelo prazer, diversão e bem-estar psicológico podem favorecer a continuidade da prática de atividade física. O presente projeto teve como objetivo geral desenvolver e analisar a viabilidade, bem como os efeitos, de uma capacitação educativa de promoção da atividade física, fundamentada na teoria da autodeterminação (TAD) e direcionada às equipes profissionais da Estratégia Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde (APS-SUS), de uma cidade de médio porte brasileira. Para atingir ao objetivo proposto foi aplicada uma intervenção de capacitação sobre atividade física a equipes profissionais de três Unidades Básicas de Saúde (UBS), da APS-SUS, pelo período total de três meses, ocorrendo um encontro por mês, com duração média de 4h30, de modo que, ao terminar a intervenção em uma UBS, o capacitador seguia imediatamente à próxima. As equipes de profissionais da saúde foram selecionadas por conveniência e avaliadas pelo período máximo de 6 meses, já os usuários dos serviços de saúde foram randomizados e avaliados por 1 ano e 3 meses. As variáveis avaliadas foram: (a) sociodemográficas e indicadores de saúde, (b) estágio de prontidão para mudança de comportamento, (c) nível de atividade física, (d) motivações para a prática de atividade física, (e) necessidades psicológicas básicas e (f) percepção de apoio à autonomia. Os dados quantitativos foram apresentados por frequência, percentual, média, desvio padrão e analisados por testes inferenciais de qui-quadrado e anova pelo SPSS. Os dados qualitativos foram analisados pela leitura e releitura da transcrição do grupo focal e estabelecidas categorias a partir do conteúdo disponível. As atividades de preparação da capacitação e os seus resultados foram descritos em três artigos, divididos pelos capítulos a seguir. No capítulo 3, os resultados sobre a revisão de escopo demonstraram que não houve estudos de capacitação na América Latina que tenham utilizado a TAD para a sua produção e que poucos estudos avaliaram os efeitos nos usuários dos serviços de saúde à longo prazo. Além disso, as intervenções foram focadas no direcionado do aconselhamento pelos profissionais de saúde aos usuários em condições especiais de saúde (gestantes e pessoas diabéticas, por exemplo), diferentemente da presente proposta. Já no capítulo 4, foram apresentadas as percepções dos profissionais após o treinamento para promoção de atividade física e identificou-se que a capacitação atendeu minimamente os pressupostos da TAD, nas distintas UBS de intervenção. No capítulo 5, foram analisados os efeitos da capacitação, no qual, observou-se melhora da motivação autônoma dos profissionais de saúde após a capacitação, mas não é possível inferir que a intervenção tenha influenciado no comportamento dos usuários dos serviços de saúde. Por fim, a partir dos resultados encontrados, é possível recomendar a presente capacitação de promoção sobre atividade física para equipes de profissionais da saúde da APS.

Palavras-chave: Exercício Físico. Treinamento. Trabalhadores da Saúde. Sistema de Saúde.

ABSTRACT

Even though regular physical activity is associated with multidimensional benefits for people, its introduction and maintenance are usually not simple. Strategies that aim to encourage people to remain autonomous and uncontrolled, such as actions and advice for pleasure, fun and psychological well-being can encourage the continuation of physical activity. The general objective of this project was to develop and analyze the feasibility, as well as the effects, of an educational training to promote physical activity, based on the theory of self-determination (STA) and aimed at professional teams of the Family Health Strategy of Primary Care Health (PHC-SUS), from a medium-sized Brazilian city. To achieve the proposed objective, a training intervention on physical activity was applied to professional teams from three Basic Health Units (BHU), of PHC-SUS, for a total period of three months, taking place one meeting per month, with an average duration of 4h30, so that, upon finishing the intervention at one BHU, the trainer immediately went to the next one. The teams of health professionals were selected for convenience and evaluated for a maximum period of 6 months, while health service users were randomized and evaluated for 1 year and 3 months. The variables evaluated were: (a) sociodemographic and health indicators, (b) stage of readiness to change behavior, (c) level of physical activity, (d) motivations for practicing activity physical, (e) basic psychological needs and (f) perception of autonomy support. Quantitative data were presented by frequency, percentage, mean, standard deviation and analyzed using inferential chi-square and anova tests using SPSS. Qualitative data were analyzed by reading and re-reading the focus group transcript and categories were established based on the available content. The training preparation activities and their results were described in three articles, divided into the following chapters. In chapter 3, the results of the scoping review demonstrated that there were no training studies in Latin America that used TAD for their production and that few studies evaluated the effects on users of health services in the long term. Furthermore, the interventions were focused on directing counseling by health professionals to users with special health conditions (pregnant women and diabetic people, for example), unlike the present proposal. In chapter 4, the professionals' perceptions were presented after training to promote physical activity and it was identified that the training minimally met the STA assumptions, in the different intervention BHU. In chapter 5, the effects of training were analyzed, in which an improvement in the autonomous motivation of health professionals after training was identified, but it is not possible to infer that the intervention has influenced the behavior of users of health services. Finally, based on the results found, it is possible to recommend this training to promote physical activity for teams of PHC health professionals.

Keywords: Physical Exercise. Training. Health Workers. Health System.

Sumário

1. Capítulo 1. Apresentação da autora e o seu envolvimento com o presente tema de pesquisa e a área 12

2. Capítulo 2. Introdução e desenvolvimento da temática 16
3. Objetivo geral 18
4. Objetivos específicos 19
5. Hipótese 19
6. Justificativa 20
7. Metodologia 23
7.1 Revisão de Escopo 24
7.2 Capacitação das equipes profissionais de saúde 25
7.3 Recrutamento dos usuários dos serviços de saúde 26
7.4 Amostra 27
7.5 Instrumentos de Avaliação 27
7.6 Estágio de prontidão para mudança de comportamento a partir do Modelo Transteorético 28
7.7 Variáveis sociodemográficas e indicadores de saúde 28
7.8 Tempo de Atividade Física 28
7.9 Regulação Comportamental no Exercício 29
7.10 Escala de Satisfação e Frustração das Necessidades Psicológicas Básicas 30
7.11 Clima de Cuidados em Saúde 30
7.12 Clima de Aprendizagem 30
7.13 Grupo Focal 31
8. Intervenção – capacitação profissional 30
9. Análise estatística 32
10. Referências 33

11. Capítulo 3. Assessment of educational interventions for primary health care professionals in Latin America on the content of physical activity: a scoping review 39

12. Capítulo 4. Percepções de profissionais da saúde sobre uma capacitação de promoção da atividade física desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde: relato de experiência 64

13. Capítulo 5. Efeitos de uma intervenção de atividade física na atenção primária à saúde em um país de média renda: estudo de viabilidade 88

14. Capítulo 6. Considerações Finais 118

15. Capítulo 7. Apêndice 119

Lista de Tabelas

Table 1. Description of objectives, period of realization and city of training (Researches, n = 7). 46

Table 2. Description of the main characteristics related to the training of PHC health professionals (Researches, n = 7). 47

Table 3. Main results of training promoted for PHC health professionals (Researches, n = 7). 48

Table 4. Proportion reported of the dimensions RE-AIM (Researches, n = 7). 50

Table 5. PRECIS scores (Researches, n = 7). 52

Tabela 1. Avaliação da capacitação para promoção de atividade física na Atenção Primária à Saúde (n=35). 75

Tabela 1. Características sociodemográficas e condições de saúde dos profissionais e usuários de saúde da atenção primária do SUS. Brasil, 2024. 98

Tabela 2. Caracterização das variáveis psicológicas, de motivação e atividade física no lazer dos profissionais e usuários de saúde no momento pré intervenção. Brasil, 2024. 99

Tabela 3. Análise temporal do comportamento das necessidades psicológicas básicas, do índice de autodeterminação e da atividade física de lazer dos grupos de profissionais da saúde por 6 meses. Brasil, 2024. 100

Tabela 4. Análise temporal do comportamento do índice de autodeterminação e da atividade física de lazer dos grupos de usuários de saúde durante 15 meses. Brasil, 2024. 101

Tabela 5. Média e desvio padrão dos diferentes tipos de motivações conforme os momentos da pesquisa nos grupos de profissionais da saúde. Brasil, 2024. 103

Tabela 6. Média e desvio padrão dos diferentes tipos de motivações conforme os momentos da pesquisa nos grupos de usuários dos serviços de saúde. Brasil, 2024. 104

Lista de Figuras

Figura 1. Esquema teórico da Teoria da Autodeterminação. 23
Figura 2. Fluxograma do levantamento amostral 26
Figura 3. Delineamento Experimental 32

Figure 1. Flowchart of the scoping review 45

Figura 1. Desenho Experimental 94

Lista de Quadros

Quadro 1. Descrição do conteúdo da capacitação sobre promoção da atividade física. 70
Quadro 2. Percepções dos profissionais de saúde sobre a capacitação para promoção de atividade física na atenção primária à saúde (UBS1, n= 5). 73
Quadro 3. Percepções dos profissionais de saúde sobre a capacitação para promoção de atividade física na atenção primária à saúde (UBS2, n= 5). 74
Quadro 4. Percepções dos profissionais de saúde sobre a capacitação para promoção de atividade física na atenção primária à saúde (UBS3, n= 6). 74

1. Capítulo 1. Apresentação da autora e o seu envolvimento com o presente tema de pesquisa e a área

A minha origem passa por uma cidade pequena do estado de São Paulo, chamada Itobi, com quase 8 mil habitantes. As pessoas nesta cidade vivem a vida, na maior parte das vezes, da agricultura, do comércio ou atividades relacionadas ao funcionalismo público. Até os meus 18 anos residi na cidade, participando de diversas atividades, tanto no contexto escolar, quanto fora dele. A escola era o lugar que eu mais gostava de frequentar, tanto para estudar, quanto para participar das atividades correlatas, como teatros, pinturas, danças e treinos esportivos em contraturno escolar.

Aos finais de semana, participava do programa "Escola da Família", de incentivo à graduação, no qual os futuros profissionais deveriam desenvolver atividades culturais, científicas e esportivas, a fim de garantir a sua formação superior, sem custos. Enquanto adolescente, costumava participar regularmente dessas atividades e atuar como voluntária em algumas delas. Como eu morava em uma região, na época, denominada como rural, e um pouco mais distante do centro da cidade, os meus pais me incentivavam a usar a bicicleta para realizar meus compromissos, que eram muitos e diversos.

Aos 15 anos, passei no vestibular de uma escola técnica, localizada na cidade vizinha à Itobi, Casa Branca. Por lá, realizei os estudos do ensino médio, junto com o curso técnico de administração e tive a oportunidade de continuar a me desenvolver. Sempre gostei de participar e organizar feiras científicas, eventos esportivos e atuar em projetos. A minha relação com o esporte nesse período foi bastante intensa, pois participava em ambas as cidades de treinos regulares de vôlei e futsal e atuava em diversas competições. Por meio dessas experiências entendi que eu gostaria de cursar Educação Física.

Sendo assim, iniciei a minha graduação no Instituto Federal do Sul de Minas, Câmpus Muzambinho, no segundo semestre de 2010. Estive por lá durante seis anos, e me formei nas modalidades de Licenciatura e Bacharelado. Me envolvi com diversas experiências, como intercâmbio internacional, iniciação científica, projetos de extensão, estágios não curriculares e supervisão de projetos. Foram anos bastante intensos e prazerosos. Dentre as experiências, a que mais gostei foi o trabalho com pessoas idosas. Em especial, na saúde pública, por meio de atividades físicas em UBS.

Ainda concluindo o Bacharelado, tive a oportunidade de ingressar no mestrado, com o projeto de "Análise de custo-utilidade de intervenções de promoção de atividade física na APS". Foi um projeto desafiador, mas que me motivou ainda mais para atuar com pesquisas na saúde pública. Um ano e meio depois, ingressei efetivamente no doutorado, mas as discussões sobre o projeto começaram após a dissertação. O problema inicial surgiu justamente do mestrado, com a dificuldade de aderência das pessoas à prática de atividade física, sobretudo, as em condições crônicas de saúde. Evidentemente, sem desconsiderar todo o contexto de iniquidades sobre a temática, mas havia um problema a ser considerado.

"Como melhor abordar? Como melhor orientar? Como podemos prolongar o tempo das pessoas na prática de atividade física? Por que a saúde pública poderia ajudar?". Essas foram algumas das questões refletidas.

Nesse momento, começamos a buscar e estudar uma teoria vigente que fornecesse respostas a respeito do comportamento humano em relação à atividade física, e que pudesse ser um recurso/ferramenta para o desenvolvimento de capacitações educativas. Considerando que a promoção da atividade física é uma demanda necessária no contexto da APS, visto a sua capacidade de abrangência e entendendo que os profissionais são essenciais nesse processo e, muitas vezes, não possuem conhecimentos ou tempo

suficiente para desempenhar essa função, a teoria da autodeterminação tornou-se o referencial mais adequado para o desenvolvimento da intervenção, reconhecendo que as ações profissionais e aconselhamentos poderiam ser facilitados por estratégias que não envolvessem necessariamente conhecimentos técnicos sobre a prática de atividade física, mas conectados a uma linguagem acolhedora, ausente de pressão e impulsionadora para comportamentos ativos.

Posto isso, em 2020, iniciei o processo de construção da capacitação, junto aos Profs. Eduardo, Paulo e Hassan. Realizávamos reuniões periódicas a fim de que pudéssemos discutir sobre a teoria, o trabalho na APS e o que seria esperado dessa capacitação. As fases dela foram construídas nessas reuniões e conforme o meu contato com os profissionais. Foi um período longo de imersão e estudos para tentar conduzir a capacitação a mais próxima da teoria e que realmente pudesse fazer sentido para a prática dos profissionais de saúde.

A capacitação iniciou em período de pandemia, cheia de incertezas, mas eu queria que ela acontecesse. O primeiro encontro na UBS foi bastante marcante, pois senti apreensão dos profissionais por acharem que teriam “mais um trabalho”. No entanto, esclareci que eu não estava ali para isso, mas para trocar, conhecer mais sobre a atuação deles e, se possível, contribuir para a qualificação profissional. Com o tempo, foi perceptível a sensação de um clima mais amigável e favorável para o trabalho com a temática, assim como nas demais UBS.

Logo que terminei a capacitação, surgiu a oportunidade de participar de um projeto nacional, coordenado pelo Prof. Paulo, denominado como o ‘Guia de aconselhamento breve sobre atividade física” e direcionado aos profissionais de saúde. Nesse momento, me senti muito apta a aprender com o grupo, mas também a contribuir com as experiências que eu havia acumulado, participando de diferentes ações, técnico-

científicas e operacionais. Foi um processo bastante produtivo e feliz. Na sequência, iniciei a minha participação no Curso de "Promoção de atividade física nos instrumentos de gestão do SUS" para gestores da saúde, no qual aprendi grandemente, contribuindo no processo do inquérito nacional e na escrita do curso propriamente. Por fim, atuei também no projeto nacional direcionado a produção de documentos orientadores para os profissionais de Educação Física da APS.

No meio de todo esse processo descrito anteriormente, participei em eventos, ações e oficinas relacionadas ao controle social do SUS, em especial, na 17º Conferência Nacional de Saúde, realizada em julho de 2023, um importante evento que marca a participação popular como propositora de políticas públicas. Juntamente com esse processo de constante movimentação, me envolvi também com eventos científicos nacionais (CBAFS) e internacionais (ISPAH) na área da atividade física e saúde e contribuí para o reestabelecimento do Grupo de Trabalho de práticas corporais e atividades físicas na APS da SBAFS, no ano de 2021.

Ainda, não menos importante, e que esteve constantemente comigo nas atividades de doutorado, foi o projeto de extensão Saúde Ativa, que faz parte do Nafes e da Unesp de Rio Claro há 35 anos. Ao longo da pós-graduação, tive a oportunidade de coordenar e supervisionar as atividades para as quase 120 pessoas adultas e idosas que frequentam a Unesp e a UBS as terças e quintas-feiras, juntamente com os alunos de graduação, planejando, produzindo e construindo as atividades do projeto. Também atuei como professora nas disciplinas relacionadas à Estágio em Saúde e Saúde Pública da Unesp, que agregaram muito à minha formação.

Todo esse processo acadêmico esteve entrelaçado, infelizmente, com os infortúnios da vida, como pandemia, mortes de familiares, rupturas e doenças. Não foram anos brandos, mas estudar e me envolver com essa temática me proporcionaram a

oportunidade de aprender e trocar, evoluir academicamente, pessoalmente e despertar ainda mais o gosto pela área, especialmente, a saúde pública. Por fim, espero que, eventualmente, eu tenha deixado alguma contribuição por onde passei.

Viva à ciência e viva o SUS!

1. Capítulo 2. Introdução e desenvolvimento da temática

Considerando o exposto pelas recomendações de atividade física para a saúde, grande parcela da população mundial é fisicamente inativa. A literatura disponível sugere que a inatividade física é fator de risco para a ocorrência e / ou agravamento para uma série de doenças crônicas, sendo a quarta causa de mortalidade no mundo (Lee et al., 2012).

Mesmo que no Brasil a atividade física se configure como um direito das pessoas, também se observam elevadas prevalências de inatividade física (Hallal et al., 2012; Vigitel, 2017; Guthold et al. 2018; Vigitel, 2022). Reconhecendo a complexidade na adoção e manutenção deste comportamento, que é diretamente impactado pelos determinantes sociais da saúde, diversos esforços vêm sendo realizados para a ampliação do seu acesso e oferta no Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque, por exemplo, para o incentivo à realização de aconselhamento breve e de capacitações profissionais por meio da rede de Atenção Primária em Saúde (APS).

A APS é considerada a "porta de entrada" do SUS, uma vez que a maior parcela das demandas de saúde são resolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que torna este espaço estratégico para a oferta de ações educativas, a serem organizadas e implementadas por trabalhadores da saúde de distintos núcleos de formação – sobretudo quando relacionados às pessoas pertencentes aos estratos socioeconômicos menos

favorecidos, que, por sua vez, são mais vulneráveis à inatividade física (PNS, 2019; Brasil, 2019; Kokubun et al., 2007).

Diante deste contexto, o desenvolvimento de estratégias que encorajem a busca pelo bem-estar psicológico e o prazer nas práticas de atividade física são essenciais, pois aumentam as chances de manutenção na atividade (Segar et al., 2002; Conner et al., 2011; Gellert., 2012; Teixeira et al. 2020). Nesse sentido, a teoria da autodeterminação aplicada em contextos educacionais e de saúde populacional, tem como premissas o desenvolvimento das necessidades psicológicas básicas como a autonomia, a competência e o vínculo social, que quando favorecidos podem proporcionar um comportamento autodeterminado, gerando satisfação e bem-estar psicológico (Silva, Wendt, Argimon, 2010; Ryan; Deci, 2017).

A teoria da autodeterminação estuda a motivação humana em distintos contextos, aborda como promover tipos ideais de motivação e investiga como as diferentes motivações "controlada" e "autônoma" influenciam na aderência de um determinado comportamento (Ryan; Deci, 2000; Ryan; Deci, 2017). As motivações controladas refletem quando as pessoas consideram realizar a prática de atividade física por pressão externa, como seguir uma recomendação médica baseada no medo. Contrariamente, quando as pessoas têm motivações autônomas, elas valorizam profundamente os benefícios que obtêm com determinada atividade, o prazer inerente e a satisfação que ela traz e, assim, estando mais próximo do comportamento autodeterminado (Segar; Richardson, 2014; Ryan; Deci, 2017).

Estudos prévios sugerem que a teoria da autodeterminação aplicada em contextos de saúde previu níveis mais altos de autonomia, competência e relacionamento entre pacientes, o que associou-se ao bem-estar e em níveis elevados de comportamentos

positivos de saúde, como abstinência do tabaco, tomar medicamentos prescritos e ser fisicamente ativo (Johan et al., 2012; Ntoumanis et al. 2020).

Contudo, ainda desconhece-se a viabilidade e os efeitos da teoria da autodeterminação como suporte para produção e aplicação de uma capacitação à equipe de profissionais que atuam em UBS, sendo conhecida esta equipe como Estratégia Saúde da Família (ESF), da APS-SUS.

Por meio da capacitação, espera-se que os profissionais de saúde possam conduzir ações e oferecer aconselhamento breve para promover atividade física. Essa estratégia é de grande alcance e está diretamente vinculada à promoção da saúde na atenção básica, podendo ser aplicada em diversas situações, como consultas individuais, salas de espera e visitas domiciliares. Trata-se de uma prática não apenas custo-efetiva, mas também custo-utilitária, tanto em âmbito internacional quanto no contexto da APS-SUS (Garrett et al. 2011; Vijay et al. 2016; Papini et al. 2021; Sposito et al. 2021).

2. Objetivo geral

Buscou-se desenvolver e analisar a viabilidade, bem como os efeitos, de uma capacitação educativa de promoção da atividade física, fundamentada na teoria da autodeterminação e direcionada às equipes profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Atenção Primária à Saúde (APS-SUS), de uma cidade de médio porte brasileira.

3. Objetivos específicos

1. Por meio de uma revisão de escopo, foram levantadas as capacitações profissionais para promoção de atividade física direcionadas aos profissionais de saúde da atenção primária da América Latina;
2. Foi elaborada uma capacitação sobre o tema atividade física, baseada na teoria da autodeterminação e aplicada às equipes da Estratégia Saúde da Família da APS-SUS que atuam em uma cidade de porte médio brasileira;
3. Analisar as percepções dos profissionais de saúde após a capacitação para promoção de atividade física baseada na teoria da autodeterminação, a fim de compreender a sua aceitação e se os pressupostos da teoria foram minimamente atendidos;
4. Foram avaliados os efeitos de uma capacitação para promoção da atividade física baseada na teoria da autodeterminação e direcionada às equipes de profissionais da saúde sob a perspectiva de variáveis psicológicas, de motivação e do nível de atividade física no lazer de profissionais e usuários de saúde da atenção primária.

5. Hipótese

A hipótese central deste estudo é que a capacitação de promoção à atividade física, fundamentada na Teoria da Autodeterminação, possa induzir ao desenvolvimento pessoal dos integrantes da Equipe Estratégia Saúde da Família da APS-SUS. Tal condição se daria pelo reforço de suas necessidades psicológicas básicas, levando a um comportamento mais autônomo em relação à prática de atividades físicas. Adicionalmente, postula-se que essa autonomia aumentada na equipe de saúde possa facilitar a implementação de ações e o fornecimento de aconselhamento breve,

exercendo uma influência positiva no comportamento dos usuários dos serviços de saúde, motivando-os a adotar hábitos de vida mais ativos e autônomos.

6. Justificativa

De acordo com os dados sobre a alta prevalência de inatividade física no Brasil, torna-se essencial a comunidade científica juntamente com órgãos públicos de saúde buscarem estratégias para diminuí-la. O estabelecimento de ações em locais de grande abrangência populacional, como a Atenção Primária à Saúde (APS), pode ser uma estratégia efetiva.

O contato constante de profissionais da saúde pode ser um fator moderador para que a população se envolva em práticas de atividade física. Contudo, para que o profissional consiga interferir positivamente sobre os níveis de atividade física do usuário dos serviços de saúde, torna-se importante a sua capacitação por estratégias cientificamente vigentes.

A teoria da autodeterminação tem chamado a atenção dos pesquisadores da área de atividade física, como uma estratégia positiva para auxiliar na mudança de comportamento sobre os níveis de atividade física. Richard M. Ryan e Edward L. Deci desenvolveram a teoria em 1981, buscando delinear variáveis que pudessem ser executadas em qualquer nível, até mesmo para políticas públicas, com foco em saúde e bem-estar psicológico, a fim de estabelecer uma psicologia com responsabilidade social, humana e política (Silva, Wendt, Argimon, 2010).

A teoria é pautada nas motivações do ser humano, no qual demonstra que a motivação intrínseca (autodeterminada) está associada ao prazer e ao bem-estar

psicológico, sendo preditora para o indivíduo manter-se na atividade física (Teixeira et al. 2012; Rodrigues et al. 2018). Nesse sentido, a substituição de estratégias que são baseadas no “medo” e “recompensas” para ações que foquem nos “benefícios psicológicos e sociais”, no “prazer” e na “diversão” que são percebidos durante a prática ou após ela, podem promover a manutenção na atividade.

De acordo com o esquema teórico observado na Figura 1, é possível compreender que a teoria parte da premissa de que o ser humano pode atender a três necessidades psicológicas básicas, sendo elas: a autonomia psicológica, a competência pessoal e o vínculo social, que quando desenvolvidas podem gerar motivação autônoma para agir (Deci, Ryan, 2000). A teoria apresenta o continuum da motivação, categorizado em seis fases, sendo elas: amotivado, regulação externa, regulação introjetada, regulação identificada, regulação integrada e regulação intrínseca.

A primeira condição do *continuum* caracteriza um indivíduo desinteressado por práticas de atividades físicas por exemplo e a última está relacionada ao estado de prazer e bem-estar que a atividade pode proporcionar, sendo associada a aderência na atividade física (Teixeira et al. 2012; Guedes e Sofiati, 2015; Rodrigues et al. 2018).

Para promover um comportamento mais autodeterminado, ou seja, estar mais próximo da motivação intrínseca a teoria sugere que é necessário oferecer escolhas, fornecer um pensamento significativo, reconhecer e minimizar a pressão e visar os sentimentos e perspectivas do indivíduo, assim poderá ser facilitada a internalização e a integração de processos regulatórios de maneira a promover uma mudança de comportamento eficaz e de longo prazo (Williams et al. 1996).

Como exemplo, as pesquisas desenvolvidas no contexto da APS na Inglaterra e Canadá, evidenciaram sucesso utilizando a teoria da autodeterminação para

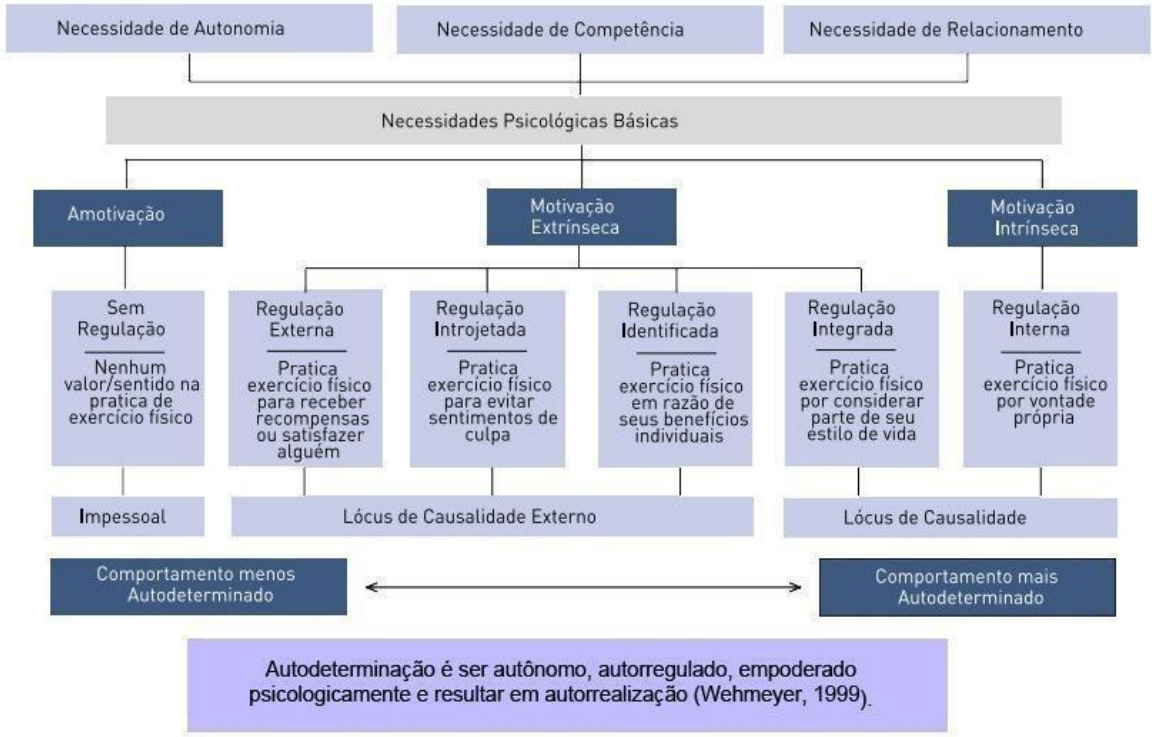
aconselhamento de atividade física com os seus usuários, onde ambas intervenções foram desenvolvidas de acordo com características de seu sistema de saúde (Fortier et al. 2012).

Os estudos de como iniciar, aumentar o tempo e manter-se na prática de atividade física sem recaídas é de muito interesse para a área da atividade física, por isso, após compreender as premissas da teoria da autodeterminação, percebe-se o potencial que pode ser conquistado ao incorporá-la em contextos de saúde.

Pesquisas relacionadas à capacitação de profissionais da saúde para a promoção da atividade física por meio de ações e aconselhamento breve na APS brasileira, com o uso da teoria da autodeterminação não foram encontradas na literatura científica vigente, o que incentiva o desenvolvimento de pesquisas nesse contexto, pois as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica e as diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro reforçam a importância de capacitações. Ainda, a Organização Mundial da Saúde (2018) enfatiza sobre a capacitação profissional como uma das estratégias de enfrentamento para a inatividade física mundial.

Por fim, pensando nas ações científicas como aliadas para a construção de propostas sustentáveis, este trabalho acredita que a moderação do profissional de saúde capacitado pela teoria da autodeterminação para ações de promoção da atividade física possa influenciar positivamente a sua prática pessoal e profissional e, consequentemente, dos usuários dos serviços de saúde.

Figura 1. Esquema teórico da Teoria da Autodeterminação.



Legenda: Figura retirada do estudo de Guedes e Sofiati (2015), p. 399 e adaptada com informações de Wehmeyer (1999).

7. Metodologia

A presente tese de doutorado foi desenvolvida em três fases: (1) revisão de escopo: com o objetivo de mapear a literatura vigente e fornecer subsídios para a construção da capacitação; (2) desenvolvimento e aplicação da capacitação em três equipes de profissionais da saúde de UBS e (3) avaliação da percepção dos profissionais de saúde sobre a capacitação profissional e os efeitos da intervenção nos profissionais e usuários dos serviços de saúde.

7.1 Revisão de Escopo

Foi produzida uma revisão de escopo que buscou levantar as intervenções educativas sobre o conteúdo de atividade física para profissionais da APS e atuantes na

América Latina. Foram avaliadas as metodologias, fatores internos e externos, de sete artigos encontrados a partir de um levantamento em oito bases de dados.

7.2 Capacitação das equipes profissionais de saúde

Em reunião com a Seção de Educação em Saúde, Treinamento e Desenvolvimento (SESTD), o presente trabalho foi protocolado e aceito para implementação em janeiro de 2020, no entanto, com a chegada da pandemia de Covid-19, as ações referentes a capacitação foram paralisadas. Em fevereiro de 2021, ainda em período de pandemia, foram iniciadas novas tratativas junto ao órgão competente devido a atualização de gestão, decorrente das eleições municipais, no qual contou com o apoio e liberação da mesma. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UNESP Rio Claro com o número de protocolo: 3.911.148.

Para participar desta pesquisa, foram escolhidas três UBS por conveniência, devido ao momento de pandemia e que nunca receberam capacitação para promoção de atividade física. Além disso, foi imprescindível que a coordenação da UBS aceitasse a pesquisa em todas as suas fases, para que ocorresse o bom andamento da mesma. Os profissionais de saúde receberam a capacitação pela pesquisadora durante um período de três meses, totalizando três encontros presenciais com duração de até 2 horas em cada momento (os detalhes dos conteúdos podem ser observados nos apêndices).

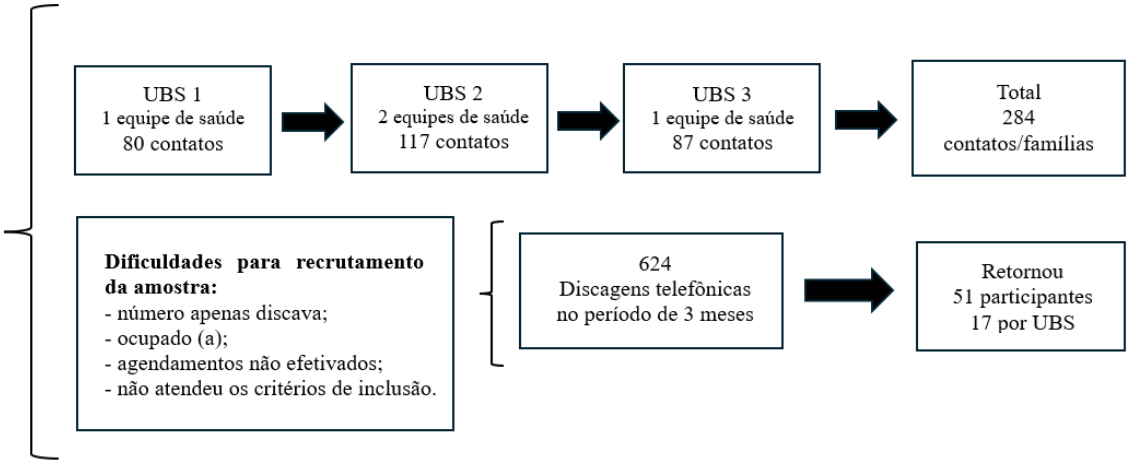
Durante os encontros foram utilizadas estratégias audiovisuais, dinâmicas ativas, estudos de casos, discussão de ideias e demais recursos que durante o processo da capacitação se tornaram pertinentes. A capacitação foi fornecida para toda a equipe de saúde, sendo composta por médicos, profissionais da enfermagem, auxiliares de

enfermagem, profissionais da saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Como produto final da capacitação foi produzido um material educativo para ser disponibilizado na rotina diária dos profissionais e organizado para futura reprodução (Capítulo 7 - Apêndice).

7.3 Recrutamento dos usuários dos serviços de saúde

A partir do número total de famílias cadastradas em cada UBS foi realizado o sorteio pela função aleatória do *Excel* e repassada a lista à coordenação de cada UBS. Posteriormente, a equipe de saúde se encarregou de fornecer para a pesquisadora todos os nomes e telefones dos prontuários sorteados. O contato com os usuários dos serviços de saúde foi realizado por telefone institucional da universidade e contou com o uso do sistema *Voice over Internet Protocol* (VoIP) efetivando as gravações dessas ligações e coletando o consentimento dos participantes. O período de coletas teve duração de 1 ano e 3 meses e o primeiro momento ocorreu nos meses de setembro a novembro de 2021 e teve duração de 30 a 40 minutos. As coletas seguintes ocorreram a cada 3 meses, com exceção do último momento, após 6 meses e tiveram duração de 15 a 20 minutos, a partir da redução de alguns questionários e permanecendo: (a) avaliação das motivações para a prática de atividade física, (b) tempo de atividade física e (c) apoio à autonomia para a prática de atividade física recebido dos profissionais de saúde, em caso de aconselhamento.

Figura 2. Fluxograma do levantamento amostral



Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde.

7.4 Amostra

A amostra foi composta por indivíduos adultos com idade igual ou superior a 18 anos que utilizavam as três UBS selecionadas para a pesquisa e se encontravam em qualquer um dos estágios de prontidão do modelo Transteorético para a prática de atividade física (pré-contemplativo, contemplativo, preparativo, ação ou manutenção). Os critérios de exclusão do presente estudo se aplicaram para: a) pessoas com deficiências intelectuais e físicas, b) não falar a língua portuguesa; c) ter se mudado do bairro referenciado por alguma das três UBS selecionadas para a pesquisa e d) não estar apto para a prática de atividade física, segundo indicação médica.

7.5 Instrumentos de Avaliação

Para coleta de dados foi utilizado o formulário eletrônico do *Google Forms*, no qual os profissionais de saúde autorresponderam os questionários, já os usuários dos serviços de saúde foram entrevistados via telefone. As variáveis analisadas estão descritas a seguir:

7.6 Estágio de prontidão para mudança de comportamento a partir do Modelo Transteorético

Uma pergunta foi aplicada para identificar e classificar o estágio de prontidão para a prática atividade física, podendo estar em uma das cinco opções a seguir: O Sr. (a) realiza atividade física regularmente? (Sim ou Não). Se a resposta for "Não", há 3 opções: a) Não, não pretendo começar nos próximos 6 meses, b) Não, mas pretendo começar nos próximos 6 meses e c) Não, mas pretendo começar nos próximos 30 dias, classificando os indivíduos nos estágios de Pré-contemplação, Contemplação e Preparação. Caso a resposta fosse "Sim", seguem-se as opções: a) O Sr (a) tem feito por menos de 6 meses ou b) mais de 6 meses?. As respostas colocam o indivíduo na fase de Ação e Manutenção para a prática de atividade física, respectivamente. O mesmo recurso também foi utilizado para identificar o estágio de prontidão para o aconselhamento de atividade física.

7.7 Variáveis sociodemográficas e indicadores de saúde

Para caracterizar a amostra desta pesquisa foram coletadas as seguintes variáveis: idade, gênero, cor de pele, estado civil, escolaridade, ocupação, tempo de atuação profissional, comportamento tabagista, presença de doenças crônicas e pressão arterial. Também foi analisada a massa corporal e estatura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Todos os dados foram autorreferidos.

7.8 Tempo de Atividade Física

Foi utilizado o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), a versão validada para a população brasileira, com o objetivo de verificar o tempo de atividade física no lazer (Graig et al. 2003). Os dados foram analisados considerando três

categorias: de 0 a 10 min, 11 a 149 min e igual ou acima de 150 min/semana (valor mínimo indicado pelas recomendações nacionais e internacionais de atividade física) (Bull et al. 2020; Brasil, 2021).

7.9 Regulação Comportamental no Exercício

O questionário BREQ-3 é baseado na teoria da autodeterminação e foi traduzido e validado para o uso em adultos brasileiros, sendo capaz de medir a qualidade da motivação para a prática de atividade física. O instrumento é composto por 23 itens em uma escala *likert* de 0 a 4 pontos, e o Índice de Autodeterminação (IaD) é calculado pela seguinte fórmula: (=((3)*(amot))+((2)*(reex))+(1)*(reij)+1*(reid)+2*(reig)+3*(moti)), podendo os valores oscilarem de -24 pts negativos a 24 pts positivos (maior autodeterminação). A qualidade motivacional pode variar ao longo de um *continnum* de duas extremidades, sendo elas: amotivado (ausência de qualquer motivação intrínseca ou extrínseca para a prática de atividade física) e motivação intrínseca (motivação autodeterminada, onde o indivíduo pratica atividade física por vontade própria, pelo prazer e satisfação que a atividade oferece). Entre as duas extremidades encontra-se a motivação extrínseca composta pela regulação externa (pratica atividade física para satisfazer alguém), regulação introjetada (pratica atividade física para evitar sentimentos de culpa), regulação identificada (pratica atividade física em razão de seus benefícios individuais) e regulação integrada (pratica atividade física por considerar parte de seu estilo de vida) (Guedes; Sofiati, 2015).

7.10 Escala de Satisfação e Frustração das Necessidades Psicológicas Básicas

O questionário foi traduzido e validado para a língua Portuguesa e possui 24 itens em uma escala likert de 0 a 7 pontos, sendo um instrumento específico do exercício, concebido no âmbito da teoria da autodeterminação para medir a percepção de autonomia, competência e relacionamento, sendo as necessidades psicológicas básicas descritas pela teoria (Rodrigues et al. 2019).

7.11 Clima de Cuidados em Saúde

Este questionário foi utilizado na sua versão resumida de seis itens, no qual buscou avaliar as percepções dos usuários dos serviços de saúde sobre o "apoio à autonomia" oferecido pelos profissionais de saúde em relação ao aconselhamento breve de atividade física, desde que tenham recebido ou procurado algum tipo de atendimento individual e/ou coletivo com o profissional de saúde (PAS, 2024). A teoria da autodeterminação sugere que os contextos de apoio à autonomia como oferecer escolhas, fornecer um pensamento significativo, reconhecer e minimizar a pressão, visar os sentimentos e perspectivas do indivíduo tende a facilitar a internalização e a integração de processos regulatórios e, assim, promover uma mudança de comportamento eficaz e de longo prazo (Williams et al. 1996).

7.12 Clima de Aprendizagem

Este questionário é composto por 15 questões em uma escala *likert* de 0 a 7 pontos, no qual busca avaliar o apoio à autonomia oferecido pelo professor/formador sobre determinada formação/conteúdo (PAS, 2024). Também foram acrescidas perguntas que avaliaram o quanto o conteúdo foi novo, relevante, a probabilidade de usá-lo nos

próximos seis meses e o interesse do profissional de saúde em aprender mais sobre o conteúdo em um futuro próximo, respeitando a escala indicada anteriormente.

7.13 Grupo Focal

O grupo focal foi conduzido pela pesquisadora após um mês da finalização da capacitação e buscou identificar as percepções de aprendizado dos profissionais de saúde sobre o conteúdo ofertado na capacitação e a sua possível aplicabilidade durante a atuação profissional. Foi composto por 5 a 6 participantes que estiveram presentes nos três encontros da capacitação, com duração de 35 a 45 minutos. Os diálogos foram gravados, transcritos e utilizada a metodologia de análise de conteúdo (Gatti, 2005).

8. Intervenção – capacitação profissional

A intervenção foi realizada em três UBS de características distintas, localizadas no município de Rio Claro, uma cidade de médio porte do estado de São Paulo, Brasil. A intervenção ocorreu em momentos distintos, mas de maneira subsequente entre as UBS, a fim de que os grupos pudessem ser comparados ao longo do tempo. Os encontros em cada UBS ocorreram uma vez por mês, durante três meses em cada UBS, com duração média de 1h30 por encontro, totalizando cerca de 4h30 de curso, de modo que ao finalizar a capacitação em uma UBS, seguia-se para a próxima.

O tempo de duração da capacitação seguiu a disponibilidade do sistema de saúde local e considerou-se um tempo mínimo para que fosse estabelecida conexão com a equipe de profissionais da saúde.

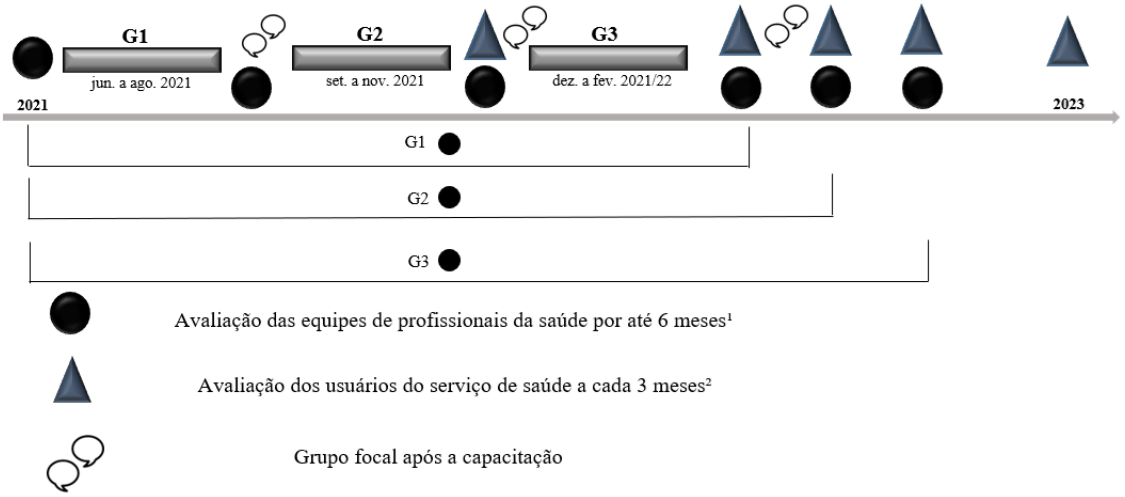
A partir da capacitação, era esperado que aos usuários dos serviços de saúde terem contato com algum profissional da equipe de saúde da família (profissional de medicina, enfermagem, saúde bucal ou agentes comunitários de saúde) pudessem receber alguma ação ou aconselhamento breve que favorecesse a motivação autônoma para a prática de atividade física.

A teoria da autodeterminação acredita que é necessário oferecer escolhas, fornecer um pensamento significativo, reconhecer e minimizar a pressão e visar os sentimentos e perspectivas do indivíduo, assim poderá ser facilitada a internalização e a integração de processos regulatórios, de maneira a promover uma mudança de comportamento eficaz e de longo prazo (Williams et al. 1996; Deci e Ryan, 2000).

Nesse sentido, foi esperado que os pressupostos da teoria fossem aplicados aos usuários dos serviços de saúde em qualquer ocasião conveniente de atendimento profissional, buscando encorajá-los a iniciar uma prática de atividade física e/ou manter-se nela e/ou a aumentar o tempo de atividade física no domínio lazer.

A Figura 3 abaixo ilustra o delineamento da pesquisa, destacando suas fases distintas e os momentos específicos de avaliação.

Figura 3. Delineamento Experimental



Legenda:

G1, G2 e G3 = equipes de saúde das UBS.

¹avaliação das três equipes de saúde (UBS) participantes da pesquisa no momento basal (mês 0) do estudo, com acompanhamento até o 6º mês após a capacitação de cada equipe.

²avaliação dos usuários dos serviços de saúde a cada 3 meses, com exceção da última avaliação, que ocorreu após 6 meses, totalizando 1 ano e 3 meses de acompanhamento.

9. Análise estatística

Foram utilizadas medidas descritivas de média, desvio padrão, frequência e percentual, considerando a análise por intenção de tratar. Os profissionais de saúde e os usuários tiveram as seguintes variáveis analisadas: (a) sociodemográficas e indicadores de saúde, (b) estágio de prontidão para mudança de comportamento, (c) nível de atividade física, (d) motivações para a prática de atividade física, (e) necessidades psicológicas básicas e (f) percepção de apoio à autonomia. A análise inferencial foi aplicada pelo teste de qui-quadrado ou anova com post-hoc de Tukey para identificar diferenças entre as variáveis do estudo com os diferentes momentos da pesquisa para o grupo de profissionais de saúde e dos usuários dos serviços de saúde. Os dados foram analisados por meio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.

10. Referências

1. Brasil. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia.
2. Brasil. Constituição Brasileira de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [Internet]. Brasília, 2021.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de prática de atividade física nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal entre 2006 e 2021 [Internet]. Brasília, 2022.
6. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med; 2020; 54(24): 1451-1462. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955.
7. Conner M, Rhodes RE, Morris B, McEachan R, Lawton R. Changing exercise through targeting affective or cognitive attitudes. Psychol Health. 2011; 26 (2): 133–49.
8. Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry. 2000; 11(4): 227-268.
9. Fortier SM, Duda LJ, Guerin E, Teixeira P. Promoting physical activity: development and testing of self-determination theory -based interventions.

International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2012; 20 (9):1-14.

10. Garrett S, Elley CR, Rose BS, O'Dea DAB, Dowell CA. Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. Br J Gen Pract. 2011; 61 (584): 125–133.
11. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília. Líber Livro Editora, 2005, 77 p.
12. Gellert P, Ziegelmann JP, Schwarzer R. Affective and health-related outcome expectancies for physical activity in older adults. Psychol Health. 2012; 27 (7): 816–28.
13. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
14. Graig CL, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12 – Country reliability and Validity. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2003; 35 (8): 1381-1395.
15. Guedes PD, Sofiati S. Tradução e validação psicométrica do Behavior Regulation in Exercise Questionnaire para uso em adultos brasileiros. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2015; 20 (4): 397-412.
16. 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. The Lancet Global Health 2018;6:e1077–86. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7.

17. Hagger MS, Chatzisarantis NDL. Integrating the theory of planned behavior and self-determination theory in health behavior: a meta-analysis. British Journal of Health Psychology. 2009. 14 (2): 275-302.
18. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haske W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. Lancet. 2012; 380 (9838): 247-257.
19. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. Medicine and Science in Sports and Exercise. 2003; 35 (11): 1894-1900.
20. Kokubun E, Luciano E, Sibuya C, Queiroga MR, Ribeiro PAB, Silveira R, Nakamura PM Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: Relato de experiência no município de Rio Claro - SP. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. 2007; 12: 45-53.
21. Lee I-M, 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. Lancet; 2012; 380: 219–229.
22. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3th ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
24. Ng JYY et al. Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. Perspectives on Psychological Science. 2012; 7: 325.

25. Ntoumanis N, Ng JYY, Prestwich A, Quested E, Hancox JE, Thøgersen-Ntoumani C, et al. A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. Health Psychology Review 2021;15:214–44.
26. Papini CB, Campos L de, Nakamura PM, Brito BTG de, Kokubun E. Cost-analysis and cost-effectiveness of physical activity interventions in Brazilian primary health care: a randomised feasibility study. Ciênc Saúde Coletiva 2021;26:5711–26.
27. PAS – Health Care Climate – selfdeterminationtheory. Org [Internet]. 2024. Disponível em: https://selfdeterminationtheory.org/questionnaires/. Acesso em: 10 de janeiro de 224.
28. PAS – Learning Climate – selfdeterminationtheory.org [Internet]. 2024. Disponível em: https://selfdeterminationtheory.org/questionnaires/. Acesso em: 10 de janeiro de 224.
29. PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública | Agência de Notícias. Agência de Notícias - IBGE 2020. https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vao-a-rede-publica.
30. Rodrigues F, Bento T, Cid L, Pereira Neiva H, Teixeira D, Moutão J, et al. Can Interpersonal Behavior Influence the Persistence and Adherence to Physical Exercise Practice in Adults? A Systematic Review. Front Psychol 2018; 9:2141. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02141.
31. Rodrigues F, Hair JF, Neiva HP, Teixeira DS, Cid L, Monteiro D. The basic psychological need satisfaction and frustration scale in exercise (Bpnsfs-e):

validity, reliability, and gender invariance in portuguese exercisers. Percept Mot Skills. 2019; 126 (5): 949–72.

32. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol. 2000; 55 (1): 68–78.
33. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory. Basic Phychological Needs in Motivation, Development, and Wellness. 2017; The Guilford Press, New York.
34. Segar M, Jayaratne T, Hanlon J, Richardson CR. Fitting fitness into women's lives: effects of a gender-tailored physical activity intervention. Womens Health Issues. 2002; 12 (6): 338–47.
35. Segar ML, Richardson CR. Prescribing Pleasure and Meaning Cultivating Walking Motivation and Maintenance. Am J Prev Med. 2014; 47 (6): 838–841.
36. Silva AM, Wendt WG, Argimon LII. A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. Psicologia em Revista. 2010; 16 (2): 351-369.
37. Sposito LAC, Nakamura, PM, Monteiro LM, Papini CB, Benedetti TRB, Kokubun E. Evaluation of Strategies for the Physical Activity Promotion: Cost-Utility Study. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 2021; vol. 21 (84) pp. 607-621.
38. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. Int J Behav Nutr Phys Act. 2012; 78 (9): 3-30.
39. Teixeira PJ, Marques MM, Silva MN, Brunet J, Duda JL, Haerens L, et al. A classification of motivation and behavior change techniques used in self-

determination theory-based interventions in health contexts. Motivation Science. dezembro de 2020;6(4):438–55.

40. Vijay GC, Wilson EC, Suhrcke M, Hardeman W, Sutton S. Are brief interventions to increase physical activity cost-effective? A systematic review. Br J Sports Med. 2016: 50 (7): 408-417.
41. Wehmeyer ML. A Functional Model of Self-Determination: Describing Development and Implementing Instruction. Focus On Autism And Other Developmental Disabilities 1999; 14(1): 53-62.
42. Williams, GC, Grow, VM, Freedman, ZR, Ryan, RM e Deci, EL. Motivational predictors of weight loss and maintenance of weight loss. Journal of Personality and Social Psychology. 1996; 70 (1), 115-126.

O presente artigo foi submetido à revista Motriz – UNESP Rio Claro.

11. Capítulo 3. Assessment of educational interventions for primary health care professionals in Latin America on the content of physical activity: a scoping review

Abstract

Introduction: Physical activity (PA) is inherent to human beings and its benefits are widely recognized. As such, intervention delivered by health care professionals are a way of targeting this behavior. Advising the population for healthier behaviors can be a strategic tool in Primary Health Care (PHC) scenarios due to its population coverage power, but there are still few studies that invest in the qualification of multidisciplinary work. **Aim:** Thus, the objective was to summarize the methodological characteristics of educational interventions on the PA content offered to health professionals working in PHC in Latin America and to describe the degree of compliance reported by studies on their internal and external validity. **Methods:** A scoping review was carried out on the training of health professionals who would preferentially address the PA content and who had insertion in the PHC in Latin America. Searches were performed in eight electronic databases (Lilacs, PubMed, Physical Education Index, Scielo, Scopus, Web of Science, Embase and SPORTDiscus) until March 2021. **Results:** The search results returned seven original studies with distinct methodological characteristics, but all focused on training professionals for PA counseling, with five interventions with PA guidance for people with chronic diseases. The description of the articles suggested low internal and external validity by the RE-AIM model. The PRECIS tool indicated that interventions are on a more pragmatic path. **Conclusion:** It is concluded that there is a need for new training in

different Latin American countries from the perspective of health promotion, as the practice of PA can be encouraged for everyone.

Keywords: Physical Exercise. Health Education. Delivery of Health Care.

Introduction

Physical inactivity is associated with an increase in deaths from chronic non-communicable diseases and disabilities worldwide, economically impacting health systems[1,2]. It is known that only 31% of the world population meets the physical activity (PA) guidelines[3]. Thus, any encouragement to more active behaviors may be necessary, one of which is through educational approaches carried out by health professionals that promote autonomy and self-management of practices.

Primary Health Care (PHC) is a potential setting for the development of educational actions, designed and implemented according to the ideals of health promotion. Among the recognized strategies, the counseling for PA can be highlighted, which, in turn, is an action known for encouraging and debating healthy behaviors during individual or group sessions, such as consultations, where various health indicators are also addressed[4].

Previous evidence suggests that PHC counseling strategies to promote healthy eating and PA stimulates health promotion in individuals with and without CVD risk factors, without adverse effects[5,6]. However, it is observed that a good portion of the counseling for PA in PHC is carried out without adequate technical-scientific knowledge on the subject, which can limit its potential[7-10].

When recognizing the deficiency of this content in initial training[11], it is important to invest in the training and qualification of professionals working in PHC for PA

counseling. Thus, it is important to recognize the development of professional training strategies, so that public policy makers can use this scientific evidence to guide the implementation of actions. On the other hand, if there is little evidence, researchers can devote attention to the development of interventions that seek to verify the effectiveness of training for health professionals.

In this sense, this research aims to summarize the methodological characteristics of educational interventions on the PA content offered to health professionals working in PHC in Latin America and to describe the degree of compliance reported by studies on their internal and external validity.

Methods

This scoping review adopted the operational process based on "The Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention"[12,13] and on the items on the "PRISMA extension for scoping reviews" list[14]. This study is part of a larger systematic review project and was registered on the PROSPERO (CRD42021226315).

Eligibility criteria

The inclusion criteria were based on the PICOS strategy[15], considering: (a) Population: adults aged 18 years or older, without particular clinical conditions, except for overweight and/or obesity; (b) Interventions: developed in Latin American countries, conducted in primary health care. This could involved educational processes (eg. courses, training, meetings, supply of materials), related to PA, to implementing agents, without restrictions relation to the support theories and/or methodologies used; (c) Comparison: when the interventions had a comparator group, no restrictions were imposed on the existence of strategies related to the comparison groups; (d) Outcomes: (I) how many

people/professionals “assimilated” the educational elements and (II) indicators of physical activity, without restriction in relation to the measurement instruments (eg. observation, questionnaires, activity trackers), assessed domains (eg. leisure, commuting, occupational) and indicators (eg. motivation for practice, transition from stages of behavior, increase in the daily number of steps, number of minutes per week) and; (e) Study design: intervention studies, without restrictions to the existence of comparison groups and randomization between groups.

Selection process

Original studies were searched in eight electronic databases (Lilacs, Pubmed, Physical Education Index, Scielo, Scopus, Web of Science, Embase and SPORTDiscus), covering the available literature until March 2021. The strategy search was initially set up in Pubmed, from three categories (eg. physical activity, study designs and Latin American countries) and applied as follows: ("physical activity" [Text Word] OR exercise* [Text Word] OR sport* [Text Word] OR walk* [Text Word] OR run* [Text Word] OR running* [Text Word] OR bike* [Text Word] OR cycling* [Text Word] OR "physical fitness" [Text Word] AND ("experimental study" [Text Word] OR "randomized controlled trial" [Text Word] OR "randomized controlled trial" [Text Word] "intervention" OR "quasi-experimental" [Text Word] OR trial* [Text Word] OR “clinical trial” [Text Word] OR "controlled trial" [Text Word] AND Argentina [Text Word] OR Venezuela [Text Word] OR Colombia [Text Word] OR Peru [Text Word] OR Ecuador [Text Word] OR Bolivia [Text Word], OR Chile [Text Word] OR Paraguay [Text Word] OR (Uruguay [Text Word] OR Guyana [Text Word] OR Suriname [Text Word]] OR Brazil [Text Word]). Manual searches were also carried out on the reference lists of the articles included for full reading.

Titles, abstracts and full texts assessments and data extraction were conducted independently and alternated by pairs of researchers, with the support of a third researcher to resolve doubts and establish consensus (LS, ED and JG), under the supervision of a researcher with experience in literature reviews (PG). The extraction of RE-AIM and PRECIS data were independently conducted by pairs. The third researcher solved disagreements (LS, ED, JG and SY).

RE-AIM

The RE-AIM (reach, effectiveness, adoption, implementation, maintenance) framework, has 52 internal and external validity indicators subdivided into five domains with the aim of evaluating and/or planning future interventions, being them: (1) Reach: evaluates the proportion and representativeness of individuals willing to participate in a given intervention characteristics of participants and non-participants, participation rate, recruitment strategies (eg. email invitation to health departments, health units and health professionals) and cost of recruitment are some of the items evaluated); (2) Efficacy and Effectiveness: considers the influence of an intervention on important health outcomes, including potential negative effects; (3) Adoption: considers the proportion and representativeness at institutional and personal level to initiate and adopt an intervention, such as number of participants, participation rate, description of the place of intervention, people served, among others; (4) Implementation: in this dimension, the methodology used to execute a program is evaluated, taking into account the theories of behavior change, frequency and type of intervention and; (5) Maintenance: the information that demonstrates continuity or not of the program and its specific reasons are evaluated in institutional and personal level[16].

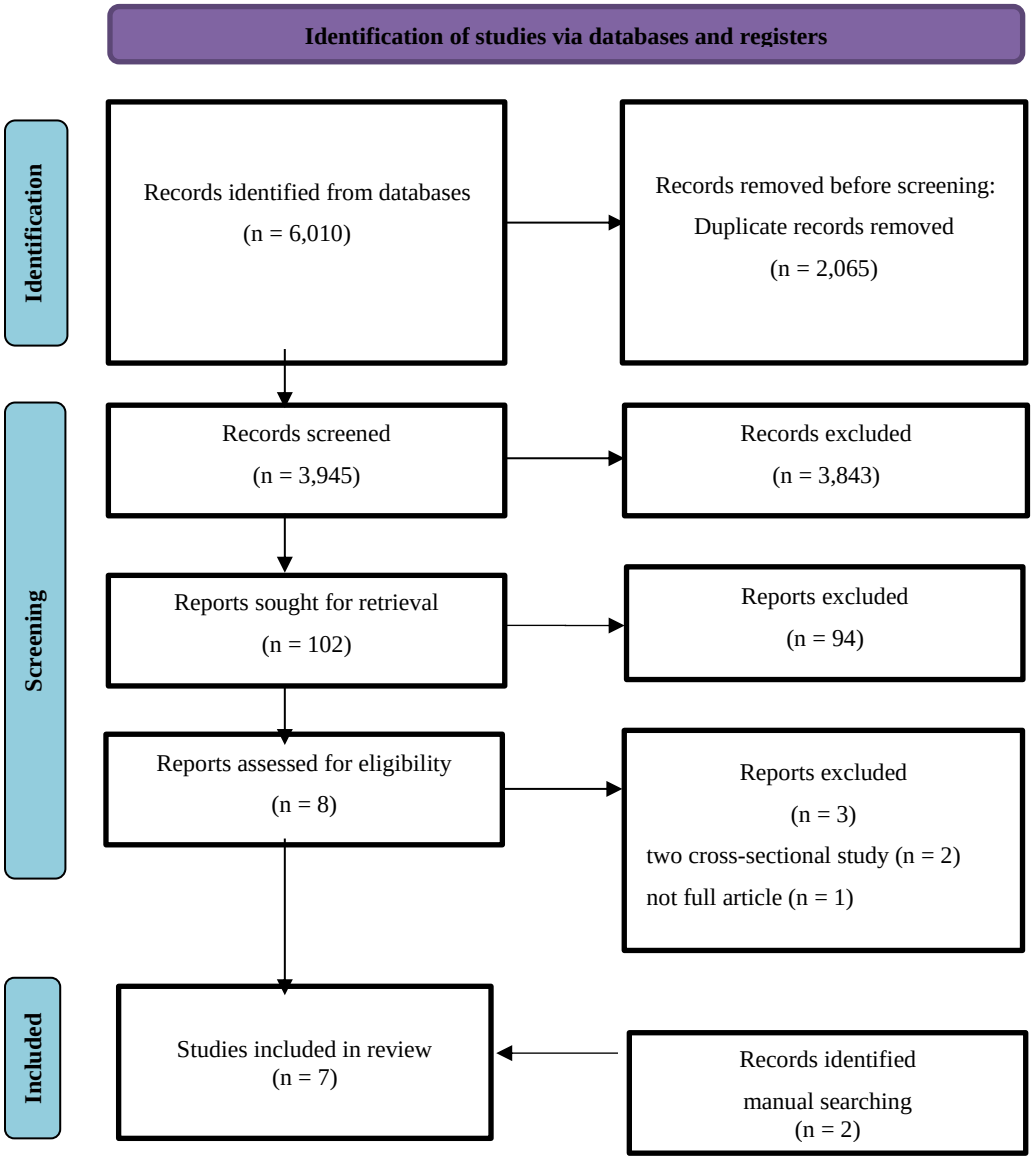
PRECIS

The Pragmatic Explanatory Continuum Indicator Summary (PRECIS-2) is a tool with the objective of assisting in the planning and evaluation of interventions in order to guide decision making by researchers and managers. The instrument has nine domains to be considered, each domain is a 5-point Likert scale: 1. very explanatory, 2. rather explanatory, 3. equally pragmatic/explanatory, 4. rather pragmatic and 5. very pragmatic. The domains evaluated are: Eligibility, Recruitment, Setting, Organization, Flexibility (delivery), Flexibility (adherence), Follow-up, Primary outcome, Primary analysis. From a PRECIS-2 toolkit, which can be retrieved from the website of the research instrument, it was possible to obtain guidance on each domain mentioned above and, then, indicate the best score. Data were extracted individually to avoid extraction bias and, in case of divergence, a third opinion was consulted. Table 5 presents the scores by domain and the total average of each article[17].

Results

Searches in eight electronic databases retrieved 6,010 articles, 2,065 of which were duplicates. Of 3,945 titles screened, 102 had its abstracts assessed. At the end of this stage, eight studies remained for evaluation by their full texts, and three of these were excluded for following reasons: two cross-sectional studies and one not was configured as a full article. With addiction of two articles through manual searches, seven articles composed the descriptive synthesis below.

Figure 1. Flowchart of the scoping review



Of the seven studies included in this scoping review, six took place in Brazil, in which, most had practical application in the city of São Paulo-SP. The primary objective of these studies was to describe the training process for health workers to promote the content of PA during their work routine and, in some studies, other preventive behaviors were introduced, such as eating and regular use of medicines within primary care. The interventions sought to train professionals to intervene with adults in general, diabetic people, with risks for cardiovascular diseases, pregnant women and adolescents (Table 1).

Table 1. Description of objectives, period of realization and city of training (Researches, n = 7).

Author/Year/ Country	Main objective	Period of the study	City
Florindo et al (2014)[18], Brazil	The aim of this study was to describe a methodology for training to provide counseling on physical activity among community health workers working within primary healthcare in Brazil	2011	São Paulo
Sá et al (2016)[19], Brazil	To assess the limits and potentialities for PA education in the Family Health Strategy, in order to support the training of health professionals for the complete realization of their duties in primary health care in Brazil	2010	São Paulo
Malta et al (2016)[20], Brazil	To assess the effect of an educational intervention focused on improving knowledge and professional health practices with regard to food and physical activity during pregnancy	2012 to 2014	Botucatu
Nascimento et al (2017)[21], Brazil	To assess a pilot study of an intervention to support diabetes self-management led by CHW from a Primary Care Unit that serves low-income communities	2014	São Paulo
Florindo et al (2018)[22], Brazil	To report an evaluation of health professionals' participation in a distance-learning physical activity training course developed in a low socio-economic region of São Paulo city, Brazil.	-	M'Boi Mirim district in São Paulo city
Bandeón et al (2018)[23], Ecuador	To assess the feasibility of implementing a physician-based, patient-centered counseling intervention model in Ecuador to improve the ability of primary care physicians to reduce cardiovascular disease risk factors among patients	2014 to 2016	Quito
Dopp et al (2020)[24], Brazil	To present the implementation and development of educational actions with community workers to promote physical activity in adolescence	2018	Rio Claro

Legend: PE - Physical Education; CHWs - Community Health Workers; HP - Health Professionals; PA – Physical Activity.

Six of the seven studies took place in person, however, there was variety in the duration and number of training sessions. Regarding the design, four Non-randomized Controlled Trial (NRCT), two Uncontrolled and Non-randomized Study (UNRS) were

included and the study in Quito-Ecuador performed a Randomized Control Trial (RCT). The training was carried out by researchers and received by physicians, nursing professionals and community health agents (CHA). Of the seven studies, four had the presence of CHA, three of which were carried out only with the CHA (42.85%). Although the training location has not been explicitly described by some studies, there is an indication that they were carried out in the workplace. All studies described theories or documents that supported the training of professionals on PA content (Table 2).

Table 2. Description of the main characteristics related to the training of health professionals (n = 7).

References	Methodology/Protocol	Setting	Who trained? [1] Who received training? [2]	Training Location	Central training topics	Rationale of the content
Florindo et al. (2014)[18], Brazil	Face-to-face training 12 hours: 4 meetings of 3 hours each, once a week, for 1 month, within working hours, in the morning	NRCT	[1]Researchers [2]CHWs (n=65)*	-	Physical activity	Ecological model, transtheoretical model and pedagogy Paulo Freire
Sá et al (2016)[19], Brazil	Face-to-face training 9 hours: 6 meetings of 1h30 min, for 4 months.	NRCT	[1]Researchers [2]Physician, Nurses, Nursing assistant and CHWs (n=39)	Health Unit	Physical activity	National Policy for Permanent Education in Health, inspired by Paulo Freire's pedagogy
Malta et al (2016)[20], Brazil	Face-to-face training 16 hours: 8 hours of introductory course + 3 workshops of 8-hour (1 of 4 hours and 2 of 2 hours)	NRCT	[1] - [2]Physician and Nurses (n=42)**	Health Unit	Leisure walk and healthy eating for pregnant women	Brazilian recommendations, transtheoretical model, motivational interview and recognition of barriers and facilitators in promoting leisure walking and healthy eating during prenatal care
Nascimento et al (2017)[21], Brazil	Face-to-face training 56 hours: 32 initial hours + 4 hours per month for 6 months	NRCT	[1]Researchers [2]CHWs (n=19)	-	Self-management of diabetes through healthy behaviors (adherence to medication, increasing physical activity and healthy eating)	Motivational intervention to support autonomy with communication skills
Florindo et al (2018)[22], Brazil	Online training 3 hours: divided into 1 hour/week, for 3 weeks	UNRS	[1]Researchers [2]Physician and Nurses (n=24)	Distance-learning	Physical activity	Based on previous studies (Florindo and Andrade, 2015) and the 'Healthy Europe Through Learning and Practice' project

Bandeón et al (2018)[23], Ecuador	Face-to-face training 4 intensive hours	RCT	[1]Researchers [2]Physician (n=15)***	Primary care outpatient clinics	Physical activity, nutrition and medication use	The proposal was based on national and international guides on the main approach of the study
Dopp et al (2020)[24], Brazil	Face-to-face training 24 hours: 3 months with 12 weekly meetings and 2 hours per meeting	UNRS	[1]Researchers [2]CHWs (n=26)	-	Body practices as a strategy to promote active habits in adolescence	The proposal was based on the National Policy for Permanent Education in Health and the Geração Movimento Program, awarded by the United Nations Development Program

Legend: *(n=30 intervention group; n=35 control group); **(n=22 intervention group; n=20 control group); ***(n=8 intervention group; n=7 control group); CHWs - Community Health Workers; PHC - Primary Health Care; NRCT – Non-Randomised Controlled Trial; UNRS - Uncontrolled and Non-Randomized Study; RCT – Randomized Control Trial.

Of the seven studies, four assessed the professionals' perception of knowledge after training, others seek to identify the autonomy for behavior change generated to health users after professional training and analyze health variables such as BMI, blood pressure and biochemical variables. In Malta et al. (2016) and Baldeón et al. (2018) were showed comparisons between health users who received advice from trained professionals versus those who were not trained and found positive effects on the increase in the promotion of PA/food counseling and improvement in some health variables (Table 3).

Table 3. Main results of training promoted for PHC health professionals (Researches, n = 7).

References	Main results evaluated	Results
	Study with analysis of quantitative data	
Florindo et al (2014)[18]	1.Compared the knowledge of the CHW in the pre and post training period and with the control group.	1.Scoring for accessing information about PA (Pre 8.1 x Post 9.3)*; Score for knowledge about the benefits of PA (Pre 9.3 x Post 9.7)*.
	Study with analysis of qualitative data	
Sá et al (2016)[19]	1.Limits and potential were identified in the PA education course in the Family Health Strategy.	1.Information on work organization and education at work was collected; relationship of professionals with PA; professionals point of view on the health-disease process and on counseling; lack of care for health professionals; and evaluation of the key elements of the pedagogical strategy.
	Study with analysis of quantitative data	

Malta et al (2016)[20]	1. Compared the knowledge of the HP pre and post training and with the control group; 2. Compared pregnant woman who composed the intervention group (received counseling by trained HP) x control group (attended by untrained HP).	1.Physical knowledge score on walking at leisure in the Intervention group (Pre 3.8 x Post 7.3)* and Control group (Pre 3.6 x Post 3.9); Scores for knowledge of the HP about healthy eating in the Intervention group (Pre 3.6 x Post 3.9) and Control group (Pre 3.4 x Post 3.6); 2.Percentage of pregnant women who received counseling by the intervention group (trained HP) versus the control group on the themes: walking at leisure (50.7% and 19.1%)* and healthy eating (58.6 and 33.3%)*.
Nascimento et al (2017)[21]	1.Compared support for the autonomy that health users received from CHWs before and after 6 months; 2.Compared eating habits, exercise and adherence to medication before and after 6 months of health users; 3.Compared blood pressure, cholesterol and triglycerides of health users pre and post 6 months.	1.My CHW understood my point of view about my diabetes (19% increase)*. My CHW expressed confidence in my ability to make decisions about my diabetes (24% increase)*. My CHW understood how I want to take care of my diabetes (21% increase)*. My CHW encouraged me to ask questions about my diabetes (18% increase)*. 2.Number of servings of fruits/vegetables per day (increased by 12 points)*; Number of days with five or more fruits/vegetables (increased by 27 points)*; Number of days that were performed 30 min of exercise (increased 18 points)* and Adherence to diabetes medications (improvement of 0.58 points)*. 3.Reduction of LDL cholesterol of 16.1mg/dl*; TG reduction of 38.7 mg/dl*; No differences in BP and HDL cholesterol.
Study with analysis of qualitative data		
Florindo et al (2018)[22]	1.To assess the perception of the HP about the training received.	1.Positive points: Physical activity associated with quality of life and well-being; disease prevention and health improvement; treatment and rehabilitation of diseases and risk factors; physical activity in the aging process; focus on promoting physical activity, other topics such as healthy eating, physical activity counseling skills; physical activity directed at recreation centers; physical activity for social support; physical activity for self-esteem; physical activity for self-care. Points for improvement: Very good training and no changes required; include physical activity sessions for health professionals; link between counseling with the public and facilities for physical activity; include teaching materials on CD-ROM and films; other physical activities such as dancing to improve adherence; physical activity for different ages and physical activity for different diseases.
Study with analysis of quantitative data		
Bandeón et al (2018)[23]	1.To assess the medical attitude to deliver counseling on physical activity, nutrition and medication before and after training; 2.Compared the perception of health users in the intervention group (received advice from trained professionals) versus the control group (usual care); 3.The anthropometric, blood pressure and biochemical parameters of the intervention group (received advice from trained professionals) and the control group (usual care) were compared before and after 6 months.	1.Positive reduction of 3.5 points*; 2.Advice: discussed the beginning or continuation of the exercise (difference of 19.4% for the intervention group)*; made an agreement with the patient about changes or specific dietary goals (difference of 11.1% for the intervention group)*; he prescribed cholesterol-lowering medication (difference of 17.6% for the intervention group)*. 3.Intervention group: BMI reduction of 0.77 Kg/m²*; LDL cholesterol reduction of 14.21mg/dl*; No differences in BP; No differences in HDL cholesterol; No differences in TG. Control Group: BMI reduction of 0.36 Kg/m²; LDL cholesterol reduction of 6.98mg/dl*; Systolic BP reduction of 4.64mmHg*; No differences in HDL cholesterol; No differences in TG.
Study with analysis of qualitative data		
Dopp et al (2020)[24]	1.Presented the products generated by the training (eg. number of projects produced by the CHWs).	1.Thirteen intervention projects were created, serving children and adolescents, highlighting the potential of the applied action, based on an expanded approach to PA for health promotion in communities.

Legend: PA – Physical Activity; CHWs - Community Health Workers; HP - Health Professionals; PHC - Primary Health Care; BMI - Body Mass Index; TG – Triglycerides; BP - Blood Pressure; *- $p \leq 0,05$.

Description RE-AIM

According to Table 4, it is possible to verify that, on average, 44% of the dominion "reach" and "implementation" indicators were described in the publications, followed by the organizational level of "adoption" (33%), individual level of "adoption" (27%)

"effectiveness/efficiency" (27%), individual level of "maintenance" (24%) and organizational level of "maintenance" (0%).

It was also observed that more than 86% of the articles cited the items: "description of the target population", "demographic and behavioral information of the target population", "target population identification method", "number of eligible individuals invited to be recruited", "sample size" (reach domain), "primary results report" and "report by moderators" (efficacy/effectiveness domain) and more than 71% of the articles mentioned "theories/principles used", "number of intervention contacts", "contacts period" and "duration of contacts" (implementation domain).

Table 4. Proportion reported of the dimensions RE-AIM (Researches, n = 7).

Dimensions of RE-AIM	Proportion of reported (%)
Reach	
Description of the target population	86
Demographic and behavioral information of the target population	86
Target population identification method	86
Recruitment strategies	28
Inclusion criteria	14
Exclusion criteria	0
Number of eligible individuals invited to be recruited	86
Sample size	86
Participation fee	0
Recruitment cost	0
Use of qualitative methods to measure reach	14
Mean	**44**
Efficacy/Effectiveness	
Primary results report	100
Reporting by mediators	0
Report by moderators	86
Treatment intent or present in the follow-up	14
Quality of life measures	0
Measured unintended (negative) consequences on results	0
Percentage of dropouts at the completion of the program	0
Cost-effectiveness	0
Use of qualitative methods to assess efficacy/effectiveness	43
Mean	**27**
Adoption	
Organizational level	
Number of eligible and invited (exposed)	100
Number of participants	100
Participation fee	0
Description of the target location	14
Criteria for inclusion/exclusion of scenarios	14
Description of the intervention site	0
Scenario identification method	0
Mean	**33**
Individual level	100
Number of eligible and invited (exposed)	100
Total participants who agreed to participate	0
Participation fee	0

Method of identifying program helpers	0
Level of knowledge of helpers	0
Inclusion/exclusion criteria for recruitment of helpers	0
Adoption cost measures	0
Mean	**27**
Implementation	
Theories/Principles used	100
Number of intervention contacts	100
Contacts period	71
Duration of contacts	71
Extent to which the protocol was executed as expected	0
Consistency in implementation between scenarios and enforcement agents	0
Attendance/completion rates of participants	43
Cost measures	0
Use of qualitative methods to measure implementation	14
Mean among of the components implementation	**44**
Maintenance	
Individual Level	
Assessment of individual behavior after completion of the intervention	43
Abandonments	14
Use of qualitative methods to measure individual maintenance	14
Mean	**24**
Organizational level	
Alignment report with the organization's mission	0
Is the program still running?	0
If not: reasons for discontinuity	-
If yes: has the program been modified?	0
Has the program been institutionalized?	0
Wear	0
Mean	**0**

The average score of most papers analyzed using PRECIS received 3 points (equally pragmatic/explanatory). The “eligibility” and “flexibility (adherence)” domains had more pragmatic scores. The first indicates that the participants are similar to those who attend a routine of usual care and the second domain is related to the type of recruitment, in this case, no more than the usual encouragement to adhere to the intervention, eg. how they are treated of healthcare settings, many of the patients need to attend the spaces periodically to perform primary treatments. The “primary outcome” and “primary analysis” domains had less pragmatic scores. The first indicates that the results are usually significant to the participants, being an experience that might not be available in the usual treatment, while the second domain obtained less pragmatic scores for avoiding intention-to-treat analysis (Table 5).

Table 5. PRECIS scores (Researches, n = 7).

	PRECIS score									
References	Eligibility	Recruitment	Setting	Organization	Flexibility (delivery)	Flexibility (adherence)	Follow-up	Primary outcome	Primary analysis	**Mean**
Florindo et al (2014)[18]	3	3	3	3	3	4	3	2	3	**3**
Sá et al (2016)[19]	4	4	3	3	4	4	4	3	4	**4**
Malta et al (2016)[20]	4	3	3	3	2	3	2	3	2	**3**
Nascimento et al (2017)[21]	2	3	3	3	4	3	2	2	2	**3**
Florindo et al (2018)[22]	3	3	4	3	2	4	4	2	2	**3**
Bandeón et al (2018)[23]	3	3	3	3	3	3	3	2	2	**3**
Dopp et al (2020)[24]	4	4	4	3	3	3	4	4	4	**4**

Discussion

This scope review aimed to summarize the methodological characteristics of educational interventions on the PA content offered to health professionals working in PHC in Latin America and to describe the degree of compliance reported by studies on their internal and external validity.

Based on data from seven original studies, distinct methodological characteristics were observed between the studies, however, five interventions focused on training PHC professionals to advise PA to people with chronic diseases. The description of the articles suggested low internal and external validity by the RE-AIM model and the PRECIS tool indicated that interventions are on a more pragmatic path.

Seven studies were found that adequately answered the inclusion criteria and composed the descriptive synthesis. It should be noted that, even covering Latin America, six of seven (85.8%) included studies were conducted in Brazil, in cities in the state of São Paulo, which suggests the need for research in different Latin American countries, involving multidisciplinary health professionals in the context of PHC.

Regarding the objectives of the included studies, all interventions focused on training professionals to develop techniques/contents of counseling for PA and, in tree of the seven studies (42.9%) the objectives were also associated with healthy eating and the use of medications.

From a methodological point of view, the intervention period ranged from three to fifty-four hours, lasting from three weeks to six months of intervention, and six studies took place in person and one remotely. All surveys referenced one or more theoretical constructs, citing the transtheoretical model, ecological model, behavior change techniques, government guides and documents. About the experiments, only the work developed in Quito-Ecuador[23] applied randomization in health centers. This methodological variation was also identified in the systematic review that sought to survey studies that trained health professionals to promote PA in neurological populations[25]. In both reviews, the trained professional and the final target audience of the studies were different, which may have favored heterogeneous methodological conditions.

The professionals who received the most training were the CHA, followed by physicians and nursing professionals. This fact is justified because most studies are carried out in the Brazilian health system, where the CHA has been inserted since 1991, with the function of carrying out the reception and home visits to health users[26] and, more prevalent in PHC. The target audience for professional performance after training was represented by adults, pregnant women, diabetics, people at cardiovascular risk, and the study by Dopp et al.[24] aimed at actions to influence the PA of adolescents.

Evidencing the reason for working with these populations, a survey identified that women, adults and patients with chronic diseases are the most frequent population in the

Brazilian PHC space[27], which corroborates the focus of educational actions offered to health professionals, because of the seven studies, six took place in Brazil.

However, the concern of the study by Dopp et al[24] with younger populations is relevant, since this population is not very present in the PHC environment, directly impacting their health habits. There are recommendations and evidence of the benefits of PA practice for the health of this age group, with chances of the behavior becoming a habit in adult life[28-30]. In addition to this action, the one developed by Malta et al.[20] with pregnant women, were the only ones aligned with prevention, unlike other training courses that adopted populations with pre-existing diseases as their target audience.

Regarding the observed outcomes, it was found that five of the seven studies (71.4%) valuated the knowledge acquired by professionals after training and three of these interventions were analyzed quantitatively and presented positive and significant results to the end of the research, as observed in systematic review of four interventions that trained health professionals to provide PA counseling in PHC residency programs, with a focus on obesity and healthy lifestyle[31]. Although the reviews present heterogeneous methodologies, positive results on the content learned can be identified, even though the practical application and its consequences is a gap to be filled in the long term.

The studies by Malta et al.[20] and Baldeón et al.[23] were concerned with comparing the results of health users who received counseling from trained professionals versus non-trained ones and identified a positive increase in the prevalence of PA counseling and healthy eating among users assisted by trained professionals. However, Baldeón et al.[23] compared some health variables after six months and found that both groups of health users showed a reduction in BMI and LDL cholesterol, while the control group showed a reduction in systolic pressure. On the other hand, the study by Nascimento et al.[21], despite

not having a control group, found an increase in the consumption of vegetables, fruits, days with at least 30 minutes of PA and adherence to diabetes medication, in addition to a reduction in cholesterol and triglycerides in health users after six months.

The results both from the point of view of knowledge of professionals and the benefits received by health users are promising, since there is great methodological variety of interventions, as well as content. However, no study combined quantitative and qualitative data, which could favor the reproduction of interventions in different contexts. Still, the evaluation time of health users provided by the articles was of short duration (up to 6 months), since the incorporation of behavioral strategies and their real effects take time.

As presented by Orrow et al.[32] in a systematic review and meta-analysis of studies of brief counseling applied by health professionals in the context of PHC, modest benefits were evidenced after 12 months of the intervention on the behavior of PA. Also, in line with the aforementioned studies, a review and meta-analysis by the US Preventive Services Task Force on healthy eating and PA counseling in the context of PHC identified a small number of studies that reported health variables and follow-up analyses at long-term, in users at risk for cardiovascular disease[5].

Regarding the objective of evaluating the internal and external validity by the RE-AIM instrument, it was found that the dimensions that had the most items cited by the interventions were “reach” (44%) and “implementation” (44%). The first is usually the most cited by RE-AIM studies and the second domain was evidenced because all the studies in this review describe the "theories/principles used" and the "number of contacts in the intervention", in addition to the majority showing the “period of contacts” and “duration of contacts”. Unlike Konrad et al.[33] who, when reviewing behavior change programs for PA and healthy eating with the adult population, identified that only a third

of the studies surveyed cited the theoretical framework, suggesting a gap, as there is a great need for these interventions, as well as this review, in clarifying their guiding parameters for future reproduction. Still, the authors carried out the evaluation of the works using the RE-AIM instrument and the implementation domain corresponded to an average value of 17% and Silva et al.[34] found an average of 35% when using the RE-AIM model to analyze PA intervention programs in Brazilian schools.

The central elements of an intervention are described in "implementation", that is, studies that mention several items in this domain favor the development of a new intervention or its adaptation[16]. In addition to the domains at the individual level, the RE-AIM model addresses issues at the organizational level by "adoption" and "maintenance", in which the success of the latter is related to the former, as the more institutions and partners are affiliated to the program, the chances of continuity increase.

However, although some studies in this review describe aspects of the maintenance domain at the "individual level", reports were not observed at the "organizational level", being a recurrent condition in interventions or presenting low frequencies[35,34,33]. Overall, of the 52 RE-AIM items analyzed, five were cited by all articles and eight by almost all, which characterizes the description of the studies in a condition of low internal and external validity.

Still on the validity of the studies, from the PRECIS tool it was observed that the majority had an average score of three, "neither pragmatic nor exploratory" and two studies of qualitative methodology were classified as "very pragmatic"[19,24]. However, beyond the average, it was observed that the research scores in different domains moved towards a more "pragmatic" condition.

The domains "primary analysis" and "primary results" were more exploratory in quantitative studies and when compared to other domains. The first says about how the

analysis is relevant to the research objective and, the second, a more exploratory analysis is linked to participants who performed all stages of the intervention, excluding the ineligible, since the more pragmatic score is associated with the analysis of intention to treat. In this sense, because this review analyzes the content for health professionals about the content of PA and because it is a small number of professionals, often allocated in one or two health centers (in the case of a control group), there is a more controlled situation in terms of participation, which favors more positive scores.

Unlike the item “flexibility - adherence” with more “pragmatic” descriptions, implying that the encouragement of adherence to interventions was not very different from usual care, as opposed to an approach with criteria for adherence and measures to improve it. The “organization” domain, on the other hand, indicated that it was neither pragmatic nor exploratory. The item is about verifying how the resources, experiences of the provider and their organization are different from the usual care and, as it is very similar to the daily routine, it is defined as “very pragmatic”.

However, the studies included in this literature review sought to train health professionals for PA counseling in PHC, which increases the score for the domain, but not to the point of becoming "very exploratory", as the interventions did not require an increase in the number of staff, resources and experience beyond the usual to participate in the survey.

Interventions in community contexts, which mimic the real world, such as those raised in this review, tend to be more pragmatic in that they preserve internal validity and maximize external validity, in order to avoid changes in routine care processes, as opposed to exploratory interventions, which favor internal validity to demonstrate that the intervention is the cause of the results[36]. Furthermore, pragmatic interventions can be

more reproducible due to the proposed study design. However, it is worth considering that they are less effective[37].

Limitations

Most studies were carried out in Brazil, restricted to a single Brazilian state and the heterogeneity of methodologies prevents comparisons of their effects. On the other hand, this variety helps health systems, but there is still a vast field to be explored by the different countries of Latin America, with the possibility of developing new training protocols for PHC Professionals on the content of PA and, verifying, also, its practical implications in the community context.

Conclusion

Based on data from seven original studies, distinct methodological characteristics were observed, however, five studies trained PHC professionals to guide people with chronic diseases about PA content. The description of the articles suggested low internal and external validity by the RE-AIM model. The PRECIS tool indicated that the interventions follow a more pragmatic path, due to their insertion in less controlled environments, such as the PHC space. Based on the scarcity of studies found in this review, interventions are suggested that analyze the effects of long-term professional training, in different contexts of PHC in Latin America, considering different populations and based on the logic of health promotion.

References

1. 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. 2012; 380 (9838): 219–29.

2. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. The Lancet. 2016; 388 (10051): 1311–24.

3. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospectsThe Lancet. 2012; 380 (9838): 247–57.

4. Evidence | Physical activity: brief advice for adults in primary care | Guidance | NICE. 2016. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph44/evidence>.

5. Lin JS, O'Connor EA, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons With Cardiovascular Risk Factors: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014. Report No.: 13-05179-EF-1. PMID: 25232633.

6. Patnode CD, Evans CV, Senger CA, Redmond N, Lin JS. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017 Jul. Report No.: 15-05222-EF-1. PMID: 29364620.

7. Lion A, Vuillemin A, Thornton JS, Theisen D, Stranges S, Ward M. Physical activity promotion in primary care: a Utopian quest? Health Promot Int. 2019; 34: 877–86.

8. Huijg JM, Gebhardt WA, Verheijden MW, Zouwe N, Vries JD, Middelkoop BJC, et al. Factors influencing primary health care professionals' physical activity promotion behaviors: a systematic review. IntJ Behav Med. 2015; 22 (1): 32–50.

9. 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. 2013; 13: 794.

10. Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. Br J Sports Med. 2012; 46: 625–31.

11. Coombes JS, Williams A, Radford J. Training health professionals to provide physical activity counselling. Progress in Cardiovascular Diseases. 2021; 64: 72–6.

12. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al., editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. 2nd Edition. Chichester (UK): John Wiley & Sons, 2019.

13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021; 372: 71.

14. Tricco, AC, Lillie, E, Zarin, W, O'Brien, KK, Colquhoun, H, Levac, D, Moher, D, Peters, MD, Horsley, T, Weeks, L, Hempel, S et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018, 169 (7): 467-73.

15. Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RSA. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. ACP Journal Club. 1995; 123 (3): A12.

16. Almeida FA, Brito FA, Estabrooks PA. Modelo REAIM: tradução e adaptação cultural para o Brasil. Rev Fam Ciclos Vida E Saúde No Contexto Soc. 2013; 1 (1).

17. Loudon K, Treweek S, Sullivan F, Donnan P, Thorpe KE, Zwarenstein M. The PRECIS-2 tool: designing trials that are fit for purpose. BMJ. 2015; 350: h2147.

18. Florindo AA, Costa EF, Sa TH, dos Santos TI, Velardi M, Andrade DR. Physical activity promotion in primary health care in brazil: a counseling model applied to community health workers. Journal of Physical Activity and Health. 2014; 11 (8): 1531–9.

19. Sá TH de, Velardi M, Florindo AA. Limites e potencialidades da educação dos trabalhadores de saúde da família para promoção da atividade física: uma pesquisa participativa. Rev bras educ fís esporte. 2016; 30 (2): 417–26.

20. Malta MB, Carvalhaes MA de BL, Takito MY, Tonete VLP, Barros AJD, Parada CMG de L, et al. Educational intervention regarding diet and physical activity for pregnant women: changes in knowledge and practices among health professionals. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16 (1): 175.

21. Nascimento TMR, Resnicow K, Nery M, Brentani A, Kaselitz E, Agrawal P, et al. A pilot study of a Community Health Agent-led type 2 diabetes self-management program using Motivational Interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil. BMC Health Serv Res. 2017; 17 (1): 32.

22. Florindo AA, Andrade DR, Guerra PH, Mota J, Crone D, Mafra ACCN, et al. Physical activity promotion by health practitioners: a distance-learning training component to improve knowledge and counseling. Prim Health Care Res Dev. 2018; 19 (2): 140–50.

23. Baldeón ME, Fornasini M, Flores N, Merriam PA, Rosal M, Zevallos JC, et al. Impact of training primary care physicians in behavioral counseling to reduce cardiovascular disease risk factors in Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42: e139.

24. Dopp EV, Nascimento WG, Nakamura PM. Promoção de atividade física na adolescência por meio de ações com agentes comunitários de saúde. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2020; 25: 1–6.

25. Donkers SJ, Chan K, Milosavljevic S, Pakosh M, Musselman KE. Informing the training of health care professionals to implement behavior change strategies for physical activity promotion in neurorehabilitation: a systematic review. Transl Behav Med. 2020; 10 (1): 310–23.

26. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). 2012. Available: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/agente-comunitario-de-saude>.

27. Guibu IA, Moraes JCD, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F de A, Costa KS, et al. Principais características dos usuários de serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017; 51.

28. Brasil. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. 2021; Ministério da Saúde. 2021. Available: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf>.

29. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Helth Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020; 54 (24): 1451-62.

30. Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR, Wells JCK. Adolescent physical activity and health: a systematic review. Sports Med. 2006; 36 (12): 1019–30.

31. Wattanapisit A, Tuangratananon T, Thanamee S. Physical activity counseling in primary care and family medicine residency training: a systematic review. BMC Medical Education. 2018; 18 (1): 159.

32. Orrow G, Kinmonth A-L, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2012; 344: 1389-89.

33. Konrad L, Tomicki C, Silva M, Almeida F, Benedetti T. Avaliação de programas de mudança de comportamento usando uma ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2018; 22 (5): 439–49.

34. Silva JA da, Gonçalves EC de A, Silva DAS, Silva KS. Programas de intervenção para atividade física nas escolas brasileiras: revisão com base no modelo RE-AIM. Ciênc saúde coletiva. 2019; 24 (9): 3443–56.

35. Squarcini CFR, Rocha SV, Munaro HLR, Benedetti TRB, Almeida FA. Programas de atividade física para idosos: avaliação da produção científica brasileira utilizando o modelo RE-AIM. Rev bras geriatr gerontol. 2015; 18: 909–20.

36. Sepehrvand N, Alemayehu W, Das D, Gupta AK, Gouda P, Ghimire A, et al. Trends in the explanatory or pragmatic nature of cardiovascular clinical trials over 2 decades. JAMA Cardiol. 2019; 4 (11): 1122–8.

37. Luoma KA, Leavitt IM, Marrs JC, Nederveld AL, Regensteiner JG, Dunn AL, et al. How can clinical practices pragmatically increase physical activity for patients with type 2 diabetes? A systematic review. Transl Behav Med. 2017; 7 (4): 751–72.

12. Capítulo 4. Percepções de profissionais da saúde sobre uma capacitação de promoção da atividade física desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde: relato de experiência

Perceptions of health professionals about training to promote physical activity developed in Basic Health Units: experience report

Perceptions of health professionals

Resumo

Introdução: A inatividade física representa um desafio global de saúde pública, demandando abordagens diversas para enfrentamento. O setor saúde surge como um aliado estratégico, capaz de desempenhar um papel crucial na mitigação dessa condição. Entre as ações, está a capacitação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento da temática. No Brasil, ainda não há formações oficiais de promoção de atividade física direcionada às equipes de profissionais da saúde e, consequentemente, desconhece-se os seus desdobramentos. Portanto, foram objetivos deste estudo, produzir uma capacitação de promoção à atividade física e treinar equipes de profissionais da saúde para tal ação e, a partir disso, relatar e avaliar as percepções desses profissionais sobre a participação na capacitação e verificar se há congruência entre o conteúdo ofertado nas diferentes UBS com os pressupostos da teoria da autodeterminação. **Metodologia:** Trata-se de um estudo relato de experiência, de característica quali-quanti, que analisou e descreveu as percepções de profissionais de saúde sobre a participação em uma breve capacitação de três encontros, sendo um por mês, totalizando três meses, com média de 4h30h de duração. Foram capacitadas três UBS por conveniência e de maneira subsequente, sendo sorteados de 5 a 6 profissionais de diferentes categorias profissionais, como: médico, enfermeiro, técnicos em enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde para participarem de um grupo focal após a capacitação com duração de 35-45 min. Também foram aplicadas perguntas fechadas em uma escala *likert* de 1 a 7 pts., para avaliar o conteúdo ofertado e o apoio à autonomia oferecido pelo capacitador. Os discursos foram analisados por leitura e releitura e posteriormente estabelecidas categorias. Para os dados quantitativos foram realizadas médias e desvio padrão. Os dados foram organizados e analisados via planilha do Excel e dispostos em quadros e tabelas. **Resultados:** Foram identificadas quatro categorias, sendo elas: (1) evitar estímulos a prática de atividade física por obrigação; (2) buscar acolher/estabelecer vínculo com as pessoas para incentivar a prática de atividade física; (3) o pouco tempo de atividade física conta e é uma possibilidade para se manter ativo e (4) o curso forneceu incentivo pessoal e/ou profissional sobre atividade física. Ainda, as perguntas fechadas indicaram que os profissionais de saúde receberam informações novas, relevantes e que possuem interesse em utilizar as informações nos próximos meses e aprender mais em um momento futuro. Por fim, os profissionais sentiram que foram apoiados de maneira autônoma pela capacitadora durante o processo de formação. **Considerações Finais:** De modo geral, é possível recomendar este tipo de capacitação breve, pois apresentou avaliação positiva pelos profissionais de saúde para promoção de atividade física aos

usuários dos serviços de saúde, apresentando congruência entre as diferentes UBS e com os pressupostos da teoria da autodeterminação.

Palavras-chave: Exercício Físico, Aconselhamento, Trabalhadores da Saúde e Motivação.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), que tem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) o principal expoente, é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde brasileiro, instituído em 1990. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2019), as UBS são o espaço de saúde mais frequentemente procurado pela população. Atualmente, cerca de 50 mil estabelecimentos estão alocados pelos estados brasileiros, tanto em estruturas fixas, móveis ou fluviais, estando entre os objetivos, a promoção de saúde e a prevenção de doenças (Brasil, 2022).

Em apoio ao fortalecimento das demandas de cuidado em saúde da APS, surge em 1994 o Programa Saúde da Família, posteriormente definido como Estratégia Saúde da Família, sendo uma das maiores políticas públicas de saúde após a criação do SUS, conhecida por desempenhar a função ordenadora da APS brasileira e conduzida por uma equipe multiprofissional (Brasil, 2000; Pinto e Giovanella, 2018).

As UBS que possuem a Estratégia de Saúde da Família são compostas por uma equipe multiprofissional em que atuam trabalhadores das seguintes profissões: 1 médico (a), 1 enfermeiro (a), 2 técnicos em enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e até 12 agentes comunitários de saúde (em média 6 a 8). Essa equipe é responsável pelas ações de cuidado em saúde no território em que atua, podendo abranger até 4 mil pessoas, de modo a contribuir para o cuidado da família e comunidade, e não unicamente do indivíduo e da doença (Brasil, 2012; Carmo et al., 2023). As ações realizadas são diversas, desde o atendimento médico, exames preventivos, fornecimento de insumos, curativos, aferição de pressão, vacinação, visitas domiciliares, grupos de práticas corporais e

atividades físicas, ações coletivas educativas e aconselhamentos breves em saúde, por exemplo.

O desenvolvimento dessas ações é permeado pelo processo de educação permanente em saúde, de modo que se preconiza o aprendizado articulado a prática diária, favorecendo o estudo e discussão dos casos de maneira coletiva e transversal, de modo que nenhum conhecimento (ou expertise) seja considerado superior dentro da equipe, mas junções e valorização dos saberes (PNEPS, 2018). Contudo, diante de determinadas demandas é esperado que esses profissionais recebam atualizações técnicas pela gestão municipal, estadual ou federal de saúde (decorrente a organização tripartite do SUS), por meio de capacitações, a fim de que sejam fortalecidos os conhecimentos técnico-científicos, administradas crises sanitárias, realizadas inserções de protocolos, tecnologias, entre outras necessidades que possam carecer de especialistas para orientar decisões baseadas em novas evidências e/ou atualizações, sendo uma ação característica da educação continuada. Sabe-se que o desenvolvimento profissional contínuo, por meio da educação continuada, é essencial para o aprimoramento profissional, a manutenção da qualidade e a segurança dos usuários do serviço de saúde (Tjin et al., 2018).

Por esse prisma, há diversas pautas de saúde pública que merecem atenção dos gestores de saúde para o fornecimento de capacitações sobre "o quê e como fazer?" em determinadas situações, visto que demandas (conteúdos) diversificadas são inerentes ao processo de trabalho em UBS, exigindo celeridade na tomada de decisão durante a prática diária. A exemplo da inatividade física, que afeta social, sanitária, ambiental e economicamente a vida das pessoas e dos sistemas de saúde (Who, 2018; Santos et al. 2023, Guthold et al. 2018; Vigitel, 2022), estando a pauta integralmente relacionada aos objetivos das UBS e incentivada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (2017), que preconiza ações de divulgação à comunidade, aconselhamentos e capacitações

profissionais. Além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda fortemente ações de enfrentamento da inatividade física pelo setor saúde e sugere qualificação profissional como uma das ações, visto a sua capacidade de abrangência populacional (Who, 2018).

No Brasil, ainda não há protocolos e capacitações por órgãos oficiais aos profissionais de saúde da APS para promoção de atividade física à comunidade. Nesse segmento, a preparação dessas capacitações sobre atividade física deve ser permeada por conhecimentos científicos vigentes, mas que evitem unicamente conteúdos que reproduzam conceitos, dados epidemiológicos e metas que não sejam transferíveis as pessoas em maior vulnerabilidade, à exemplo de aconselhamentos baseados unicamente em tempo e frequência (Netherway, Smith, Monforte, 2021; Hollman et al. 2022).

Dessa maneira, buscando apoio em conhecimentos vigentes sobre a melhor abordagem para construir uma capacitação que auxilie os profissionais de saúde a promoverem atividade física por meio de ações e aconselhamento breve, foi utilizada a teoria da autodeterminação, no qual estuda as motivações controladas e autônomas e sua relação com as necessidades psicológicas básicas de autonomia, competência e relacionamento (Ryan e Deci, 2000; Ryan e Deci, 2017).

A partir de tal perspectiva foi desenvolvida uma capacitação que buscou atender tais pressupostos, considerando as preferências e necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Portanto, foram objetivos deste estudo, produzir uma capacitação de promoção à atividade física e treinar equipes de profissionais da saúde para tal ação e, a partir disso, relatar e avaliar as percepções desses profissionais sobre a participação na capacitação e verificar se há congruência entre o conteúdo ofertado nas diferentes UBS com os pressupostos da teoria da autodeterminação. Nesse sentido, espera-se que o formador

tenha transmitido a capacitação profissional em consonância com o referencial teórico escolhido.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência que usou técnicas mistas (qualitativas e quantitativas) para coleta e análise dos dados, a partir das orientações do *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (Tong, Sainsbury, Craig, 2007; O'Brien et al. 2014). A presente pesquisa originou-se por meio de uma intervenção de capacitação para promoção da atividade física, no qual foi conduzida entre maio de 2021 e janeiro de 2022. A intervenção foi direcionada às equipes de profissionais da saúde vinculadas a três UBS, compostas pela Estratégia Saúde da Família, de uma cidade de médio porte do estado de São Paulo, Brasil.

As UBS foram escolhidas por conveniência devido ao período de pandemia e por nunca terem recebido capacitação sobre promoção da atividade física. Como critério de inclusão deste estudo, considerou-se, preferencialmente, aquele profissional que pôde participar em todos os encontros oferecidos pela formação.

A capacitação ocorreu durante três meses em cada UBS, uma vez ao mês, às sextas-feiras à tarde e presencialmente, a partir do fechamento do estabelecimento de saúde, de maneira subsequente entre as UBS, ou seja, ao terminar a intervenção em uma unidade, seguia-se para a próxima, até concluir a capacitação nas três UBS, com duração total de nove meses. A sequência seguiu a ordem de preferência da coordenação da UBS, respeitando-se a demanda local. A frequência e duração da capacitação foi planejada de acordo com a realidade local do sistema de saúde e considerando minimamente um período de encontros para que pudesse ser fortalecido o vínculo entre profissionais de

saúde e o formador. Ao todo, a capacitação presencial apresentou tempo médio de 4h30 min.

A respeito da construção da capacitação, ela foi planejada e orientada pela teoria da autodeterminação, que lida com as necessidades psicológicas básicas de autonomia, competência e relacionamento, que caso sejam favorecidas individual ou conjuntamente em contextos de saúde, podem contribuir para uma motivação mais autônoma para a prática de atividade física (Teixeira et al. 2020, Guedes e Mota, 2016), que está relacionada à liberdade de decisão e ao prazer que a atividade pode oferecer, conjuntamente com as recomendações da Política Nacional de Promoção da Saúde brasileira. Ainda, foram agregados ao conteúdo da capacitação, aspectos de vigilância da atividade física (Vigitel, 2022), recomendações de saúde pública (Bull, et al. 2020, Brasil, 2021; Brasil, 2021), políticas públicas vigentes (Brasil, 2019) e a importância do setor saúde para se promover atividade física (Ispah, 2021), por exemplo (Quadro 1).

As metodologias utilizadas durante os encontros estavam relacionadas ao desenvolvimento de atividades coletivas, apresentações, discussões sobre a temática central, casos e brincadeiras ativas para memorização de conteúdo. Além disso, após a capacitação foi oferecido um fluxograma para o apoio de ações e aconselhamento breve na prática profissional, um marca texto/régua com informações a respeito dos tipos de motivos/motivações para se praticar atividade física, juntamente com dicas de ações para se implementar motivações mais autônomas e, também, o material físico para apoio profissional (material suplementar/apêndice).

Quadro 1. Descrição do conteúdo da capacitação sobre promoção da atividade física.

Encontro 1:

1. Como está a sua prática de atividade física?
2. Discussão das seguintes frases: "Ser fisicamente ativo pode adicionar anos à vida e vida aos anos" (Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS) e "Fazer o que gosta ativamente pode adicionar vida aos anos e consequentemente anos à vida".
3. Vocês consideram a prática de atividade física importante?
4. O que vocês conhecem sobre as recomendações de atividade física?
5. Qual a sua opinião sobre as recomendações? Falar sobre elas aumenta a atividade física das pessoas?
6. Conhecendo os dados de vigilância da atividade física e as suas desigualdades.
7. Apresentação da Política Nacional de Promoção da Saúde e o que ela preconiza.
8. Apresentação do Programa Academia da Cidade e Programa Academia da Saúde: características principais e o seu funcionamento.
9. Reconhecendo que o setor saúde faz parte dos 8 investimentos que funcionam para promover atividade física.
10. Apresentando a estratégia do breve aconselhamento.
11. Diferenciando práticas corporais/atividades físicas de exercício físico.
12. Reconhecendo os domínios da atividade física.
13. Quais motivos te motivam a praticar atividade física?
14. Dinâmica da música: Explicando com músicas. Imagine que a atividade física é como a sua *playlist.* Você escolhe ouvir aquilo que não gosta ou você seleciona e muda de músicas conforme o seu interesse?
15. Apresentando o *continuum* da motivação - teoria da autodeterminação.
16. Conceituando as necessidades psicológicas básicas.
17. O que é autodeterminação?
18. Dinâmica das motivações. Exemplificando por histórias e vídeos a motivação controlada e autônoma.

Entre os momentos (mês), os profissionais receberam uma mensagem personalizada e que buscasse atender as necessidades psicológicas básicas, considerando o seu estágio de prontidão para a prática de atividade física.

Encontro 2:

1. Dinâmica da lembrança: Relembrando o conteúdo do mês anterior por meio de uma atividade denominada como "caça", em que foram espalhadas diversas perguntas pelas salas da UBS e conforme os grupos acertassem as respostas, eles pontuavam. Foram divididos 3 a 4 grupos para as atividades.
2. Após a dinâmica, foram respondidas e discutidas todas as perguntas.
3. Dinâmica de construção: A partir dos conceitos estabelecidos das necessidades psicológicas básicas, cada grupo ficou incumbido de pensar em estratégias no dia a dia profissional que ajudassem a fortalecê-las com os usuários dos serviços de saúde. Cada grupo recebeu uma cartolina e pôde discutir e estruturar as ideias. Na sequência, foram realizadas as apresentações.

Entre os momentos (mês), os profissionais receberam uma régua/marcador de texto indicando o *continuum* da motivação com orientações de ações para uma prática de atividade física mais prazerosa.

Encontro 3:

1. Dinâmica das necessidades psicológicas básicas: Os profissionais foram divididos em 3 grupos e cada grupo recebeu um saquinho com as 21 estratégias que podem favorecer as necessidades psicológicas básicas. Cada grupo deveria organizar as estratégias adequadamente dentro da sua respectiva categoria: autonomia, competência e relacionamento, no menor tempo possível. Após, foi discutido e organizado o conteúdo juntamente com a capacitadora.
2. Por fim, foram discutidos dez casos para treinar as possibilidades de ações e aconselhamento breve.

Posteriormente, os profissionais receberam um fluxograma com sugestões para o aconselhamento breve, juntamente com o material impresso resumindo o curso de promoção da atividade física (material suplementar/apêndice).

Para tanto, a fim de atender ao objetivo principal desta pesquisa foi realizado o grupo focal, no qual possui a característica de "captar, a partir de trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações" (Morgan e Krueger, 1993 apud Gatti, 2005, p 9). Para isso, o grupo foi realizado em cada UBS participante após o término da intervenção e conduzido pela pesquisadora principal que também foi a capacitadora em todos os momentos do curso. A proposta foi iniciada e conduzida a partir de uma pergunta central que buscou dialogar sobre as percepções atribuídas pelos profissionais de saúde em relação ao conteúdo ofertado na capacitação e a sua possível aplicabilidade durante a atuação profissional.

O grupo foi realizado após um mês da conclusão da formação (sendo previamente reservado o dia e horário com a equipe de saúde) em cada UBS de intervenção, com duração média de 35-45 min e composto por 5-6 profissionais de saúde de diferentes categorias, como: médicos, enfermeiros, dentista, auxiliar de saúde bucal, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo o quantitativo de cada categoria balanceado para atender a proposta. Para isso, foram convidados a participarem do grupo focal os que atendiam ao critério de inclusão e foi realizado o sorteio, quando necessário, das duas últimas categorias profissionais citadas anteriormente, visto que são as mais

prevalentes na atenção primária brasileira. Ainda, nenhum profissional selecionado se recusou a participar desse momento de pesquisa.

Adicionalmente, para contribuir no processo de avaliação da presente capacitação foram desenvolvidas e aplicadas quatro questões fechadas em uma escala *likert* de 1 a 7 pts. Também foi avaliado o apoio à autonomia oferecido pelo formador a seus alunos (profissionais de saúde) a partir de um questionário fechado oriundo da teoria da autodeterminação que avalia o Apoio à Autonomia oferecido pelo Professor (a), sendo utilizada a versão longa com 15 questões em escala de 1 a 7 pts., no qual o valor final foi calculado pela média das questões, sendo 7 a mais positiva e 1 negativa (LCQ, 2024). Os participantes responderam as questões de maneira anônima, a fim de garantir maior fidelidade às respostas.

Para análise dos dados, foram realizadas gravações dos grupos focais (diálogos) e, posteriormente transcritos indicando o locutor da mensagem (Ex. P1, P2 e etc.). O diálogo foi analisado considerando a metodologia de análise de conteúdo, sendo construídos quadros por UBS e apresentadas as expressões principais relatadas pelos profissionais e, então, organizadas quatro temáticas, a partir da leitura e releitura do conteúdo principal, que serão descritas na seção resultados. Também foram conduzidas análises descritivas, apresentando média e desvio padrão para as questões em escala *likert*. Os dados foram dispostos e analisados no *software Excel* e apresentados em quadros e tabela.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual Paulista (UNESP), com o seguinte número de protocolo: 3.911.148 e 5.239.077.

Resultados

Os quadros 2, 3 e 4 apresentam as percepções relatadas pelos profissionais de saúde que receberam a capacitação para promoção de atividade física. Após a leitura, foi possível descrever quatro temáticas centrais citadas em todas as UBS de treinamento, sendo elas: (a) Evitar estímulos a prática de atividade física por obrigação, (b) Buscar acolher/estabelecer vínculo com as pessoas para incentivar a prática de atividade física, (c) O pouco tempo de atividade física conta e é uma possibilidade para se manter ativo e (d) O curso forneceu incentivo pessoal e/ou profissional sobre atividade física. As temáticas também foram citadas de maneira similar (8-10 vezes) pelos discursos apresentados.

Quadro 2. Percepções dos profissionais de saúde sobre a capacitação para promoção de atividade física na atenção primária à saúde (UBS1, n= 5).

Expressões principais dos Profissionais
UBS 1: "...P1. Quando a gente vem com aquele pensamento de que tem que fazer uma atividade, que você cobra a pessoa, acho que não vira. A gente viu que não precisa ser dessa forma. A gente pode, principalmente, incentivar e elogiar. P2. Eu também achei. Você incentiva a pessoa, se a pessoa tem interesse eu acho que dá tudo certo. Sem cobrança é melhor, sem aquela obrigação. P3. Eu acho que é muito mais fácil do que você tentar obrigar ou impor. Até mostrando como você falou, não precisa ser uma academia, mas uma caminhada ou ao invés de ir de carro até a padaria, ir a pé. Fica muito mais fácil de você tentar começar assim, experimentar. P4. E o acolhimento também, né? É muito importante você convidar a pessoa para participar e fazer um bom acolhimento, porque se vem um dia para participar do exercício e não se enturma, não é bem acolhido, às vezes não volta. P5. Nós fazemos sempre o convite para que a pessoa venha participar, mas sem a obrigação de fazer e, sim, para conhecer. Mas se gostar, pode participar, se não, pode ficar olhando. No final a pessoa está participando, então é gratificante, gostoso. É preciso fazer um acolhimento, que a pessoa se sinta à vontade, para ela ter autonomia de chegar a praticar. P3. Eu achei legal, diferente, mas é bom. É mais fácil de falar usando toda essa coisa de "você está andando, está indo de lá para cá, é uma atividade física". P4. O conteúdo deu uma visão para a gente incentivar a praticar sem forçar. Então eu achei que foi legal. P5. É fazer uma reflexão, né? Não forçar a pessoa e fazer com que ela reflita se realmente aquilo é bom para ela ou não, sem forçar no caso. P3.Toda vez que você fica martelando naquilo que a pessoa não gosta, em vez de você aproximar ela de você, ela se afasta. Você não consegue trazer a pessoa para perto para ter essa troca de conversar, de se apresentar. Provavelmente ela nunca mais volte, dependendo do lugar...".

Quadro 3. Percepções dos profissionais de saúde sobre a capacitação para promoção de atividade física na atenção primária à saúde (UBS2, n= 5).

Expressões principais dos Profissionais
UBS 2: "...P6. Eu achei bem interessante, inclusive, já cheguei a usar com alguns pacientes em relação ao de fazer atividade física para melhorar a pressão arterial. P7. Eu acho que foi importante, porque antes a gente tinha aquela ideia de que tem que fazer 40-50 min de caminhada diária e no curso eu percebi que um pouquinho que for, cada dia já ajuda com o começo, que não precisa ser aquilo rotulado, aquele tempo. Você começa de pouquinho em pouquinho que você vai chegar num resultado. Essa parte eu gostei bastante, porque eu também tinha na minha cabeça que tinha que ser 1 hora de caminhada, tinha que seguir isso para funcionar, então essa parte aí eu achei que foi bacana. P8. Concordo com tudo que elas falaram. P9. Eu achei que quando lançou a dinâmica, de procurar, o pessoal se soltou mais, a dinâmica fez interagir melhor, acho que trouxe uma conexão melhor. Para mim foi bem positiva, muito boa essa parte do curso. Quando teve a interação, parece que eles tiveram assim mais vontade até de trabalhar em si com o conteúdo, do que só ouvir. Foi bem bacana a interação da atividade, eu achei que foi essencial, que faz muita diferença. O diálogo não agressivo, se eu for de uma forma muito agressiva, ela não vai nem querer voltar mais para mim por vergonha. Ela se sente intimidada. P7. Acho que para mim foi bem bacana, abriu a minha mente nessa questão de rotular (tempo). Isso daí era uma coisa que eu também não sabia e achei que foi bacana o curso. P9. Não sei se você reparou, mas em algum momento da dinâmica, ela (profissional) teve que ser motivada por algo para poder ir procurar. Então isso foi muito, muito bacana. Super importante. Até aquela questão da parte de como a gente pode abordar o nosso paciente com os exemplos de estudos de caso, porque cada um tem uma performance diferente, né? E quando você volta para discutir aquilo aí você vê, cada um (profissional) tem um olhar diferente sobre e é bacana porque quando traz isso no curso você pensa: "aí tem resposta certa?". Não, não tem, mas a gente pode tentar caminhar para uma linha diferenciada e tentar trazer aquele paciente, não afastar ele. Então isso é bacana, também. P8. É ter aquela visão de que cada um é diferente. Às vezes, o jeito que você fala com um não é o mesmo jeito que você pode falar com outro. Eu percebo essas coisas, o jeito que eu posso falar com um, o jeito que eu posso falar com outro, se eu falar desse jeito eu vou magoar, se eu falar desse jeito vai ser melhor. P10. É, às vezes você está falando assim, daí você fala "não-não", aí você dá uma volta, né?. P9c. Você tem que dar uma amenizada para chegar no ponto..."

Quadro 4. Percepções dos profissionais de saúde sobre a capacitação para promoção de atividade física na atenção primária à saúde (UBS3, n= 6).

Expressões principais dos Profissionais
UBS 3: "...P11. Eu achei que foi interessante, porque nós conseguimos ver as motivações para a pessoa conseguir ter uma vida mais saudável através dos exercícios físicos. É possível diversas formas para incentivar as pessoas a se movimentarem. P12. Para mim foi um incentivo para que eu corra atrás para poder organizar o grupo também para fazer alguma coisa, para pensar mais nos benefícios, porque tudo é movimento. P13. Eu não tinha muito interesse em perguntar (para o usuário) sobre atividade física, era uma coisa que passava batido em visita. A gente tem tantas coisas para perguntar, mas agora a gente dá ênfase. A gente pergunta, as vezes o paciente está com dor, a gente vê se ele está fazendo atividade, dá os encaminhamentos. Então a gente consegue orientar melhor o paciente. P14. Auxilia tanto na vida profissional, quanto na vida pessoal. P13. Eu acho que é assim, no meu ponto de vista eu não me importava de incentivar os outros a fazer um exercício, até mesmo eu. Então foi bom, porque agora a gente tem essa visão de convidar as pessoas a fazerem. P15. E acho que a partir do momento que a gente passa a fazer a abordagem e a orientar o usuário sobre atividade física, a gente traz isso pra gente, "nossa, eu estou orientando a fazer, mas eu estou fazendo? O que eu estou fazendo de atividade física?". A partir do momento que a gente está realizando uma atividade física ou que a gente já realizou, a gente consegue até a estimular os usuários de uma forma diferente, né? Então agregamos a nossa saúde e conseguimos passar uma orientação mais assertiva também para ele. E o curso para mim trouxe algumas abordagens, não muito diferente do que eu imaginava, mas que eu não fazia. Daí, no decorrer do curso, das discussões, dos estudos de caso que eu achei super pertinentes que você trouxe nos encontros a gente pôde refletir: olha, de acordo com essa característica, com esse contexto do usuário, eu posso utilizar esse outro tipo de abordagem, né? Foi bem bacana.

P11. É, eu achei que o conteúdo é assim, a gente já sabe da importância da atividade física, mas o conteúdo ajudou a melhorar a abordagem com as pessoas e, também, a valorizar, por exemplo, nem que seja o pouco, para depois a pessoa ser estimulada a fazer mais atividades. Então acho que isso também contribuiu. P15. Para mim, é válido. Eu não perguntava sobre o meio de transporte como normalmente a gente pergunta sobre algumas características. "Qual que é o seu meio de transporte para o trabalho? Você vai de carro ou de bicicleta, você vai a pé? De qual maneira que você vai?". Então são coisas que realmente a gente não pensava, eu pelo menos não estava habituada a fazer esse questionamento. P11. É aplicável, incentiva a adesão das pessoas ao exercício físico. Eu acho que esse conteúdo ajuda nessa abordagem com a pessoa. Assim como a "PX" (profissional) disse e igual nos estudos de caso, a gente abordar de uma forma que não obrigue a fazer o exercício físico. Valorizar o que a pessoa já faz, como meio de transporte. Algo nesse sentido. Então acho que é bastante aplicável assim. P16. O breve aconselhamento é uma novidade, né? Ninguém da nutrição, da psicologia, da fonoaudiologia, da terapia ocupacional, ninguém trouxe esse modelo de breve aconselhamento. Você dá esse empurrãozinho. E na nossa correria acaba fazendo uma diferença sim, acaba despertando a pessoa a perceber que tem uma necessidade. Eu achei muito válido. Se você não tiver um treinamento para conhecer tudo, a pessoa, como é que vai fazer o breve aconselhamento, né?. Você ensinou que existe essa forma de abordar..."

De acordo com as informações apresentadas na Tabela 1, verificou-se que a questão (1). "acreditar ter recebido informações novas" e (2). "relevância das informações recebidas" foram as que tiveram maior pontuação positiva (6,5 pts), seguida das questões (3). "a probabilidade de usar as informações adquiridas nos próximos meses", (5). "apoio ao clima de autonomia" (6,4 pts) e, por fim, a questão (4). "o quão interessado o profissional estaria em aprender mais sobre as questões apresentadas na capacitação em um momento futuro" (6,0 pts). De modo geral, todas as perguntas forneceram *scores* positivos.

Tabela 1. Avaliação da capacitação para promoção de atividade física na Atenção Primária à Saúde (n=35).

Avaliação (média+dp)	UBS 1 (n=12)	UBS 2 (n=13)	UBS 3 (n=10)	Todas (n=35)
1. O quanto você acredita ter recebido informações novas?	6,7±0,5	6,6±0,7	6,1±1,1	6,5±0,8
2. O quanto você considera relevante as informações que recebeu?	6,8±0,4	6,6±0,5	5,9±1,4	6,5±0,9
3. Qual seria a probabilidade de você usar as informações adquiridas em sua profissão nos próximos seis meses?	6,3±0,9	6,5±0,7	6,5±0,7	6,4±0,8

4. O quão interessado você estaria em aprender mais sobre as questões apresentadas na capacitação em um momento futuro?	6,0±1,7	6,2±1,1	5,7±1,7	6,0±1,5
5. Clima de Aprendizagem – apoio à autonomia fornecido pelo formador aos profissionais de saúde.	6,7±0,4	6,2±0,8	6,5±1,0	6,4±0,8

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde.

Discussão

O presente estudo buscou produzir uma capacitação de promoção à atividade física e treinar equipes de profissionais da saúde para tal ação e, a partir disso, relatar e avaliar as percepções desses profissionais sobre a participação na capacitação e verificar se há congruência entre o conteúdo ofertado nas diferentes UBS com os pressupostos da teoria da autodeterminação. Ao analisar as temáticas centrais levantadas pelos participantes, foi possível perceber concordância dos participantes das diferentes UBS com o referencial utilizado para a construção da capacitação. A teoria da autodeterminação apresenta três necessidades psicológicas básicas denominadas de autonomia, competência e relacionamento e orienta que caso sejam favorecidas é possível estimular uma motivação para a prática de atividade física mais autônoma (relacionado ao poder de escolha e ao prazer pelo que se faz) e menos controlada (relacionada a obrigação e compensação, por ex.).

A importância de promover atividade física por motivações mais autônomas diz respeito a maiores chances de manutenção da prática, conforme relatado em revisões sistemáticas e meta-análise prévias (Teixeira et al, 2012; Rodrigues et al, 2018; Ntoumanis et al, 2021), o que abre possibilidades para que as pessoas experimentem os diversos benefícios da atividade física. Contudo, no contexto da APS parece não ser usual

as pessoas buscarem a prática de atividade física por motivações mais autônomas (Polo et al., 2020), o que pode ser justificado por diversos fatores, como condições socioeconômicas e demográficas (baixa renda, escolaridade e sexo), ou seja, existem necessidades anteriores a prática de atividade física, como se alimentar e atividades de cuidado familiar, além das influências sociais (compreender que o momento de lazer não é uma realidade para a sua vida), por exemplo. Ainda, conjuntamente, nas UBS os profissionais de saúde podem desenvolver aconselhamentos mais técnicos e menos autônomos, que envolvem a prescrição de atividades físicas específicas e a sua dose (frequência, duração e intensidade) (Moraes et al., 2024; Sposito et al., 2024). Por esse caminho, capacitações aos profissionais de saúde podem contribuir para a promoção de atividade física, a partir de orientações condizentes com o conhecimento vigente e as premissas da APS do sistema de saúde.

Sendo assim, foram identificados pelos participantes (P1, P2, P3, P4, P5, P9, P11), que houve entendimento durante o treinamento sobre a importância de se evitar estímulos a prática de atividade física por obrigação. Esta condição se reforçada constantemente pelos profissionais de saúde e outros agentes mediadores do comportamento pode frustrar as necessidades psicológicas básicas (Ryan e Deci, 2020).

> "...Quando a gente vem com aquele pensamento de que tem que fazer uma atividade, que você cobra a pessoa, acho que não vira. A gente viu que não precisa ser dessa forma. A gente pode, principalmente, incentivar e elogiar (P1). Eu também achei. Você incentiva a pessoa, se a pessoa tem interesse eu acho que dá tudo certo. Sem cobrança é melhor, sem aquela obrigação (P2). Eu acho que é muito mais fácil do que você tentar obrigar ou impor. Até mostrando como você falou, não precisa ser uma academia, mas uma caminhada ou ao invés de ir de carro até a padaria, ir a pé. Fica muito mais fácil de você tentar começar assim, experimentar..." (P3).

Recomendações mais autônomas, ou seja, não autoritárias, dotadas de incentivo positivo e estímulo à atividade física por estilo de vida, prazer e diversão, poderá ser primordial para um comportamento ativo para a vida, contudo, as motivações controladas

não necessariamente excluem a possibilidade de se praticar atividade física, mas não predizem a manutenção à longo prazo (Teixeira et al, 2012; Rodrigues et al, 2018).

Sendo assim, treinamentos podem ser promissores para alinhar as ações e diálogos dos profissionais de saúde, para que abordagens controladoras (incentivos por obrigação, culpa, compensação, metas e estética, por ex.) sejam superadas por ações e aconselhamentos que favoreçam a autonomia (fortalecimento de vínculos, bem-estar mental, momento de prazer e diversão) dos usuários dos serviços de saúde para a prática de atividade física. Os profissionais de saúde podem ser treinados para oferecer escolhas, visar os sentimentos e perspectivas dos indivíduos, reconhecer e minimizar a pressão e fornecer um pensamento significativo, apoiando a autonomia das pessoas (Williams & Deci, 2001; Williams et al., 2006).

Concomitantemente, os profissionais discorreram sobre a importância de acolher/estabelecer vínculo com as pessoas para então abordar e aconselhar sobre atividade física (P3, P4, P5, P8, P9, P10).

> "...É ter aquela visão de que cada um é diferente. Às vezes, o jeito que você fala com um não é o mesmo jeito que você pode falar com outro. Eu percebo essas coisas, o jeito que eu posso falar com um, o jeito que eu posso falar com outro, se eu falar desse jeito eu vou magoar, se eu falar desse jeito vai ser melhor..." (P8).

Evidentemente, o acolhimento/vínculo no processo de comunicação é uma ferramenta importante para se avançar na promoção da atividade física e muito requerida no trabalho da APS. A partir dessa perspectiva, é possível mitigar a pressão externa, ponderar as barreiras e estabelecer metas e acordos a longo prazo, evitando uma linguagem e ações controladoras, que amedrontam os usuários do serviço de saúde.

Ainda, muitas vezes, os usuários possuem conhecimentos sobre suas condições de saúde e cuidados que precisam ser melhoradas, mas com a ausência de vínculo é possível que se sintam pressionados e se afastem, o que pode interferir no processo de mudança de comportamento. Em um estudo qualitativo que buscou compreender as percepções de

um grupo de pessoas com dores crônicas muscoesqueléticas em UBS, identificou-se que os momentos de escuta, descontração e a possibilidade de troca de experiências foram relevantes para a frequência nas atividades e no bem-estar emocional (Jesus, Sventnickas e Vieira, 2019).

Ainda, a percepção de "um pouco de atividade física conta" foi relatada pelos participantes de maneira homogênea entre as UBS (P3, P7, P8, P7, P12, P11) e elencada como uma possibilidade positiva:

> "...Eu acho que foi importante, porque antes a gente tinha aquela ideia de que tem que fazer 40-50 min de caminhada diária e no curso eu percebi que um pouquinho que for, cada dia já ajuda com o começo, que não precisa ser aquilo rotulado, aquele tempo. Você começa de pouquinho em pouquinho que você vai chegar num resultado. Essa parte eu gostei bastante, porque eu também tinha na minha cabeça que tinha que ser 1 hora de caminhada, tinha que seguir isso para funcionar, então essa parte aí eu achei que foi bacana..." (P7).

Vale ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (2020) e o Guia de Atividade Física para população brasileira (2021) resumem as evidências por ciclos de vida e transmitem a mensagem principal de que o pouco de atividade física conta, e é melhor do que a sua ausência.

Ainda, os profissionais relataram que a capacitação forneceu incentivo pessoal e/ou profissional sobre atividade física, sendo um componente bastante desejável no processo formativo (P3, P6, P11, P12, P13, P14, P15, P16):

> "...Eu acho que a partir do momento que a gente passa a fazer a abordagem e a orientar o usuário sobre atividade física, a gente traz isso pra gente, "nossa, eu estou orientando a fazer, mas eu estou fazendo? O que eu estou fazendo de atividade física?". A partir do momento que a gente está realizando uma atividade física ou que a gente já realizou, a gente consegue até estimular os usuários de uma forma diferente, né? Então agregamos a nossa saúde e conseguimos passar uma orientação mais assertiva também para ele. E o curso para mim trouxe algumas abordagens, não muito diferente do que eu imaginava, mas que eu não fazia. Daí, no decorrer do curso, das discussões, dos estudos de caso que eu achei super pertinentes que você trouxe nos encontros a gente pôde refletir: "olha, de acordo com essa característica, com esse contexto do usuário, eu posso utilizar esse outro tipo de abordagem, né?" Foi bem bacana..."(P15).

Sabe-se que há relação entre comportamentos pessoais positivos de profissionais da saúde com maiores chances de aconselharem sobre atividade física e outros temas relacionados à saúde aos usuários dos serviços de saúde (Florindo et al. 2015; McCormick, Smith-Holmquist e Benton, 2023). Sendo assim, a capacitação teve a característica de incentivar os profissionais em suas práticas pessoais a partir dos constructos e pressupostos norteadores para a construção da capacitação e instrumentalizá-los, de modo que a partir de determinadas situações eles pudessem fazer a leitura e promover atividade física por meio de ações e aconselhamentos breves da melhor maneira possível, evitando durante o processo formativo "receitas de bolo", mas estimulando a reflexão para uma tomada de decisão.

De maneira colaborativa, as perguntas fechadas reforçaram que os profissionais de saúde receberam informações novas, relevantes e que possuem interesse em utilizar as informações nos próximos meses e aprender mais em um momento futuro. Por fim, os profissionais sentiram que foram apoiados de maneira autônoma pela capacitadora durante o processo de formação, o que pode ter favorecido as respostas positivas anteriormente. O favorecimento das necessidades psicológicas básicas, durante o processo de formação é bastante importante para que motivações mais autônomas sejam despertadas sobre o processo formativo, gerando bem-estar e resultados de aprendizagem (Tjin et al., 2018), como pôde ser identificado pelas categorias relatadas neste estudo.

Enquanto limitações é preciso observar que o pesquisador principal foi o organizador do curso e dos desdobramentos desta pesquisa. Evidentemente, enquanto cientista social ativo na pauta, não escapamos de vieses e observações que podem ser equivocadas. Contudo, o ponto positivo é relacionado ao relato de experiência proporcionar maior liberdade para que o pesquisador compartilhe ideias e inovação para

a área em que representa, mas sempre com respaldo científico, de modo a incentivar novas pesquisas e seus avanços.

Considerações finais

O presente relato de experiência sugere que os profissionais de saúde compreenderam o conhecimento transmitido no processo de capacitação. As categorias elencadas nos discursos foram citadas entre as três UBS, indicando congruência no processo de formação e com o constructo da teoria da autodeterminação e os seus aportes. De modo geral, é possível recomendar este tipo de capacitação breve, pois apresentou-se positiva pelos profissionais de saúde para que ocorra o desenvolvimento de ações de promoção da atividade física aos usuários dos serviços de saúde. Por fim, recomenda-se que esta capacitação seja testada em outros contextos de APS.

Referências

1. PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública | Agência de Notícias. Agência de Notícias - IBGE 2020. https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vao-a-rede-publica. Acesso em: 5 de Jan de 2024.
2. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 de Jan de 2024.

3. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Ministério da Saúde n.d. Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo. Acesso em: 5 de Jan de 2024.
4. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
5. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc Saúde Coletiva 2018;23:1903–14. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018.
6. Brasil. Caderno 1: A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.
7. Carmo AN, Silva SA, Campos ES. Análise temporal de indicadores da Estratégia Saúde da Família sob o olhar da Política Nacional da Atenção Básica. Cad de Saúde Pública 2023; 39(8):e00042523:1-16. https://doi: 10.1590/0102-311XPT042523.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p.
9. Tjin A Tsoi SLNM, de Boer A, Croiset G, Koster AS, van der Burgt S, Kusurkar RA. How basic psychological needs and motivation affect vitality and lifelong

learning adaptability of pharmacists: a structural equation model. Adv in Health Sci Educ. 2018;23:549–66. https://doi.org/10.1007/s10459-018-9812-7.

10. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. Santos AC, Willumsen J, Meheus F, Ilbawi A, Bull FC. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. The Lancet Global Health. 2023; 11: e32–9. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00464-8.
12. 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. The Lancet Global Health. 2018; 6:e1077–86. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de prática de atividade física nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal entre 2006 e 2021 [Internet]. Brasília, 2022.
14. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
15. Netherway J, Smith B, Monforte J. Training Healthcare Professionals on How to Promote Physical Activity in the UK: A Scoping Review of Current Trends and Future Opportunities. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18:6701. https://doi.org/10.3390/ijerph18136701.
16. Hollman H, Updegraff JA, Lipkus IM, Rhodes RE. Perceptions of physical activity and sedentary behavior guidelines among end-users and stakeholders: a

systematic review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2022;19:21. https://doi.org/10.1186/s12966-022-01245-9.

17. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol 2000;55:68–78. https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.68.
18. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory. Basic Phychological Needs in Motivation, Development, and Wellness. 2017; The Guilford Press, New York.
19. Equator Network | Enhancing the QUAlity and Transparency Of Health Research n.d. https://www.equator-network.org/. Acesso em: 3 de Out de 2023.
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042.
21. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-1251. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388.
22. Teixeira PJ, Marques MM, Silva MN, Brunet J, Duda JL, Haerens L, et al. A classification of motivation and behavior change techniques used in self-determination theory-based interventions in health contexts. Motivation Science. dezembro de 2020;6(4):438–55.
23. Guedes DP, da Silva Mota J. Motivação: educação física, exercício físico e esporte. UNOPAR, 2016; 261 p.
24. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med; 2020; 54(24): 1451-1462. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [Internet]. Brasília, 2021.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde [Internet]. 2021.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Programa academia da saúde: caderno técnico de apoio à implantação e implementação, p. 01–113, 2019.
28. The International Society for Physical Activity and Health. Infographic. ISPAH's Eight Investments That Work for Physical Activity: infographic, animation and call to action. Br J Sports Med 2021;55:759–60. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-103635.
29. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília. Líber Livro Editora, 2005, 77 p.
30. The Learning Climate Questionnaire (LCQ) – selfdeterminationtheory.org n.d. https://selfdeterminationtheory.org/learning-climate-questionnaire/. Acesso em: 5 de Jan de 2024.
31. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. Int J Behav Nutr Phys Act 2012;9:78. https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78.
32. Rodrigues F, Bento T, Cid L, Pereira Neiva H, Teixeira D, Moutão J, et al. Can Interpersonal Behavior Influence the Persistence and Adherence to Physical Exercise Practice in Adults? A Systematic Review. Front Psychol 2018;9:2141. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02141.
33. Ntoumanis N, Ng JYY, Prestwich A, Quested E, Hancox JE, Thøgersen-Ntoumani C, et al. A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior,

physical, and psychological health. Health Psychology Review 2021;15:214–44. https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529.

34. Polo MCE, Matias TS, Tavares GH, Papini CB. Antecedentes motivacionais da atividade física na atenção básica de saúde: um estudo qualitativo. Movimento 2020:e26082–e26082. https://doi.org/10.22456/1982-8918.105017.
35. Moraes SDQ, Paiva Neto FTD, Loch MR, Fermino RC, Rech CR. Características e estratégias de aconselhamento para atividade física utilizadas por profissionais da atenção primária à saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2024;29:e00692023. https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.00692023.
36. Sposito LAC, Guerra PH, Kokubun E. Estratégias de aconselhamento breve sobre atividade física desenvolvidas por profissionais de saúde. Revista Brasileira de Promoção da Saúde (no prelo). 2024.
37. Williams GC, Deci EL. Activating Patients for Smoking Cessation Through Physician Autonomy Support: Medical Care. 2001; 39:813–23. https://doi.org/10.1097/00005650-200108000-00007.
38. Williams GC, McGregor HA, Sharp D, Levesque C, Kouides RW, Ryan RM, et al. Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. Health Psychology 2006;25:91–101. https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.91.
39. Jesus JD de, Sventnickas SP, Vieira A. Grupo de promoção à saúde: ampliando o cuidado em saúde de usuários com dores musculoesqueléticas crônicas em serviços de atenção básica. Movimento 2019:e25074–e25074. https://doi.org/10.22456/1982-8918.91063.
40. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GA, Parra DC, Siqueira FV, et al. Association of knowledge, preventive counseling and personal health

behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. BMC Public Health 2015; 15:344. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1643-3.8.

41. McCormick SJ, Smith-Holmquist N, Benton MJ. Personal health behaviors and physical activity and nutrition counseling by nurse practitioners: An online survey. J Am Assoc Nurse Pract 2023;35:794–801. https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000925.

13. Capítulo 5. Efeitos de uma intervenção de atividade física na atenção primária à saúde em um país de média renda: estudo de viabilidade

Effects of a physical activity intervention in primary health care in a middle-income country: feasibility study

Effects of a physical activity intervention in primary care

Resumo

A inatividade física é reconhecida como um desafio global de saúde pública, apresentando implicações significativas tanto para o bem-estar da população quanto para os sistemas de saúde. É uma condição complexa que demanda uma abordagem abrangente, envolvendo diversas ações e a participação de diferentes setores, destacando-se a importância do setor de saúde pública. Por este local é possível desenvolver ações de promoção da atividade física e, entre as ações, está a capacitação profissional, indicada pelo plano de ação global para a prática de atividade física 2018-2030, como uma ação propulsora no contexto da saúde, visto que os profissionais de saúde são agentes essenciais para a implementação de estratégias de promoção da atividade física. Para tanto, no Brasil, ainda não há capacitações oficiais direcionadas aos profissionais da base sobre promoção da atividade física e desconhece-se os efeitos destas em relação ao comportamento de equipes profissionais e dos usuários do sistema/serviço de saúde. Atualmente, reconhece-se a relação potencial da motivação autônoma (relacionada ao prazer), suportada pela teoria da autodeterminação (TAD) com a aderência para a prática de atividade física. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar os efeitos de uma capacitação para promoção da atividade física baseada na TAD e direcionada a profissionais de saúde sob a perspectiva de variáveis psicológicas, de motivação e do nível de atividade física no lazer no contexto da atenção primária brasileira. Para isso, foi realizada uma intervenção de capacitação de promoção da atividade física baseada na TAD com duração média de 4h30, direcionada à profissionais de saúde e realizada *in loco* em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma cidade de médio porte. A capacitação teve duração de três meses em cada UBS. Os usuários de saúde foram acompanhados também, pelo período de um ano e três meses. Foram avaliados os valores médios das necessidades psicológicas básicas, o índice de autodeterminação e a qualidade da motivação por questionários validados da TAD, juntamente com o nível de atividade física no lazer avaliado pelo IPAQ. Análises descritivas e testes inferenciais como qui-quadrado e anova foram aplicados no SPSS. 26, adotando-se $p \leq 0,05$ como significância. Como resultados principais, não foram encontrados efeitos significativos durante a intervenção de capacitação orientada pela TAD sobre os valores médios das necessidades psicológicas básicas, do índice de autodeterminação e na atividade física de lazer dos profissionais e usuários de saúde. Contudo, ao analisar a qualidade motivacional, percebe-se mudanças positivas sobre a motivação autônoma denominada "regulação integrada" para os grupos de profissionais de saúde. Outro resultado interessante diz respeito à similaridade de comportamentos da qualidade motivacional entre os grupos de profissionais e seus respectivos usuários de saúde. Por fim, conclui-se que a presente

intervenção de capacitação profissional sustentada pela TAD possui potencial de induzir mudanças na motivação autônoma dos profissionais de saúde, mesmo sendo de característica breve. Para estudos futuros, recomenda-se que investiguem a qualidade do aconselhamento oferecido e recebido antes e após capacitações orientadas pela TAD.

Palavras-chave: Exercício Físico, Treinamento Profissional, Sistemas de Saúde, Cuidados Primários à Saúde.

Introdução

A inatividade física é considerada um problema de saúde pública mundial que acarreta prejuízos à saúde física e mental dos indivíduos com custos aos sistemas de saúde (Santos et al. 2023). Boa parte da população brasileira não consegue atingir as recomendações de atividade física, embora esteja integrada nas atuais legislações de saúde brasileira como um direito às pessoas (Vigitel, 2022; Lei Orgânica de Saúde, 2013). Certamente, a decisão para se manter fisicamente ativo não é unicamente individual, colocando os mais desfavorecidos como mulheres, pessoas idosas e de menor renda em desvantagem, sendo intensificado o problema em países de baixa a média-renda (Guthold et al. 2018; Vigitel, 2022).

Para tanto, foi estabelecido em 2018 o Plano de Ação Global para a atividade física, com o objetivo de reduzir até 2030 em 15% a inatividade física mundial, aumentando a oferta e ações de promoção de atividade física no lazer (Who, 2018). O plano busca estabelecer estratégias e ações políticas aos países, reforçando o envolvimento de distintos setores, entre eles, está a saúde, por meio do sistema de atenção primária, que pode, estando devidamente estruturado prevenir doenças e promover saúde por diversas ações, como a promoção da atividade física regular.

As ações que podem ser desenvolvidas na saúde pública e devem ser incentivadas minimamente pela gestão em saúde às suas equipes profissionais a respeito da promoção em atividade física estão relacionadas a divulgação e oferta de práticas corporais em

grupo, ao aconselhamento e a capacitação profissional, sendo reforçadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde brasileira (PNPS, 2017). Esta última ação, estando alinhada às diretrizes e ao conhecimento vigente, tem um caráter propulsor para as demais ações se consolidarem. Contudo, até então, no contexto brasileiro não existe um modelo de capacitação profissional direcionado às equipes profissionais da atenção primária à saúde, o que reforça a necessidade de investigação, sendo também incentivada pelo Plano de Ação Global para a atividade física da Organização Mundial da Saúde.

Estudos prévios no contexto da atenção primária brasileira analisaram os efeitos de capacitações profissionais em indicadores de saúde, entre eles, a prática de atividade física dos seus usuários, entretanto, as pesquisas foram direcionadas a determinados grupos de profissionais da saúde para o atendimento a populações em condições especiais de saúde (Malta et al. 2016; Nascimento et al. 2017), sugerindo ainda a necessidade de capacitações que atendam a equipe de saúde e a sua população diversa, visto que é preconizado o trabalho multiprofissional na atenção primária à saúde.

Também vale ressaltar que não há evidências científicas longitudinais do comportamento de atividade física de equipes da saúde após a participação em capacitações e a sua relação com a promoção de atividade física aos usuários de saúde. Contudo, existem evidências da relação transversal estabelecida entre comportamentos positivos de saúde dos profissionais com uma maior chance de aconselhamentos de atividade física aos usuários do sistema de saúde (Florindo et al. 2015; Hidalgo et al. 2016).

Sumariamente, o desenvolvimento dessas ações carece de referenciais teóricos vigentes, validados pela literatura científica e alinhados aos princípios e necessidades de cada sistema de saúde, sendo assim, a teoria da autodeterminação foi o referencial basilar para a construção da intervenção de capacitação deste estudo, no qual lida com a

motivação humana em distintos comportamentos a partir de um constructo que pode variar da ausência de motivação, transitando pela motivação controlada até a possibilidade de motivação mais autônoma, sendo esta última determinada pelo favorecimento das necessidades psicológicas básicas de autonomia, competência e relacionamento (Deci e Ryan, 2000).

Caso essas necessidades sejam estimuladas pelo ambiente, podem incentivar um comportamento mais autodeterminado para a prática de atividade física (Hagger e Chatzisarantis, 2008), apoiando a decisão das pessoas por atividades que sejam prazerosas e divertidas e, consequentemente, estimulem o bem-estar mental e a permanência nas atividades. Nesse sentido, a teoria pode ser um caminho propulsor para a construção de capacitações profissionais de promoção da atividade física, a fim de que sejam desenvolvidas ações e diálogos de aconselhamentos encorajadores, diante de um grande desafio que é a mudança de comportamento em saúde, em que, muitas vezes, pode ocorrer de maneira isolada e sem respaldo de políticas públicas.

Meta-análise prévia analisou os efeitos de intervenções no contexto da saúde baseadas na teoria da autodeterminação e identificou-se efeitos positivos embora modestos após a intervenção e no seu segmento sobre as variáveis de saúde analisadas, devido ao aumento na motivação autodeterminada e o apoio fornecido pelos agentes sociais (Ntoumanis et al. 2021). Outras revisões de literatura sugerem a existência de relações entre motivações mais autônomas com a aderência à prática regular de atividade física no tempo livre, embora a maioria dos estudos analisados tenham sido de característica transversal (Teixeira et al. 2012, Rodrigues et al. 2018).

Por esse prisma, é de hipótese deste estudo que uma capacitação de promoção da atividade física baseada na teoria da autodeterminação possa aumentar a qualidade motivacional, ou seja, a motivação mais autônoma para a prática da atividade física dos

profissionais de saúde e que comportamentos mais autodeterminados desses profissionais possam favorecer os usuários do serviço de saúde para a prática de atividade física por meio de aconselhamentos. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar os efeitos de uma capacitação para promoção da atividade física baseada na teoria da autodeterminação e direcionada à profissionais de saúde sob a perspectiva de variáveis psicológicas, de motivação e do nível de atividade física no lazer de profissionais e usuários de saúde da atenção primária brasileira.

Metodologia

Trata-se de um estudo de viabilidade, em que foi desenvolvida uma intervenção de base comunitária em uma cidade de médio porte do estado de São Paulo, Brasil. Ao contrário dos "estudos piloto", que traçam as bases para a condução de estudos de maior porte, os estudos de viabilidade (do inglês Feasibility Trials) se caracterizam pela testagem preliminar de um determinado protocolo, para que, em um segundo momento, possa ser avaliado quanto a sua adequação e implementado em uma realidade maior, como por exemplo, um sistema de saúde (Whitehead AL, Sully BGO, Campbell MJ, 2014).

Foram envolvidos equipes de profissionais de saúde e usuários de saúde vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS), conhecidas como estabelecimentos da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, no qual compõem cerca de quase 50 mil estabelecimentos distribuídos pelos estados e cidades brasileiras. A presente pesquisa foi autorizada pela gestão da APS do município e aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisas com Seres Humanos sob o número de protocolo: 3.911.148.

Amostra

Participaram desta pesquisa três UBS selecionadas por conveniência, em decorrência da pandemia de covid-19, mas que nunca receberam capacitações *in loco* ou remotas relacionadas à promoção da atividade física. Nestas unidades atuam equipes de profissionais da saúde denominadas de Estratégia Saúde da Família, compostas minimamente pelas seguintes categorias profissionais: médico (a), enfermeiro (a), técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliar de saúde bucal.

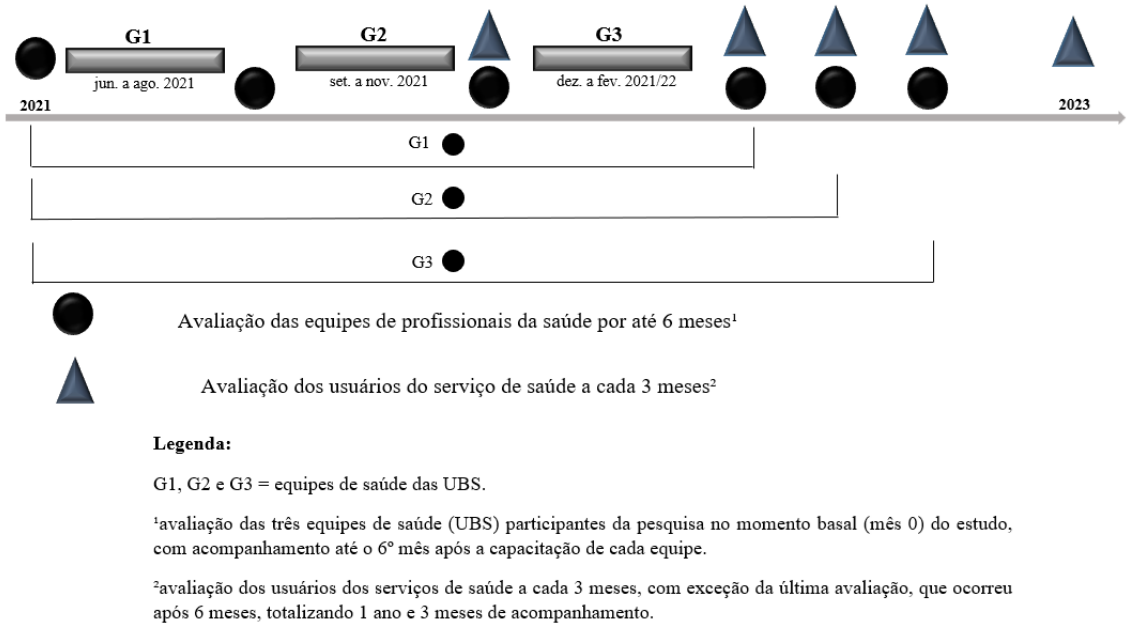
Ao todo, 50 profissionais de saúde aceitaram participar da pesquisa, estando alocados nas UBS da seguinte maneira: G1:14, G2:21 e G3:15, autorrespondendo os questionários sob auxílio do pesquisador por até seis meses de segmento. Os profissionais foram contatados para responder aos questionários de maneira presencial e por whatsapp.

Como estratégia complementar de acompanhamento dos desfechos em saúde, os usuários vinculados às UBS de intervenção foram selecionados de maneira randomizada a partir dos prontuários físicos, de maneira não-duplo cega e considerando os seguintes critérios de inclusão: (a) telefone ativo, (b) ter 18 anos ou mais e (c) não possuir deficiências que comprometesse responder de maneira autônoma os questionários da presente pesquisa.

Como critério de exclusão na fase inicial da pesquisa, adotou-se a negativa para responder os questionários via contato telefônico e, durante os segmentos, considerou-se a mudança de UBS e/ou cidade. Após essa fase de randomização e levantamento dos nomes e telefones dos usuários de saúde, foram contactados 284 usuários no período de setembro a novembro de 2021, com tentativas de pelos menos três telefonemas em dias e horários distintos, no qual, 51 pessoas aceitaram participar da presente pesquisa, divididas em 17 voluntários por UBS. O telefonema aos usuários teve duração média de 40 minutos

na fase de recrutamento e cerca de 15-20 minutos para os demais momentos da pesquisa que ocorreram por mais quatro vezes, a cada três meses, com exceção da última coleta realizada após seis meses, totalizando 1 ano e 3 meses de acompanhamento (Figura 1).

Figura 1. Desenho Experimental



Legenda:

G1, G2 e G3 = equipes de saúde das UBS.

¹avaliação das três equipes de saúde (UBS) participantes da pesquisa no momento basal (mês 0) do estudo, com acompanhamento até o 6º mês após a capacitação de cada equipe.

²avaliação dos usuários dos serviços de saúde a cada 3 meses, com exceção da última avaliação, que ocorreu após 6 meses, totalizando 1 ano e 3 meses de acompanhamento.

Intervenção - capacitação profissional

A intervenção foi direcionada à produção e disseminação de uma capacitação de promoção da atividade física para profissionais de saúde baseada na teoria da autodeterminação (material suplementar), considerando a política de promoção da saúde vigente no contexto brasileiro (PNPS, 2017). O objetivo central da capacitação foi apoiar a mudança pessoal e autônoma dos profissionais de saúde frente à prática de atividade física para que pudessem promover atividade física por meio de ações e aconselhamentos breves mais autônomos e consequentemente influenciassem a prática de atividade física dos usuários dos serviços de saúde.

Para isso, as atividades ocorreram em três UBS distintas, por três meses consecutivos em cada UBS, uma vez ao mês, totalizando três momentos, que ocorreram de maneira presencial e subsequente entre as UBS selecionadas para a presente pesquisa, no período de maio de 2021 a janeiro de 2022. Os encontros tiveram duração média de 1h30min, usualmente, na terceira sexta-feira do mês, no período da tarde, a partir do fechamento da UBS para o desenvolvimento da capacitação.

Instrumentos de avaliação

Foi levantado o perfil sociodemográfico e condições de saúde, como o índice de massa corporal e pressão arterial, autorreferidos pelos profissionais e usuários de saúde e classificados de acordo com os valores de referência. Foi aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ (Craing et al. 2003), para medir o tempo total de atividade física no lazer por semana, a partir da soma das três perguntas da categoria lazer (prática de caminhada + atividades físicas moderadas + atividades físicas vigorosas realizadas durante a semana).

As variáveis psicológicas foram avaliadas por questionários oriundos da Teoria da Autodeterminação, como a motivação para a prática de atividades físicas, determinada pelo questionário BREQ-3 (Guedes et al. 2015), traduzido e validado para a população adulta brasileira, sendo composto por 23 perguntas em escala *likert* de 0 a 4 pts., no qual foi realizado o cálculo do Índice de Autodeterminação (IaD) pela seguinte fórmula: =((3)*(amot))+((2)*(reex))+(1)*(reij)+1*(reid)+2*(reig)+3*(moti). Os valores de autodeterminação podem variar de -24 pts a 24 pts. Também foram avaliadas as necessidades psicológicas básicas de autonomia, competência e relacionamento por meio de 24 questões em escala *likert* de 0 a 7 pts., no qual é possível obter o valor médio de satisfação e frustração de cada necessidades psicológicas, e para o *score* final foi realizada

a soma das médias (Rodrigues et al. 2019). Tanto os profissionais quanto os usuários de saúde receberam todos os questionários acima, contudo, os usuários responderam ao questionário das necessidades psicológicas básicas apenas no momento basal da pesquisa.

Análise estatística

Foi realizada a descrição dos dados por meio de média, desvio padrão, frequência e percentual. A estatística inferencial foi aplicada com o teste qui-quadrado para verificar diferenças entre as variáveis sociodemográficas e condições de saúde dos profissionais *versus* usuários dos serviços de saúde no momento basal da pesquisa e o teste anova com post-hoc de Tukey para comparar os grupos (G1, G2 e G3) dos profissionais e usuários de saúde com os distintos momentos da pesquisa sobre as variáveis psicológicas, de motivação e de atividade física no lazer. Para padronizar a tabulação dos dados, as respostas aos questionários foram realizadas via formulário eletrônico produzido pela ferramenta *Google Forms*. Os dados foram analisados a partir da intenção de tratar e utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26, adotando-se $p \leq 0,05$. A pesquisadora que realizou a análise não estava cegada em relação às pessoas / exposições e desfechos.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e de saúde dos profissionais e usuários da APS do SUS no momento inicial da pesquisa, no qual mais de 80% dos participantes são do sexo feminino. O grupo de profissionais de saúde apresentou menor idade, maior renda e escolaridade quando comparado ao grupo de usuários de saúde ($p \leq 0,00$). Em relação às condições de saúde, mais de 90% dos profissionais e usuários relataram não fumar, 50% dos profissionais e 60,8% dos usuários

possuem alguma doença crônica não transmissível e, em ambos os grupos, a maior prevalência do IMC esteve na categoria de “sobrepeso” (25 a 29,9 Kg/m²), mas a maioria dos participantes autorrelatou níveis de pressão arterial na condição ideal. Contudo, não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos para as variáveis de saúde.

Tabela 1. Características sociodemográficas e condições de saúde dos profissionais e usuários de saúde da atenção primária do SUS. Brasil, 2024.

Variáveis	Profissionais (n=50)		Usuários (n=51)		
Sociodemográficas	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
Sexo					
Feminino	44	88,0	42	82,4	0,42
Masculino	6	12,0	9	17,6	
Cor da pele					
Branca	32	64,0	28	54,9	0,35
Preta e Parda	18	36,0	23	45,1	
Idade					
18 a 39 anos	20	40,0	15	29,4	
40 a 59 anos	26	52,0	19	37,3	0,00
>60 anos	4	8,0	17	33,3	
Estado civil					
Solteiro	15	30,0	11	21,6	
Casado (a) ou União estável	33	66,0	30	58,8	0,10
Divorciado(a)/Separado(a)	1	2,0	6	11,8	
Viúvo (a)	1	2,0	4	7,8	
Renda					
até 3 salários-mínimos	15	30,0	35	68,6	
>3 e até 5 salários	15	30,0	5	9,8	
>5 e até 7 salários	2	4,0	2	3,9	0,00
>7 salários-mínimos	4	8,0	2	3,9	
Prefere não responder	14	28,0	7	13,7	
Escolaridade					
Fundamental incompleto/completo (até 4 anos de estudo)	0	0	22	43,1	
Ensino médio incompleto (até 10 anos de estudo)	0	0	2	3,9	
Ensino médio/técnico/superior incompleto	33	66,0	19	37,3	0,00
Ensino superior	12	24,0	6	11,8	
Pós-graduação	5	10,0	2	3,9	
Condições de saúde					
Fuma					
Sim	3	6,0	5	9,8	0,47
Não	47	94,0	46	90,2	
DCNT					
Sim	25	50,0	31	60,8	0,27
Não	25	50,0	20	39,2	
IMC					
$\leq$18,5 Kg/m² (abaixo)	2	4,0	2	3,9	
18,6 a 24,9 Kg/m² (ideal)	13	26,0	14	27,5	0,99
25 a 29,9 Kg/m² (sobrepeso)	19	38,0	19	37,3	
$\geq$30,0 Kg/m² (obesidade)	16	32,0	16	31,4	
Pressão Arterial					
$\leq$130/85 mmHg	39	78,0	34	66,7	
130-139/85-89 mmHg	3	6,0	4	7,8	
140-159/90-99 mmHg	7	14,0	6	11,8	0,20
$\geq$180/$\geq$110 mmHg	1	2,0	2	3,9	
Hipertensão sistólica ou diastólica $\geq$140/$\geq$90 mmHg	0	0	5	9,8	

Legenda: DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis; IMC – Índice de Massa Corporal.

Ao analisar os resultados iniciais da presente pesquisa, verificou-se no momento basal da intervenção que os usuários dos serviços de saúde apresentaram maior média de

satisfação das necessidades psicológicas básicas e no índice de autodeterminação do que os profissionais de saúde (p≤0,00), mas em relação aos valores de frustração não foram identificadas diferenças entre os grupos. Sobre a prática de atividade física, mais de 70% dos profissionais e usuários não atendem as recomendações de atividade física (≥150min/sem), mas não houve diferença significativa entre os grupos (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização das variáveis psicológicas, de motivação e atividade física no lazer dos profissionais e usuários de saúde no momento pré intervenção. Brasil, 2024.

	Profissionais (n=50)		**Usuários (n=51)**		
NPB	(média±dp)				p
Satisfação	12,68 (5,17)		18,51 (2,72)		0,00
Frustração	6,78 (3,40)		6,71 (3,57)		0,92
IaD	7,69 (7,91)		14,63 (6,45)		0,00
Atividade Física de lazer (min/sem)	n	%	n	%	
0 a 10	29	58,0	29	56,9	
11 a 149	9	18,0	7	13,7	0,75
≥150	12	24,0	15	29,4	

Legenda: IaD – Índice de Autodeterminação; NPB – Necessidades Psicológicas Básicas.

Ao observar os dados de acordo com os grupos de intervenção, verificou-se que a média de tempo de atuação dos profissionais de saúde nas Unidades Básica de Saúde selecionadas para o estudo foi de 1,8±1,0 anos para o G1, 3,6±2,3 anos para o G2 e 2,4±1,2 anos para o G3. Já o tempo de atuação desempenhado no sistema de saúde brasileiro para o G1 foi de 10,5±8,3, o G2 8,9±4,8 e o G3 5,7±4,2 anos. Em relação a idade média de cada grupo, observou-se que o G1 apresentou 48,7±9,1, o G2 de 42,5±9,4 e o G3 de 39,6±10,9 anos. A tabela 3 apresenta o comportamento das necessidades psicológicas básicas, do índice de autodeterminação e da atividade física no lazer dos grupos de profissionais de saúde vinculados às unidades básicas de saúde que receberam

a capacitação. Não foram identificadas diferenças significativas entre os momentos da intervenção para as variáveis analisadas (p>0,05).

Tabela 3. Análise temporal do comportamento das necessidades psicológicas básicas, do índice de autodeterminação e da atividade física de lazer dos grupos de profissionais da saúde por 6 meses. Brasil, 2024.

Profissionais da Saúde	**Pré n=14**	**Pós n=14**	**3 meses n=14**	**6 meses n=14**			**p***
G1 - UBS1			média (dp)				
NPB Satisfação	12,14 (5,28)	12,70 (4,97)	12,98 (5,27)	12,79 (5,22)			0,98
NPB Frustração	6,52 (2,56)	6,82 (3,29)	6,20 (2,76)	7,14 (3,46)			0,87
IaD	7,03 (7,90)	8,65 (8,70)	10,39 (9,37)	9,80 (9,72)			0,80
			n (%)				
AF de lazer (min/sem)							
0 a 10	9 (64,3)	9 (64,3)	11 (78,6)	11 (78,6)			
11 a 149	2 (14,3)	2 (14,3)	0 (0.0)	1 (7,1)			0,82
≥150	3 (21,4)	3 (21,4)	3 (21,4)	2 (14,3)			
	- n=16	**Pré n=21**	**Pós n=21**	**3 meses n=21**	**6 meses n=21**		
G2 - UBS2			média (dp)				
Satisfação NPB	13,28 (4,21)	12,98 (4,20)	13,25 (4,77)	13,40 (4,97)	13,32 (4,85)		0,99
Frustração NPB	6,08 (3,05)	6,95 (3,41)	6,21 (4,18)	6,81 (4,36)	6,81 (4,36)		0,97
IaD	10,64 (5,13)	8,24 (6,31)	8,46 (6,31)	8,66 (6,06)	8,05 (5,50)		0,81
			n (%)				
AF de lazer (min/sem)							
0 a 10	8 (50,0)	13 (61,9)	13 (61,9)	11 (52,4)	11 (52,4)		
11 a 149	4 (25,0)	4 (19,0)	3 (14,3)	5 (23,8)	5 (23,8)		0,99
≥150	4 (25,0)	4 (19,0)	5 (23,8)	5 (23,8)	5 (23,8)		
	- n=12	**- n=13**	**Pré n=15**	**Pós n=15**	**3 meses n=15**	**6 meses n=15**	
G3 - UBS3			média (dp)				
Satisfação NPB	13,04 (5,62)	12,62 (5,92)	12,70 (6,48)	14,65 (4,88)	13,92 (4,72)	14,22 (4,86)	0,96
Frustração NPB	7,52 (4,25)	6,40 (3,76)	6,78 (4,22)	7,25 (3,91)	7,43 (3,76)	7,32 (3,87)	0,98
IaD	7,10 (10,69)	7,24 (10,17)	7,57 (10,17)	8,26 (8,54)	7,77 (7,90)	7,84 (8,02)	1,00
			n (%)				
AF de lazer (min/sem)							
0 a 10	8 (66,7)	8 (61,5)	7 (46,7)	7 (46,7)	7 (46,7)	7 (46,7)	
11 a 149	1 (8,3)	1 (7,7)	3 (20,0)	4 (26,7)	3 (20,0)	4 (26,7)	0,95
≥150	3 (25,0)	4 (30,8)	5 (33,3)	4 (26,7)	5 (33,3)	4 (26,7)	
	- n=29	**Pré n=50**	**Pós n=50**	**3 meses n=50**	**6 meses n=50**		
G4 – Todas UBS			média (dp)				
Satisfação NPB	12,98 (5,08)	12,66 (5,17)	13,52 (4,82)	13,44 (4,89)	13,44 (4,89)		0,95
Frustração NPB	6,22 (3,32)	6,78 (3,41)	6,70 (3,82)	6,83 (3,74)	7,06 (3,91)		0,89
IaD	9,12 (7,87)	7,70 (7,91)	8,46 (7,56)	8,88 (7,56)	8,76 (7,71)		0,94
			n (%)				
AF de lazer (min/sem)							
0 a 10	21 (61,8)	29 (58,0)	29 (58,0)	29 (58,0)	29 (58,0)		
11 a 149	5 (14,7)	9 (18,0)	9 (18,0)	8 (16,0)	10 (20,0)		1,00
≥150	8 (23,5)	12 (24,0)	12 (24,0)	13 (26,0)	11 (22,0)		

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; NPB – Necessidades Psicológicas Básicas; IaD – Índice de Autodeterminação; AF – Atividade Física; *comparações intragrupo; # - não foram identificadas diferenças significativas (p>0,05) entre os grupos G1, G2 e G3, referente ao momento basal das NBP, IaD e AF de lazer.

A Tabela 4 apresenta o comportamento do índice de autodeterminação e da atividade física de lazer dos grupos de usuários de saúde durante um período de 15 meses. Os usuários estavam vinculados às equipes de profissionais de saúde que receberam a capacitação para promoção da atividade física. Não foram identificadas diferenças significativas entre os distintos momentos da intervenção (p>0,05).

Tabela 4. Análise temporal do comportamento do índice de autodeterminação e da atividade física de lazer dos grupos de usuários de saúde durante 15 meses. Brasil, 2024.

Usuários de Saúde	Basal[#]	3º mês	6º mês	9º mês	15º mês	p*
			Média (dp)			
G1 – UBS1 n=17						
IaD	12,83 (6,03)	14,18 (6,86)	13,08 (7,11)	14,25 (6,82)	12,90 (7,77)	0,98
			n (%)			
AF de lazer (min/sem)						
0 a 10	9 (52,9)	11 (64,7)	11 (64,7)	11 (64,7)	8 (47,1)	
11 a 149	3 (17,6)	2 (11,8)	2 (11,8)	2 (11,8)	1 (5,9)	0,83
≥150	5 (29,4)	4 (23,5)	4 (23,5)	4 (23,5)	8 (47,1)	
			Média (dp)			
G2 - UBS2 n=17						
IaD	17,13 (4,31)	16,06 (3,73)	17,41 (3,61)	16,86 (3,16)	17,64 (2,62)	0,78
			n (%)			
AF de lazer (min/sem)						
0 a 10	9 (52,9)	10 (58,8)	11 (64,7)	12 (70,6)	12 (70,6)	
11 a 149	2 (11,8)	2 (11,8)	2 (11,8)	1 (5,9)	1 (5,9)	0,97
≥150	6 (35,3)	5 (29,4)	4 (23,5)	4 (23,5)	4 (23,5)	
			Média (dp)			
G3 - UBS3 n=17						
IaD	13,95 (8,05)	14,40 (7,90)	13,69 (7,62)	13,86 (7,70)	13,12 (7,98)	0,99
			n (%)			
AF de lazer (min/sem)						
0 a 10	11 (64,7)	12 (70,6)	10 (58,8)	8 (47,1)	10 (58,8)	
11 a 149	2 (11,8)	1 (5,9)	2 (11,8)	4 (23,5)	1 (5,9)	0,81
≥150	4 (23,5)	4 (23,5)	5 (29,4)	5 (29,4)	6 (35,3)	
			Média (dp)			
G4 – Todas UBS n=51						
IaD	14,63 (6,46)	14,88 (6,34)	14,73 (6,53)	14,99 (6,23)	14,55 (6,84)	0,99
			n (%)			
AF de lazer (min/sem)						
0 a 10	29 (56,9)	33 (64,7)	32 (62,7)	31 (60,8)	30 (58,8)	
11 a 149	7 (13,7)	5 (9,8)	6 (11,8)	7 (13,7)	3 (5,9)	0,88
≥150	15 (29,4)	13 (25,5)	13 (25,5)	13 (25,5)	18 (35,3)	

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; IaD – Índice de Autodeterminação; AF – Atividade Física; *comparações intragrupo; [#] não foram identificadas diferenças significativas (p>0,05) entre os grupos G1, G2 e G3, referente ao momento basal do IaD e AF de lazer.

Os dados da tabela abaixo descrevem a média e desvio padrão das seis categorias do continuum da motivação para a prática de atividade física dos grupos de profissionais de saúde capacitados, sendo possível observar da esquerda para a direita os valores referentes a ausência de motivação (Amot), passando por um comportamento motivacional mais externo para a atividade física até chegar em uma condição mais autodeterminada (Moti) de atividade física, ou seja, no qual o indivíduo tem mais autonomia sobre as suas decisões. Foi observado que em ambos os grupos, independente do momento, houve diferenças significativas e superiores ao comparar os tipos de motivações caracterizadas como mais internas para a prática de atividade física (Moti, Reig e Reid) com a ausência de motivação (Amot) e, em alguns casos, a motivação autodeterminada (Moti) foi superior a motivação mais externa e controlada (Reex). Ainda, ao analisar os diferentes momentos, é interessante frisar que a motivação "Reig" (integrada) – relacionada a prática de atividade física por estilo de vida (mais autônoma) dos grupos G1 e G3 começou a apresentar diferenças significativas a partir do momento após capacitação e no segmento de 3 e 6 meses, diferentemente do grupo G2 que manteve um comportamento similar do início ao final da intervenção. Os grupos estavam homogêneos ($p \geq 0,05$) no momento basal da pesquisa e não foram identificadas diferenças entre os distintos momentos e os respectivos tipos de motivação (Tabela 5).

Tabela 5. Média e desvio padrão dos diferentes tipos de motivações conforme os momentos da pesquisa nos grupos de profissionais da saúde. Brasil, 2024.

Profissionais	Amot	Reex	Reij	Reid	Reig	Moti
			Média (dp)			
Diferentes motivações[#]						
G1 - UBS1 n=14						
Pré	0,80 (0,74)	1,18 (0,78)	1,52 (1,27)	2,55 (1,17)*	1,66 (1,35)	2,48 (1,30)+
Pós	0,68 (0,84)	0,91 (0,79)	1,38 (1,09)	2,48 (1,13)*	2,04 (1,22)	2,45 (1,35)*
Pós 3 meses	0,52 (0,65)	0,79 (0,85)	1,43 (1,16)	2,61 (1,18)*	2,18 (1,37)+	2,66 (1,39)*
Pós 6 meses	0,63 (0,80)	0,70 (0,76)	1,38 (1,05)	2,55 (1,13)*	2,14 (1,36)+	2,54 (1,46)*
p	0,80	0,47	0,99	0,99	0,78	0,98
G2 - UBS2 n=21						
Pré	0,20 (0,29)	0,95 (0,87)	2,13 (1,18)*	2,80 (0,82)*	2,23 (0,99)*	2,67 (0,98)*
Pré	0,58 (0,78)	1,10 (0,74)	2,24 (1,31)*	2,67 (0,90)*	1,96 (1,25)*	2,55 (0,95)*
Pós	0,62 (1,06)	1,20 (1,01)	2,29 (1,28)*	2,75 (0,81)*	2,27 (1,11)*	2,57 (0,89)*
Pós 3 meses	0,60 (1,00)	1,30 (1,10)	2,16 (1,25)*	2,77 (0,80)*	2,32 (1,02)*	2,60 (0,91)*
Pós 6 meses	0,63 (1,00)	1,36 (1,06)	2,17 (1,33)*	2,76 (0,84)*	2,24 (1,02)*	2,53 (0,91)*
p	0,71	0,80	0,99	0,98	0,89	0,99
G3 - UBS3 n=15						
Pré	0,67 (1,02)	1,77 (1,16)	2,00 (1,33)	2,96 (0,80)*	2,00 (1,61)	2,56 (1,41)+
Pré	0,88 (1,00)	1,52 (1,01)	2,19 (1,36)	2,56 (0,92)+	1,90 (1,66)	2,67 (1,30)+
Pré	0,73 (1,05)	1,42 (0,96)	1,24 (0,91)	2,63 (0,90)*	2,08 (1,35)	2,35 (1,30)*
Pós	0,80 (0,82)	1,38 (0,67)	1,56 (0,89)	2,70 (0,82)*	2,17 (1,25)+	2,65 (1,11)*
Pós 3 meses	0,80 (0,82)	1,42 (0,66)	1,53 (0,87)	2,68 (0,83)*	2,10 (1,20)+	2,55 (1,04)*
Pós 6 meses	0,83 (0,79)	1,43 (0,58)	1,42 (0,96)	2,73 (0,89)*	2,10 (1,20)+	2,57 (1,07)*
p	0,99	0,91	0,32	0,91	0,99	0,99
G4 – todas UBS n=50						
Pré	0,66 (0,85)	1,21 (0,81)	1,74 (1,25)*	2,62 (0,96)*	1,91 (1,29)*	2,47 (1,14)*
Pós	0,69 (0,91)	1,17 (0,86)	1,81 (1,17)*	2,66 (0,90)*	2,17 (1,16)*	2,56 (1,08)*
Pós 3 meses	0,63 (0,85)	1,19 (0,93)	1,76 (1,14)*	2,70 (0,91)*	2,21 (1,15)*	2,60 (1,07)*
Pós 6 meses	0,67 (0,87)	1,19 (0,89)	1,68 (1,18)*	2,72 (0,93)*	2,20 (1,15)*	2,57 (1,10)*
p	0,99	0,99	0,95	0,96	0,66	0,94

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; IaD – Índice de Autodeterminação; AF – Atividade Física; *comparações intragrupo referente aos tipos de motivações (p=0,00); +comparações intragrupo referente aos tipos de motivações (p≤0,05); #não foram identificadas diferenças significativas (p>0,05) entre os grupos G1, G2 e G3, referente ao momento pré dos diferentes tipos de motivações; Amot – sem motivação; Reex – regulação externa, pratica AF por recompensas; Reij – regulação introjetada, pratica AF por sentimento de culpa; Reid – regulação identificada, pratica AF pelos benefícios individuais; Reig – regulação integrada, pratica AF por um estilo de vida; Moti – regulação interna – pratica AF por vontade própria.

A tabela 6 apresenta a média e desvio padrão das seis categorias do *continuum* da motivação para a prática de atividade física dos usuários dos serviços de saúde, assim como observado na tabela anterior, porém, durante o período de um ano e três meses. Ambos os grupos, independente do momento, apresentaram diferenças significativas entre os tipos de motivação mais interna (Moti, Reig e Reid) comparadas a ausência de motivação (Amot) e, em alguns casos, verificou-se diferenças entre a motivação autodeterminada (Moti) vs. a motivação mais externa (Reex), de maneira similar aos

profissionais de saúde. Os grupos estavam homogêneos no momento basal da pesquisa e não foram identificadas diferenças entre os distintos momentos e os respectivos tipos de motivação (p≥0,05).

Tabela 6. Média e desvio padrão dos diferentes tipos de motivações conforme os momentos da pesquisa nos grupos de usuários dos serviços de saúde. Brasil, 2024.

Usuários	Amot	Reex	Reij	Reid	Reig	Moti
			Média (dp)			
Diferentes motivações[#]						
G1 - UBS1 n=17						
Basal	0,63 (0,79)	1,22 (0,79)	1,75 (1,23)	2,94 (0,90)*	2,96 (1,24)*	3,35 (0,86)*
3º mês	0,50 (0,81)	1,09 (0,73)	1,75 (1,34)	2,91 (0,74)*	3,25 (1,09)*	3,40 (0,89)*
6º mês	0,57 (0,80)	1,21 (0,87)	1,67 (1,37)	3,01 (0,76)*	2,93 (1,24)*	3,34 (0,97)*
9º mês	0,22 (0,43)	1,19 (1,03)	1,61 (1,37)	3,01 (0,77)*	2,91 (1,34)*	3,35 (0,90)*
15º mês	0,34 (0,61)	1,41 (1,12)	1,65 (1,31)+	3,00 (0,79)*	2,97 (1,35)*	3,15 (1,17)*
p	0,43	0,84	0,99	0,99	0,93	0,94
G2 - UBS2 n=17						
Basal	0,18 (0,39)	1,34 (1,18)*	2,14 (1,33)*	3,43 (0,61)*	3,72 (0,50)*	3,87 (0,38)*
3º mês	0,62 (0,71)	1,06 (0,90)	1,88 (1,51)*	3,41 (0,46)*	3,51 (0,73)*	3,82 (0,46)*
6º mês	0,41 (0,61)	0,91 (1,02)	1,82 (1,12)*	3,53 (0,49)*	3,65 (0,77)*	3,82 (0,61)*
9º mês	0,50 (0,61)	0,90 (1,00)	2,16 (1,29)*	3,57 (0,45)*	3,59 (0,78)*	3,85 (0,61)*
15º mês	0,40 (0,57)	0,93 (0,98)	2,08 (1,26)*	3,62 (0,42)*	3,71 (0,59)*	3,91 (0,36)*
p	0,28	0,65	0,92	0,68	0,89	0,98
G3 - UBS3 n=17						
Basal	0,53 (0,62)	1,31 (1,10)	1,86 (1,43)+	3,19 (0,67)*	3,34 (1,09)*	3,38 (1,10)*
3º mês	0,40 (0,64)	1,32 (1,03)	1,82 (1,32)+	3,26 (0,53)*	3,19 (1,21)*	3,47 (1,19)*
6º mês	0,60 (0,72)	1,50 (0,98)	1,76 (1,26)	3,29 (0,55)*	3,28 (1,21)*	3,47 (1,19)*
9º mês	0,59 (0,72)	1,49 (0,98)	1,75 (1,23)	3,28 (0,57)*	3,32 (1,23)*	3,47 (1,19)*
15º mês	0,87 (0,81)	1,32 (1,03)	1,59 (1,28)	3,26 (0,58)*	3,25 (1,19)*	3,40 (1,19)*
p	0,41	0,96	0,97	0,98	0,99	0,99
G4 – todas UBS n=51						
Basal	0,44 (0,64)	1,28 (1,01)*	1,91 (1,31)*	3,18 (0,75)*	3,33 (1,02)*	3,53 (0,85)*
3º mês	0,50 (0,71)	1,15 (0,88)*	1,81 (1,36)*	3,19 (0,61)*	3,31 (1,02)*	3,56 (0,89)*
6º mês	0,52 (0,70)	1,20 (0,97)*	1,75 (1,22)*	3,27 (0,63)*	3,28 (1,11)*	3,54 (0,95)*
9º mês	0,43 (0,60)	1,19 (1,01)*	1,83 (1,29)*	3,28 (0,64)*	3,27 (1,15)*	3,55 (0,93)*
15º mês	0,53 (0,69)	1,22 (1,04)*	1,77 (1,27)*	3,29 (0,65)*	3,30 (1,11)*	3,48 (1,01)*
p	0,94	0,96	0,96	0,86	0,99	0,99

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; IaD – Índice de Autodeterminação; AF – Atividade Física; *comparações intragrupo referente aos tipos de motivações (p=0,00); +comparações intragrupo referente aos tipos de motivações (p≤0,05); #não foram identificadas diferenças significativas (p≥0,05) entre os grupos G1, G2 e G3, referente ao momento basal dos diferentes tipos de motivações; Amot – sem motivação; Reex – regulação externa, pratica AF por recompensas; Reij – regulação introjetada, pratica AF por sentimento de culpa; Reid – regulação identificada, pratica AF pelos benefícios individuais; Reig – regulação integrada, pratica AF por um estilo de vida; Moti – regulação interna – pratica AF por vontade própria.

Discussão

Com objetivo de avaliar os efeitos de uma capacitação para promoção da atividade física baseada na teoria da autodeterminação, observou-se como resultados que a maioria

das variáveis sociodemográficas e relacionadas à saúde são similares entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde, com exceção da idade, no qual os profissionais são mais jovens do que os usuários, além da renda e escolaridade que foram superiores entre os profissionais de saúde, sendo um dado parcialmente esperado. Em relação à satisfação das necessidades psicológicas básicas e o índice de autodeterminação, verificou-se valores significativamente superiores dos usuários dos serviços de saúde quando comparados aos profissionais no momento inicial da pesquisa, com tendência do mesmo comportamento para os demais segmentos da intervenção.

Ao analisar tais resultados existem aspectos que não podem ser desconsiderados sobre os efeitos que o desbalanceamento dessas variáveis podem gerar nas ações de promoção de atividade física e na sua receptividade. Em um estudo realizado com profissionais australianos da área de fitness, ficou evidenciado que a percepção do profissional sobre a motivação e o peso corporal dos indivíduos que serão atendidos pode interferir na orientação de maneira mais ou menos autônoma (Ntoumanis et al. 2018).

Entretanto, o contrário também pode ocorrer, caso o indivíduo perceba que o profissional é capaz de fornecer apoio à autonomia, satisfazendo as suas necessidades psicológicas básicas, será mais provável que alcance motivações mais autônomas para praticar atividade física (Edmunds et al, 2011; Teixeira et al. 2012; Rodrigues et al. 2020; Rodrigues et al. 2021). Ainda, profissionais de medicina que forneceram orientações de apoio à autonomia a pacientes com dor torácica influenciaram em motivações mais autônomas e em consequentes comportamentos positivos de saúde, como alimentação, atividade física e tabagismo (Williams et al. 2005), embora seja importante destacar a influência dos médicos sobre comportamentos positivos de saúde (Ryan e Deci, 2020; Polo et al. 2020).

Logo, evidencia-se a necessidade de orientações direcionadas aos profissionais de saúde para a prática do aconselhamento que apoie a autonomia do usuário, visto que o favorecimento das necessidades psicológicas básicas e, consequentemente, de motivações mais autônomas (relacionadas ao poder de escolha e prazer) podem incentivar a aderência à atividade física e proporcionar bem-estar (Gomes et al. 2017).

Por outro lado, é importante ressaltar que apesar dos usuários terem apresentado índices superiores das necessidades psicológicas básicas e de autodeterminação para a prática de atividade física, os profissionais podem não conseguir obter essa percepção por diversos motivos, entre eles, está o pouco tempo disponível para o aconselhamento em saúde, a insegurança sobre os próprios conhecimentos (Huijg et al. 2015; Souza Neto et al. 2020) e até mesmo a presença de multimorbidades e limitações físicas dos usuários, sendo possível que venham a aconselhar a partir de uma motivação mais controlada, embora a qualidade dos aconselhamentos não tenha sido objeto de estudo desta pesquisa.

No que se refere aos resultados principais e longitudinais desta intervenção, não foram identificadas diferenças estatísticas ao longo do tempo para a satisfação das necessidades psicológicas básicas e o índice de autodeterminação nos diferentes grupos de profissionais e usuários dos serviços de saúde. Ao analisar os dados por tipo de motivação, tanto dos profissionais quanto dos usuários, foi identificado diferenças significativas e superiores entre o tipo de motivação mais autônoma quando comparada a ausência de motivação em todos os momentos.

Contudo, a motivação denominada como integrada, no qual está relacionada a prática de atividade física por estilo de vida dos grupos de profissionais da saúde, começou a apresentar diferenças significativas após a capacitação e no seu segmento. Tais resultados podem ser descritos como positivos, visto que estudos anteriores apresentam a motivação autônoma como positivamente relacionada a maiores níveis e manutenção da

atividade física (Teixeira et al. 2012; Rodrigues et al. 2018), contudo, ainda são escassos estudos longitudinais que avaliem as necessidades psicológicas básicas, o nível de motivação dos profissionais de saúde e os seus desdobramentos sobre o comportamento de usuários dos serviços de saúde.

Outro ponto interessante trata-se do comportamento de característica semelhante sobre os tipos de motivações para a prática de atividade física entre as equipes de profissionais de saúde com os seus respectivos grupos de usuários dos serviços de saúde, embora os usuários apresentem valores médios superiores aos dos profissionais (dif. média de 6,17 pts.), é possível hipotetizar que exista alguma influência entre a equipe de saúde e a sua respectiva comunidade de atendimento. Apesar de não ter sido aferido o nível e a qualidade do conhecimento dos profissionais de saúde sobre atividade física durante a intervenção, a maioria elencou que realiza o aconselhamento de atividade física regularmente e esse comportamento persistiu até o final do período de intervenção profissional (dados não apresentados) e, aliado ao fator de influência positiva que os profissionais de saúde podem desempenhar ao estabelecer contato com a sua população, é possível esperar algum grau de concordância entre os grupos, mas não é possível afirmar que a intervenção tenha influenciado.

A partir de uma revisão sistemática que buscou avaliar as barreiras e facilitadores para se intervir e promover atividade física de maneira sustentável na atenção primária à saúde, identificou-se entre alguns fatores essenciais a importância de se ter profissionais de saúde com um bom grau de conhecimentos e competências relacionadas à atividade física e a sua promoção, além de que sejam reforçados estímulos cognitivos e atitudes positivas desses profissionais (Silva et al. 2023), sendo assim, espera-se que com o tempo e algum grau de regularidade, os usuários dos serviços de saúde possam se beneficiar desses fatores.

Em relação aos níveis de atividade física, tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços de saúde não apresentaram mudanças após a intervenção e nos seus segmentos. Os resultados parecem razoáveis, compreendendo que seria esperado mudanças significativas nas variáveis psicológicas e de motivação para que então pudessem ser encontrados dados positivos sobre os níveis de atividade física (Teixeira et al; Rodrigues et al. 2018).

Em uma revisão sistemática e meta-análise, os pesquisadores identificaram efeitos modestos sobre os níveis de atividade física dos usuários da atenção primária, a partir de intervenções de aconselhamento praticadas por profissionais de saúde, com efeito médio de 0,04 em seis meses e de 0,19 em um ano, indicando que o tempo é um preditor importante para mudanças de comportamento em saúde, mas vale ressaltar que a maioria dos estudos ocorreram em países de alta renda (Wardt et al. 2021).

Nesse sentido, considerando países de baixa a média renda, em uma revisão de escopo realizada na América Latina, os autores analisaram especificamente o efeito de capacitações profissionais sobre a mudança de comportamento em saúde dos usuários de saúde, sendo identificado resultados modestos ou sem mudanças sobre a variável atividade física em um período de até seis meses de acompanhamento (Sposito et al. 2024).

Embora os resultados de atividade física pareçam mais positivos à longo prazo, é importante considerar as metodologias de intervenções empregadas diante das características de suas populações, à exemplo do uso ou não de referenciais teóricos de mudança de comportamento, escolaridade e sexo, visto que populações com baixa escolaridade e mulheres enfrentam maior dificuldade para se tornarem e manterem fisicamente ativos, ainda, intervenções em países de baixa a média renda como este estudo, carregam em sua amostra dois ou mais fatores determinantes, inferindo

certamente em efeitos pequenos em variáveis relacionadas a motivação e nos comportamentos de saúde. Outro ponto que não pode ser desconsiderado é o uso de medida indireta de atividade física (questionário), que possui pouca sensibilidade sobre pequenas mudanças nos níveis de atividade física.

Pontos fortes e limitações

A presente pesquisa apresenta como pontos fortes o período longitudinal de informações inovadoras a respeito do comportamento motivacional da atividade física de profissionais e usuários dos serviços de saúde a partir de uma capacitação de promoção da atividade física no contexto da atenção primária à saúde de um sistema de saúde público, em um país de média renda.

Ainda, trata-se de uma capacitação promovida a partir de referencial teórico validado e direcionada à equipe de profissionais de saúde com distintas categorias atuantes, incentivando a promoção da saúde para todas as pessoas usuárias dos serviços de saúde e em diferentes situações, como consultas, visitas domiciliares e atendimentos compartilhados, se alinhando as características essenciais da atenção primária à saúde.

Enquanto limitações, o número amostral pode ser um fator limitante para identificação de efeitos, embora a presente pesquisa seja de viabilidade, no qual possui a característica de compreender as limitações e potencialidades metodológicas para estudos maiores; o uso de questionários pode subestimar ou superestimar os resultados, mas os pesquisadores buscaram minimizar essas condições com constantes orientações aos participantes.

Ainda, a ausência de randomização das unidades de saúde participantes da pesquisa pode ter selecionado equipes de saúde mais favoráveis à temática de atividade física, o que pode ter implicado nos resultados. Também é importante ressaltar que a

atenção primária à saúde é um local de atendimento comunitário amplamente diverso, com condições eventualmente não controladas pelos pesquisadores, inferindo maior dificuldade para o desenvolvimento e acompanhamento deste tipo de intervenção, por exemplo: férias, afastamento profissional por motivos de saúde e demandas profissionais irrevogáveis da gestão local de saúde, como cursos de vacinação, implantação de protocolos de saúde mental, entre outros, que interferem na presença completa da equipe profissional durante o período de capacitação, embora a maioria dos profissionais tenha seguido o compromisso estabelecido.

Outro ponto a ser refletido diz respeito a concordância da gestão e das coordenações das unidades de saúde com a capacitação, mas não necessariamente uma escolha da equipe de saúde, criando em um primeiro momento, uma atividade obrigatória e não uma possibilidade de escolha. Por fim, a capacitação teve início e continuidade em período de pandemia da covid-19, no qual colocou a maior parte das atividades de saúde voltadas para ações de enfrentamento à pandemia, o que pode ter interferido negativamente nos desfechos analisados neste estudo, ou seja, terem sido subestimados em decorrência de um grave problema de saúde pública mundial.

Conclusões

Conclui-se que não foram identificados nesta intervenção efeitos da capacitação de promoção da atividade física orientada pela teoria da autodeterminação sobre as necessidades psicológicas básicas e o índice de autodeterminação para a prática de atividade física dos profissionais de saúde. Contudo, ao detalhar a qualidade motivacional, evidenciou-se tendência de aumento da motivação mais autônoma, especificamente a denominada integrada para a prática de atividade física após a

capacitação e no seu segmento de até seis meses, sendo um avanço positivo de característica pessoal e que poderá interferir nas ações de promoção da atividade física.

Em relação aos usuários dos serviços de saúde, não foram encontradas mudanças sobre o índice de autodeterminação (nível de motivação) após o período de um ano e três meses, mas em relação a qualidade da motivação foi notável que os usuários apresentaram motivação autônoma superior à motivação, assim como os profissionais de saúde, sendo um achado bastante positivo encontrado neste estudo, o que reforça o interesse dos usuários pela prática de atividade física, embora não possa ser extrapolado pela influência profissional, incentivando estudos ainda mais controlados e que atendam a realidade da atenção primária à saúde.

Contudo, parece haver semelhança do comportamento motivacional da equipe de saúde com a de seus usuários, inferindo que os profissionais de saúde podem liderar comportamentos positivos de saúde, entretanto, não foram encontradas mudanças nos níveis de atividade física no lazer das equipes profissionais e dos seus usuários de saúde durante o período de intervenção.

O que sugerimos para estudos futuros?

Sugerem-se mais intervenções em países de baixa a média renda no contexto da atenção primária baseadas na teoria da autodeterminação e que avaliem os constructos da teoria em equipes de saúde e nos seus usuários, se possível, em amostras maiores e diversas, além de serem aplicadas medidas objetivas de atividade física, como a acelerometria, como forma de avaliação do comportamento sedentário e do nível leve de atividade física.

Também recomenda-se que investiguem a qualidade do aconselhamento fornecido e recebido antes e após capacitações orientadas pela teoria da

autodeterminação. Por fim, a presente intervenção de capacitação profissional sustentada pela teoria da autodeterminação possui potencial de induzir mudanças na motivação autônoma dos profissionais de saúde, mesmo sendo de característica breve e pode ser viável e recomendada para contextos de saúde similares a esta pesquisa.

Reflexões adjacentes a esta pesquisa

É de suma importância que haja uma preocupação interdisciplinar com a temática de promoção da atividade física, no qual caminhe desde a base profissional e seja encorajada por diferentes setores. Em uma revisão de escopo realizada na Inglaterra, os autores incluíram 25 estudos elegíveis que abordaram o currículo de profissionais de saúde sobre conteúdos de promoção da atividade física durante o período de graduação e na formação continuada e encontraram diversos conteúdos relacionados a sua importância, benefícios, condições especiais de saúde, barreiras, estratégias de aconselhamento, entrevista motivacional, entre outros conteúdos relacionados à atividade física, embora os autores esclareçam que há uma predominância de aspectos epidemiológicos da atividade física nesses currículos e que as formações mereçam uma maior diversidade (Netherway, Smith e Monforte, 2021).

Esse estudo é um bom referencial que desdobrou atenção sobre a temática curricular de promoção da atividade física em uma país de alta renda, podendo contribuir para que instituições gestoras de educação, saúde e pesquisa em países ainda incipientes sobre o assunto avancem para uma formação desde a base até a educação continuada, incluindo as atuais evidências científicas, mas sem desconsiderar os determinantes e condicionantes de saúde e que a atividade física seja incentivada como uma possibilidade prazerosa, favorecendo a sua continuidade e oportunizando os benefícios a curto, médio e à longo prazo.

Além disso, também se faz necessário um olhar para o cuidado à saúde dos profissionais, criando condições justas e motivadoras para o seu amplo trabalho, com oportunidades a programas de promoção da atividade física e a outros comportamentos positivos de saúde, favorecendo-os pessoalmente e profissionalmente.

Referências

1. Santos AC, Willumsen J, Meheus F, Ilbawi A, Bull FC. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. The Lancet Global Health 2023;11:e32–9. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00464-8.
2. Lei Orgânica da Saúde. Brasil. Lei nº 12.864 de 24 de setembro de 2013 altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.
3. 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. The Lancet Global Health 2018;6:e1077–86. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de prática de atividade física nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal entre 2006 e 2021 [Internet]. Brasília, 2022.
5. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.

7. Malta MB, Carvalhaes MA de BL, Takito MY, Tonete VLP, Barros AJD, Parada CMG de L, et al. Educational intervention regarding diet and physical activity for pregnant women: changes in knowledge and practices among health professionals. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16 (1): 175.
8. Nascimento TMR, Resnicow K, Nery M, Brentani A, Kaselitz E, Agrawal P, et al. A pilot study of a Community Health Agent-led type 2 diabetes self-management program using Motivational Interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil. BMC Health Serv Res. 2017; 17 (1): 32.
9. Netherway J, Smith B, Monforte J. Training Healthcare Professionals on How to Promote Physical Activity in the UK: A Scoping Review of Current Trends and Future Opportunities. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18:6701. https://doi.org/10.3390/ijerph18136701.
10. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GA, Parra DC, Siqueira FV, et al. Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. BMC Public Health 2015; 15:344. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1643-3.8.
11. Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. BMC Public Health 2016; 16:1114. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3778-2.
12. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol 2000;55:68–78. https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.68.

13. Hagger M, Chatzisarantis N. Self-determination Theory and the psychology of exercise. International Review of Sport and Exercise Psychology 2008;1:79–103. https://doi.org/10.1080/17509840701827437.
14. Ntoumanis N, Ng JYY, Prestwich A, Quested E, Hancox JE, Thøgersen-Ntoumani C, et al. A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. Health Psychology Review 2021;15:214–44. https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529.
15. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. Int J Behav Nutr Phys Act 2012;9:78. https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78.
16. Rodrigues F, Bento T, Cid L, Pereira Neiva H, Teixeira D, Moutão J, et al. Can Interpersonal Behavior Influence the Persistence and Adherence to Physical Exercise Practice in Adults? A Systematic Review. Front Psychol 2018; 9:2141. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02141.
17. Whitehead AL, Sully BGO, Campbell MJ. Pilot and feasibility studies: is there a difference from each other and from a randomised controlled trial? Contemp Clin Trials 2014;38:130–3. https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.04.001.
18. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity: Medicine & Science in Sports & Exercise 2003; 35:1381–95. https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB.14.
19. Guedes D, Sofiati S. Tradução e validação psicométrica do Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire para uso em adultos brasileiros. Rev Bras Ativ Fís Saúde 2015; 20:397.https://doi.org/10.12820/rbafs.v.20n4p397.

20. Rodrigues F, Hair JF, Neiva HP, Teixeira DS, Cid L, Monteiro D. The basic psychological need satisfaction and frustration scale in exercise (Bpnsfs-e): validity, reliability, and gender invariance in portuguese exercisers. Percept Mot Skills. 2019; 126 (5): 949–72.
21. Ntoumanis N, Guerrero MD, Gadeke C, Thøgersen-Ntoumani C. Do exerciser weight status and perceived motivation predict instructors' motivation and beliefs about the exerciser? A test of motivation contagion effects. Body Image 2018; 26:10–8. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.05.001.
22. Edmunds J, Ntoumanis N, Duda JL. Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. Psychology of Sport and Exercise 2007;8:722–40. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2006.07.006.
23. Rodrigues F, Teixeira DS, Neiva HP, Cid L, Monteiro D. The bright and dark sides of motivation as predictors of enjoyment, intention, and exercise persistence. Scandinavian Med Sci Sports 2020; 30:787–800. https://doi.org/10.1111/sms.13617.
24. Rodrigues F, Macedo R. Exercise Promotion: Reviewing the Importance of Health Professionals Interpersonal Behaviors on Exercisers Basic Psychological Needs. Percept Mot Skills 2021;128:800–12. https://doi.org/10.1177/0031512520983078.
25. Williams GC, Gagné M, Mushlin AI, Deci EL. Motivation for behavior change in patients with chest pain. Health Education 2005;105:304–21. https://doi.org/10.1108/09654280510602516.
26. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions.

Contemporary Educational Psychology 2020;61:101860. https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860.

27. Polo MCE, Matias TS, Tavares GH, Papini CB. Antecedentes motivacionais da atividade física na atenção básica de saúde: um estudo qualitativo. Movimento 2020:e26082–e26082. https://doi.org/10.22456/1982-8918.105017.
28. Gomes AR, Gonçalves AM, Maddux JE, Carneiro L. The intention-behaviour gap: An empirical examination of an integrative perspective to explain exercise behaviour. International Journal of Sport and Exercise Psychology 2018;16:607–21. https://doi.org/10.1080/1612197X.2017.1321030.
29. Huijg JM, Gebhardt WA, Verheijden MW, Van Der Zouwe N, De Vries JD, Middelkoop BJC, et al. Factors influencing primary health care professionals' physical activity promotion behaviors: a systematic review. IntJ Behav Med [Internet]. 2015; 22(1):32–50. https://doi.org/10.1007/s12529-014-9398-2.
30. Souza Neto JM, Guerra PH, Rufino EA, Costa FF. Isolated and simultaneous perceived barriers to physical activity counseling. Rev Bras Ativ Fís Saúde [Internet]. 2020; 24:1 https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0098.
31. van der Wardt V, di Lorito C, Viniol A. Promoting physical activity in primary care: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2021;71: e399–405. https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0817.
32. Sposito et al. Assessment of educational interventions for primary health care professionals in Latin America on the content of physical activity: a scoping review. 2024.
33. Silva CS, Godinho C, Encantado J, Rodrigues B, Carraça EV, Teixeira PJ, et al. Implementation determinants of physical activity interventions in primary health

care settings using the TICD framework: a systematic review. BMC Health Serv Res 2023; 23:1082. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09881-y.

14. Capítulo 6. Considerações Finais

A partir do objetivo de desenvolver e analisar a viabilidade, bem como os efeitos, de uma capacitação educativa de promoção da atividade física, fundamentada na teoria da autodeterminação (TAD) e direcionada às equipes profissionais da Estratégia Saúde da Família da APS-SUS, foi possível verificar a partir de revisão na literatura científica, que os estudos ou a publicação deles são incipientes na América Latina, com ausência de formações oficiais direcionadas aos profissionais de saúde brasileiros sobre promoção da atividade física.

Com os estudos originais, foi possível observar as percepções dos profissionais de saúde após o treinamento para promoção de atividade física e identificou-se que a capacitação atendeu minimamente os pressupostos da TAD nas três equipes profissionais de intervenção, sugerindo que é viável a reprodução da capacitação no contexto da APS.

Também foram encontradas melhoras na qualidade motivacional dos profissionais de saúde, com aumento da motivação autônoma após a capacitação. Contudo, os usuários apresentaram maior média das necessidades psicológicas básicas e do índice de autodeterminação do que os profissionais de saúde, o que estimula a necessidade de capacitações que oportunizem e instrumentalizem os profissionais para se sentirem mais competentes e interessados pela temática.

Sendo assim, a hipótese de que a capacitação de promoção sobre atividade física, fundamentada na TAD, poderia induzir ao desenvolvimento pessoal dos integrantes da Equipe Estratégia Saúde da Família da APS-SUS foi atendida parcialmente, com aumento da qualidade motivacional, mas sem mudanças nos níveis de atividade física.

Ainda, não é possível afirmar que essa maior autonomia motivacional tenha influenciado positivamente no comportamento dos usuários dos serviços de saúde.

Entretanto, é crucial destacar que este é um estudo comunitário, ou seja, realizado no contexto real, no qual busca avaliar a viabilidade de uma capacitação fundamentada na TAD. As ações da APS brasileira são coordenadas pelas equipes profissionais, o que significa que o conhecimento deve ser compartilhado com todos os membros da equipe. Compreendendo que cada indivíduo, conforme suas possibilidades, poderá contribuir para a abordagem da temática, resultando em uma sinergia que reflete no trabalho coletivo de promoção da saúde.

Portanto, a partir dos resultados encontrados, torna-se possível e oportuno recomendar a presente capacitação de promoção sobre atividade física para equipes de profissionais da saúde da APS, sendo uma atividade bastante congruente com os princípios da APS e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

15. Capítulo 7. Apêndices

Descrição do conteúdo da capacitação direcionado aos profissionais de saúde da atenção primária à saúde do SUS sobre promoção da atividade física

Encontro 1:

19. Como está a sua prática de atividade física?
20. Discussão das seguintes frases: "Ser fisicamente ativo pode adicionar anos à vida e vida aos anos" (Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS) e "Fazer o que gosta ativamente pode adicionar vida aos anos e consequentemente anos à vida".
21. Vocês consideram a prática de atividade física importante?
22. O que vocês conhecem sobre as recomendações de atividade física?
23. Qual a sua opinião sobre as recomendações? Falar sobre elas aumenta a atividade física das pessoas?
24. Conhecendo os dados de vigilância da atividade física e as suas desigualdades.
25. Apresentação da Política Nacional de Promoção da Saúde e o que ela preconiza.
26. Apresentação do Programa Academia da Cidade e Programa Academia da Saúde: características principais e o seu funcionamento.
27. Reconhecendo que o setor saúde faz parte dos 8 investimentos que funcionam para promover atividade física.
28. Apresentando a estratégia do breve aconselhamento.
29. Diferenciando práticas corporais/atividades físicas de exercício físico.
30. Reconhecendo os domínios da atividade física.
31. Quais motivos te motivam a praticar atividade física?
32. Dinâmica da música: Explicando com músicas. Imagine que a atividade física é como a sua *playlist.* Você escolhe ouvir aquilo que não gosta ou você seleciona e muda de músicas conforme o seu interesse?
33. Apresentando o *continuum* da motivação - teoria da autodeterminação.
34. Conceituando as necessidades psicológicas básicas.
35. O que é autodeterminação?
36. Dinâmica das motivações. Exemplificando por histórias e vídeos a motivação controlada e autônoma.

Entre os momentos (mês), os profissionais receberam uma mensagem personalizada e que buscasse atender as necessidades psicológicas básicas, considerando o seu estágio de prontidão para a prática de atividade física.

Encontro 2:

4. Dinâmica da lembrança: Relembrando o conteúdo do mês anterior por meio de uma atividade denominada como "caça", em que foram espalhadas diversas perguntas pelas salas da UBS e conforme os grupos acertassem as respostas, eles pontuavam. Foram divididos 3 a 4 grupos para as atividades.
5. Após a dinâmica, foram respondidas e discutidas todas as perguntas.
6. Dinâmica de construção: A partir dos conceitos estabelecidos das necessidades psicológicas básicas, cada grupo ficou incumbido de pensar em estratégias no dia a dia profissional que ajudassem a fortalecê-las com os usuários dos serviços de saúde. Cada grupo recebeu uma cartolina e pôde discutir e estruturar as ideias. Na sequência, foram realizadas as apresentações.

Entre os momentos (mês), os profissionais receberam uma régua/marcador de texto

indicando o *continuum* da motivação com orientações de ações para uma prática de atividade física mais prazerosa.
Encontro 3: 3. Dinâmica das necessidades psicológicas básicas: Os profissionais foram divididos em 3 grupos e cada grupo recebeu um saquinho com as 21 estratégias que podem favorecer as necessidades psicológicas básicas. Cada grupo deveria organizar as estratégias adequadamente dentro da sua respectiva categoria: autonomia, competência e relacionamento, no menor tempo possível. Após, foi discutido e organizado o conteúdo juntamente com a capacitadora. 4. Por fim, foram discutidos dez casos para treinar as possibilidades de ações e aconselhamento breve.
Posteriormente, os profissionais receberam um fluxograma com sugestões para o aconselhamento breve, juntamente com o material impresso resumindo o curso de promoção da atividade física (apêndice).

Capacitação sobre promoção de Atividade Física aos Profissionais de Saúde

Profa. Me. Letícia Sposito

UNESP Rio Claro

www.nafes.org
https://www.facebook.com/nafes.unesp
https://instagram.com/nafes_unesp

“FAZER O QUE GOSTA ATIVAMENTE PODE ADICIONAR VIDA AOS ANOS E CONSEQUENTEMENTE ANOS À VIDA”

Profa. Me. Letícia Sposito

UNESP

Definindo alguns conceitos

Atividade Física/Prática Corporal: toda atividade que gaste energia acima dos níveis de repouso (sentado/deitado). Pode ser no trabalho, no meio doméstico, como transporte ou no tempo livre/lazer.

Exercício Físico: Atividades sistematizadas, planejadas e supervisionadas por um profissional da área.

Comportamento sedentário: são atividades de baixo gasto energético, como o tempo que estamos usando o computador, assistindo televisão e dirigindo, por exemplo.

ATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL

O VIGITEL é um Inquérito Telefônico que ocorre nas capitas brasileiras desde 2006 e, busca identificar comportamentos de saúde, entre eles, está a prática de **ATIVIDADE FÍSICA**.

Para o **VIGITEL** a prática **insuficiente de ATIVIDADE FÍSICA** é definida quando a soma do tempo despendido no lazer, no deslocamento para a trabalho/escola e na atividade ocupacional não atingem 150 minutos de atividades de intensidade moderada ou 75 minutos de atividades vigorosas semanais.

ATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL

De acordo com o **VIGITEL**, quase **45% da população** adulta brasileira é **insuficientemente ativa**, ou seja, não atinge o mínimo recomendado pela Organização Mundial da Saúde e o Guia de Atividade Física para população brasileira de 150 minutos semanais de atividades físicas moderadas.

As mulheres quando comparadas aos homens, tem maiores prevalências desse comportamento, porém, em muitas famílias, são as que desempenham mais tempo de cuidado com a casa, assim, elevando o tempo de atividade física no domínio doméstico.

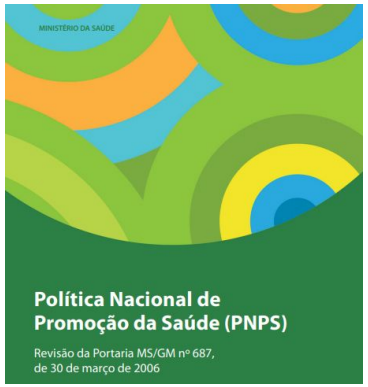
ATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL

Ainda, estão entre os que **menos praticam ATIVIDADE FÍSICA de lazer/no tempo livre**, as mulheres, pessoas mais velhas e a população de menor renda e escolaridade.

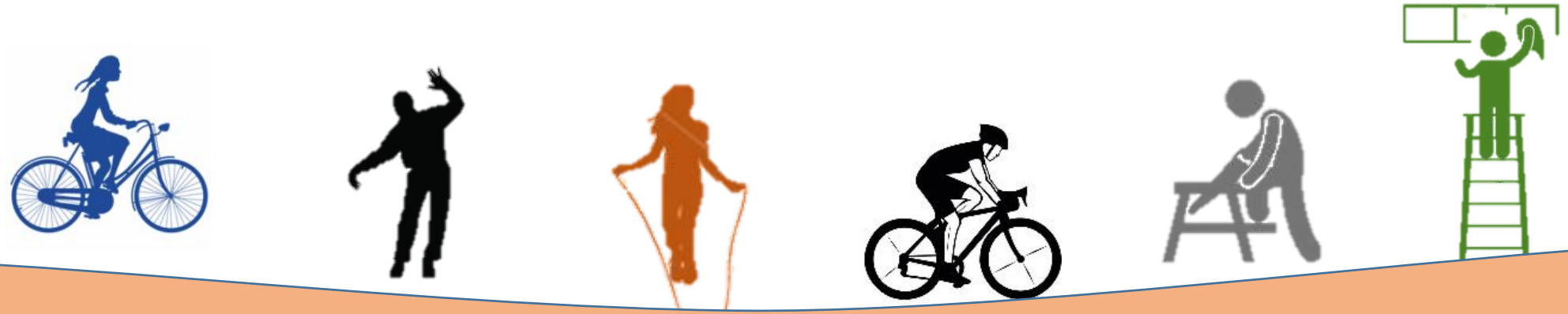
Dessa maneira, sabendo dessas vulnerabilidades, a **Atenção Primária à Saúde** é um dos locais de acesso para esse público que tanto precisa de suporte, sobretudo, para um estilo de vida mais ativo e benéfico à saúde geral.

Como podemos melhorar os índices de atividade física do Brasil em diferentes populações?

Um passo importante...



A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) instituída em 2006 preconiza sobre a **oferta de práticas corporais/atividade física** na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade quanto para grupos vulneráveis. Também incentiva **capacitar os trabalhadores de saúde** em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física.



Como exemplo...

Programa Academia da Cidade - PAC

- O Programa Academia da Cidade (PAC), foi criado como uma estratégia local a partir de 2002, inicialmente em Recife - Pernambuco e, nos anos seguintes, foi implantado em outros municípios brasileiros.

- O PAC tem como objetivo **“promover hábitos de vida saudáveis, aumentar o nível de atividade física da população e ampliar o conhecimento sobre os benefícios da sua prática”**.

RECIFE
ACADEMIA DA CIDADE
RECIFE
@jr_miltinho

Academia da Cidade

Nas cidades que possuem essa iniciativa, as Unidades de Saúde indicam os usuários para frequentar esses espaços

O Programa Academia da Cidade realiza diversas atividades para promover a saúde física da população. O horário de funcionamento é das 5h30 às 11h30 e das 14h às 20h. O equipamento de saúde dispõe de área para as atividades corporais (ginástica, danças, jogos e esportes), pista de caminhada e corrida, quadra poliesportiva, área com brinquedos para o lazer das crianças e para as diversas atividades do Programa da Academia da Cidade (PAC). As equipes também promovem iniciativas culturais para a comunidade.

Os profissionais realizam avaliação física e oferecem orientação para caminhada e corrida; como também palestras, rodas de diálogos, seminários, passeios interpolos, intermunicipais e ciclísticos. A estratégia do PAC é promover a saúde com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável, visando à melhoria da qualidade de vida da população recifense.

Confira as atividades realizadas pelo programa:

Aulas de ginástica e dança;

Práticas corporais para todos os ciclos da vida (ginástica, jogos, dança, esporte, lutas e outros);

Rodas de diálogos relacionadas a temas sociais e de saúde;

Festivais, serestas, jogos e passeios temáticos;

Prescrição de exercícios e orientação nutricional a hipertensos, diabéticos, obesos e cardiopatas;

Corrida e caminhada dos usuários do programa;

Bloco Carnavalesco do programa;

São João do programa;

Dia mundial da promoção da qualidade de vida;

Seminário de Integração Usuários, Profissionais e Gestores;

Estímulo à participação dos usuários em reuniões, fóruns, seminários promovidos pelo programa, conferências, instância de controles sociais e diversos setores internos e externos à Secretaria municipal de Saúde;

Organização de práticas corporais e de lazer voltadas aos usuários da rede de saúde.

Com o exemplo bem sucedido da Academia da Cidade (PAC), a iniciativa tornou-se política pública e foi constituído o PAS

Programa Academia da Saúde - PAS

O programa foi criado em 2011 e trata-se de uma iniciativa do SUS, inserida na Atenção Primária à Saúde e, fica a cargo do **Ministério da Saúde** as normas de financiamento (http://aps.saude.gov.br/ape/academia).

A ação tem o objetivo de **"contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados".**

Nas cidades que possuem essa iniciativa, as Unidades de Saúde indicam os usuários para frequentar esses espaços

Além dos exemplos citados anteriormente e as ações práticas que podem ser oferecidas pelas Unidades de Saúde, ou próximo a ela, como grupos de Caminhada, Lian Gong, entre outras, podemos aprimorar o nosso diálogo para um incentivo à prática de Atividade Física que favoreça a manutenção e seja significativa aos usuários de saúde.

Você incentiva os usuários de saúde a praticar atividade física?

Breve Aconselhamento de Atividade Física

O breve aconselhamento é uma ferramenta de diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários, com o objetivo de incentivar comportamentos mais ativos em qualquer ambiente da Equipe de Saúde, seja no atendimento dentro da Unidade de Saúde, como: recepção, triagem, sala de vacinas ou consultas e, no ambiente externo da Unidade, como nas visitas domiciliares.

Vamos refletir...

Então, reconhecendo as altas prevalências de pessoas que não conseguem realizar pelo menos 150 minutos de Atividade Física na semana e, sabendo da potencialidade que as ações realizadas pela Atenção Primária à Saúde podem ter devido a sua abrangência populacional, é preciso pensarmos em um modo de engajar as pessoas na prática de Atividade Física, justamente por reconhecermos a sua potencialidade para a vida humana.

As pesquisas científicas apresentam que favorecer a **ATIVIDADE FÍSICA** por **MOTIVOS** que causem uma **MOTIVAÇÃO mais interna (AUTÔNOMA)** pode favorecer a permanência por longos períodos.

Você já pensou qual motivo te impulsiona a praticar Atividade Física?

☐

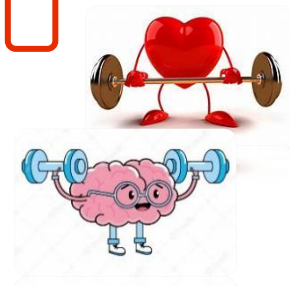
Não vejo sentido em praticar

☐

Por agradar alguém

☐

Evitar sentimentos de culpa

☐ 

Pelos benefícios

☐

Faz parte do meu estilo de vida

☐

Por vontade própria
Pelo prazer e diversão que a atividade proporciona

Favorecer a prática de **ATIVIDADE FÍSICA** como parte de um **estilo de vida** e, principalmente, **pelo prazer e diversão** são motivos mais internos, promovendo um comportamento mais duradouro.

Então...

Vamos refletir...

Ao escolhermos a nossa playlist sempre optamos por músicas que GOSTAMOS, não é mesmo?

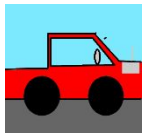
A mesma intenção deve se aplicar ao iniciar a prática de ATIVIDADE FÍSICA, pois as chances de manutenção por longos períodos são maiores.

Para fixar...

MOTIVOS

São as **razões ou necessidades** que nos **impulsionam** para agir de uma determinada maneira. Por ex: Eu pratico Atividade Física para melhorar a minha aparência física (estética - razão/necessidade externa) **OU** eu pratico porque me sinto bem durante a atividade (prazer - razão/necessidade interna).

MOTIVAÇÃO



A motivação é como um carro em constante movimento, está relacionada aos **estímulos e sentimentos** que nos levam a colocar em prática os motivos para alcançar determinado objetivo.

Para a prática de atividade física, o que te impulsiona é mais externo ou interno?

Alguns exemplos sobre a prática de Atividade Física...

MOTIVOS + INTERNOS

- Para se sentir bem;
- Pelo prazer e diversão;
- Para usufruir dos aspectos sociais da atividade;
- Para fazer novos amigos;
- Porque faz parte de um estilo de vida;
- ...

MOTIVOS + EXTERNOS

- Melhorar a aparência física;
- Para ser reconhecido pelas realizações;
- Porque alguém pressionou;
- Para atingir metas (de saúde, por ex.);
- Para demonstrar ser uma pessoa saudável;
- ...

Os "motivos + externos", assim como os "internos" podem favorecer o início de um comportamento mais ativo, mas os "motivos + externos" dificultam o processo de autonomia e manutenção. Portanto, recomenda-se cautela no incentivo dos "motivos + externos", porém, caso eles sejam aplicados, procure no próximo diálogo incentivar pelos aspectos "+ internos", a fim de favorecer uma Atividade Física de longo prazo e mais significativa.

Continuando...

A mídia, o nosso ambiente familiar, a vizinhança, amigos, escola, trabalho, a unidade de saúde, ou seja, diversos ambientes e nossa interação com eles podem causar <u>razões e necessidades</u> **(MOTIVOS)** que favorecem uma **AÇÃO/MOVIMENTO**, ou seja, uma **MOTIVAÇÃO** mais <u>externa</u> ou <u>interna</u> para realizar um determinado comportamento, NO CASO, a prática de Atividade Física, podendo implicar, também, na decisão de não realizá-la.

Como favorecer uma motivação mais interna para a prática de Atividade Física?

A Teoria da Autodeterminação apresenta o *continnum* da motivação humana para a prática de Atividade Física (Figura 1). Ao estimularmos as **necessidades psicológicas básicas** de **Autonomia**, **Competência** e **Relacionamento** (conexão) favorecemos uma motivação mais interna/intrínseca (autodeterminada), que está relacionada a **diversão** e **prazer** pela prática de Atividade Física, assim, favorecendo a permanência nela.

Observe a Figura a seguir...

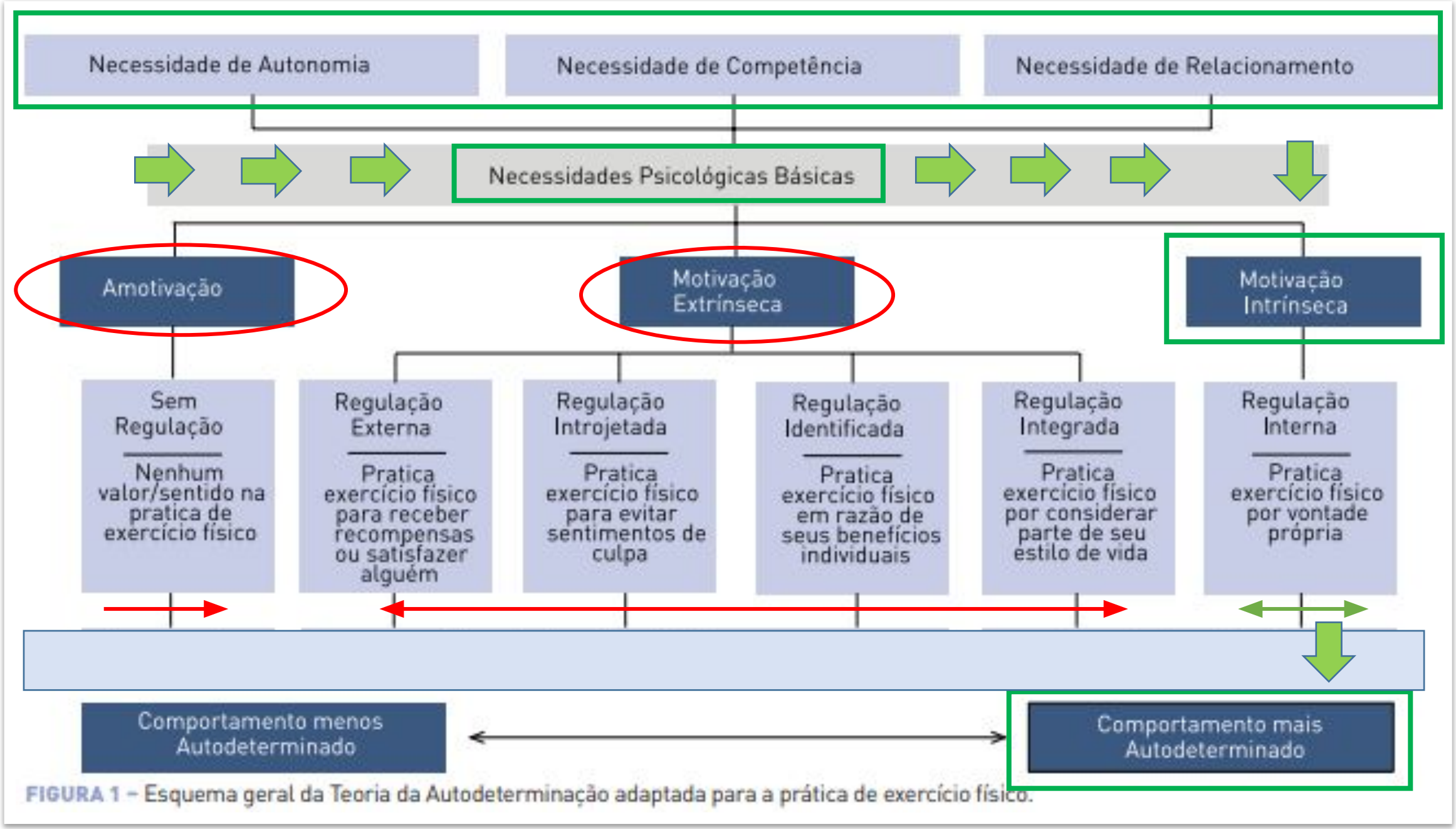


FIGURA 1 – Esquema geral da Teoria da Autodeterminação adaptada para a prática de exercício físico.

Então...

O QUE É AUTODETERMINAÇÃO?

É ser autônomo, autorregulado, empoderado psicologicamente e resultar em autorrealização para a prática de Atividade Física.

Como atingir essa condição?

Buscando favorecer as **necessidades psicológicas básicas**. Leia os conceitos a seguir.

Necessidades Psicológicas Básicas a partir da Teoria da Autodeterminação

Autonomia

Ter poder de escolha e tomar decisões sinceras com o que lhe representa.

Competência

Sentir-se eficaz nas interações com o ambiente (ou seja, sentir-se capaz de realizar algo), isso reflete o desejo de estender as próprias capacidades e habilidades e, ao fazer isso, buscar desafios ideais e enfrentá-los até que o crescimento pessoal seja experimentado.

Relacionamento (Conexão)

Estabelecer conexões sinceras, sentir-se socialmente conectado e estar ativamente engajado em dar e receber cuidados e afeto.

Como favorecer as Necessidades Psicológicas Básicas?

Aplicando algumas técnicas

AUTONOMIA

1. Incentivar a exploração e o compartilhamento de perspectivas sobre o comportamento atual.

2. Identificação imediata de possíveis fontes de pressões externas (ou parcialmente internalizadas), expectativas e explore como eles podem relacionar-se às metas e resultados desejados.

3. Use linguagem informativa e sem julgamento que transmite liberdade de escolha, colaboração e possibilidade quando comunicado (evitando constrangimentos, linguagem de pressão ou indução de culpa).

4. Identificação rápida e listagem de aspirações importantes da vida, valores e/ou interesses de longo prazo e explore como as mudanças em comportamento (ou manutenção do status quo) poderiam estar ligadas a eles.

AUTONOMIA

5 Solicitar ao usuário que identifique a justificativa para mudança de comportamento e sua manutenção.

6 Ofereça oportunidades para fazer escolhas, isso inclui a decisão de não mudar e atrasar mudar. Selecione o foco/intensidade da mudança, endosse os objetivos pessoalmente intrínsecos e padrões de sucesso, incluindo o tempo ou ritmo para certos resultados.

7 Peça à pessoa para experimentar e auto iniciar um comportamento alvo (novo), que possa ser divertido e agradável, como desafio positivo.

COMPETÊNCIA

1. Identificação imediata de prováveis obstáculos à mudança de comportamento, com base em tentativas e explore como superá-las (por exemplo, o que pode ter funcionado no passado).

2. Instruções rápidas de expectativas do próprio usuário em termos de mudança de comportamento (por ex, identifique uma meta clara ou um aprendizado objetivo), tanto de seus elementos experienciais (processo), bem como de resultados.

3. Auxiliar na identificação de metas que são realistas, significativas, desafiadoras e alcançáveis.

COMPETÊNCIA

4 Forneça informações relevantes, personalizadas e feedback não avaliativo sobre o objetivo/progresso comportamental.

5 Desenvolver e fornecer um resumo da ação e planejar trabalhar em direção a uma meta comportamental.

6 Promover auto monitoramento.

7 Forneça informações para gerenciar e limitar efeitos de contingências de pressão que prejudicaria a competência, como: recompensas extrínsecas, críticas, comentários negativos.

RELACIONAMENTO/CONEXÃO

1. Faça declarações de empatia e reconhecimento da perspectiva pessoal do usuário sobre conflitos/ambivalência, angústia e afeto negativo (como medo, confusão, etc.), e também expressão de sentimentos positivos ao se comunicar em relação ao comportamento alvo, tratamento, ou outros assuntos relacionados.

2. Solicitar ao usuário que faça perguntas em relação aos seus objetivos/progresso comportamental.

3. Expresse apoio positivo independentemente de sucesso ou fracasso.

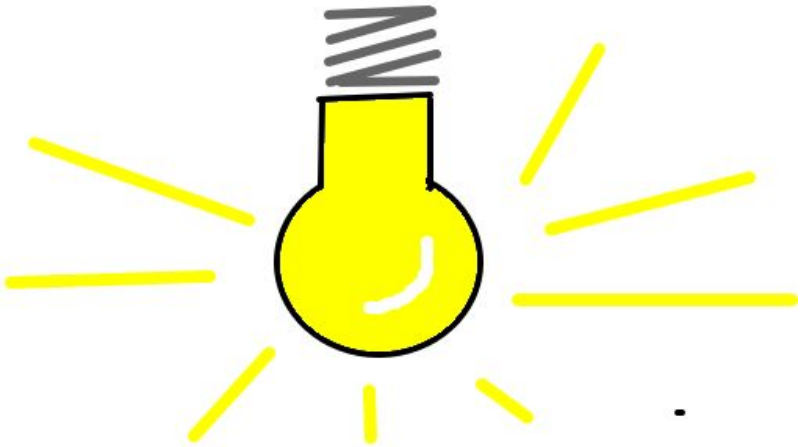
4. Apresentar declarações de interesse e curiosidade sobre os pensamentos e percepções da pessoa, história pessoal e histórico, contexto social, eventos da vida e etc.

RELACIONAMENTO/CONEXÃO

5 Demonstrar atenção as respostas do usuário (por exemplo, fique em silêncio para permitir que a pessoa complete as frases) e fornecer declarações reflexivas e resumidas quando apropriado (direcionando afeto ou conteúdo) ao se comunicar. Solicitar permissão para fornecer novas informações, orientações ou adendo.

6 Ofereça à pessoa um local apropriado (Unidade de Saúde) e significo para entrar em contato com você em caso de dificuldades ou perguntas durante o processo de mudança de comportamento.

7 Incluir estratégias que vão ajudar a sentir-se confiante para superar desafios e cumprir a meta comportamental (por ex, informações sobre programas disponíveis, envolvimento ativo de outros, como membros da família).



Técnicas e ações práticas que a equipe identificou como possibilidades para a atuação profissional em Unidades de Saúde

AUTONOMIA

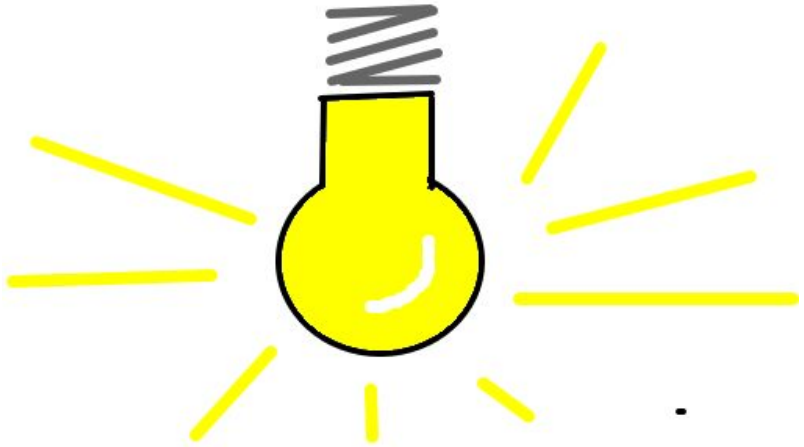
- Persistência em favorecer a autonomia;
- Incentivo para comportamentos ativos da vida diária;
- Favorecer a autoestima do usuário;
- Ambiente agradável e prazeroso;
- Incentivar a prática de Atividade Física (AF) por preferências;
- Incentivar o usuário a dialogar com a equipe de saúde sobre AF.

RELACIONAMENTO/CONEXÃO

- Incentivar a prática de AF por um estilo de vida-prazer-diversão;
- Indicar atividades ofertadas pela UBS;
- Motivar com viagens e piquenique;
- Conectar com a natureza;
- Sensibilizar - mostrar a importância das atividades;
- Realizar encontros, palestras e confraternizações;
- Promover atividades que favoreçam o bem-estar para conectar.
- Empatia - se colocar no lugar do outro;
- Ouvir, acolher e orientar.

COMPETÊNCIA

- Elaboração de cartazes/mural com fotos das atividades realizadas pela equipe e usuários;
- Favorecer a prática de Lian Gong, caminhada e outras atividades disponibilizadas pela UBS;
- Informar que existem vários tipos de atividades e modalidades que podem ser realizadas e o importante é tentar buscar algo que goste;
- Valorizar as atividades já realizadas pela pessoa em casa, como: jardinagem, lavar automóvel, consertos em geral, passear com o cachorro;
- Realizar atividades na UBS que relembram brincadeiras da infância, como uma estratégia para comportamentos mais ativos de maneira divertida;
- Incentivar quebras do comportamento sedentário como uma estratégia positiva para se manter mais ativo, principalmente para aqueles que ficam mais em casa.



Colocando em Prática algumas técnicas

Dona Ana tem 65 anos, é casada, aposentada, hipertensa e realiza as atividades da vida diária tranquilamente.

Estágios
Pré-contemplativo
Contemplativo

As pessoas nesses estágios percebem mais barreiras para praticar AF

Como aconselhar?

(1)

P: Oi Dona Ana, a Sra. tem praticado Atividade Física (AF)?

U: Não, estou sem tempo. **Barreira**

P: Qual transporte a Sra. usou para vir até a Unidade?

U: Eu vim a pé **OU** Eu vim de carro.

P: Que ótimo, então a Sra. já começou bem! **OU** Caminhar para vim no postinho, ir ao mercado e padaria podem ser um bom começo!

U: Pois é... / Isso eu já faço!

P: Muito bom! Continue assim!

(2)

P: Oi Dona Ana, a Sra. tem praticado AF?

U: Não, estou sem tempo.

P: A hipertensão traz muitos riscos, seria bom começar o quanto antes uma caminhada.

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

(3)

P: Oi Dona Ana, a Sra. tem praticado AF?

U: Não, estou sem tempo.

P: A Sra. já usou a academia ao ar livre que temos perto da Unidade?

U: Eu não sei usar aqueles aparelhos.

P: Uma sugestão: comece a caminhar por ali e conheça os aparelhos. Todos têm alguma instrução de uso e é possível aprender. Depois me conte se deu certo, tudo bem?

Ausência de Pressão:

Fornecendo comentário positivo, ausente de críticas e sem constrangimento

Aumentar a confiança para aderir um comportamento:

indicação de um local para praticar AF

Sr. Manoel tem 70 anos, viúvo, mora sozinho, diabético e possui uma ferida na perna direita. Há alguns anos procura a Unidade de Saúde para curativos frequentemente, mas realiza as atividades da vida diária, apesar de ter a marcha um pouco comprometida.

Como aconselhar?

Estágios
Pré-contemplativo
Contemplativo

(1)

P: Oi Sr. Manoel, a Sr. tem praticado Atividade Física (AF)?

U: Não, eu não consigo por causa do pé. **Barreira**

P: Mas o Sr. realiza as atividades diárias sozinho, não é mesmo? Já pensou em caminhar por alguns minutos (10/15) no quarteirão da sua casa? Vai ajudar a melhorar a circulação e o Sr. vai se sentir mais disposto no dia a dia.

U: Não sei se consigo **OU** Isso já ajuda?

P: Experimente tentar e depois o Sr. me conta, tudo bem? **OU** Com certeza, hoje em dia é melhor fazer um pouquinho do que nada, vamos experimentar?

(2)

P: Oi Sr. Manoel, a Sr. tem praticado AF?

U: Não, eu não consigo por causa do pé.

P: Mas o Sr. realiza as atividades diárias sozinho, não é mesmo? O Sr. precisa todo dia caminhar por 30 minutos, porque essa ferida só vai piorar.

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

(3)

P: Oi Sr. Manoel, a Sr. tem praticado AF?

U: Não, eu não consigo por causa do pé.

P: Mas só vai piorar se não fizer nada!

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

Ausência de Pressão:

Fornecendo comentário positivo, ausente de críticas e sem constrangimento

Aumentar a confiança para aderir um comportamento:

indicação de um local para praticar AF

Dona Josefa tem 67 anos, casada e com diagnóstico de depressão, porém, é muito correta com o uso dos seus medicamentos e pretende não tomá-los futuramente. Realiza as atividades diariamente, mas se queixa de desânimo.

Como aconselhar?

Estágio comportamental
Preparação

As pessoas nesses estágios precisam de suporte como a indicação imediata de locais que possam realizar a AF

Apresenta ambivalência, ou seja, dois sentimentos diferentes para iniciar o comportamento.

(1)

P: Oi Dona Josefa, a Sra. tem praticado Atividade Física (AF)? **Barreira**

U: Não, mas eu gostaria de começar, porém eu fico desanimada de ir sozinha caminhar, porque o João não vai comigo.

P: A Sra. já experimentou ir na academia ao livre que temos aqui perto da Unidade? Lá vão outras pessoas e pode animar, e mesmo que a Sra. não use os aparelhos inicialmente, é possível caminhar pelo quarteirão.

U: Vou tentar!

P: Experimente e depois a Sra. me conta, tá? Eu gostaria de saber como foi.

(2)

P: Oi Dona Josefa, a Sra. tem praticado AF?

U: Não, mas eu gostaria de começar, porém eu fico desanimada de ir sozinha caminhar, porque o João não vai comigo.

P: Não é fácil iniciar, mas se a Sra. gosta já é um bom começo. O que acha de ir caminhar todos os dias um pouquinho no quarteirão da sua casa? 10 a 15 minutos já está muito bom! Quem sabe o Sr. João vendo a Sra. não anima também.

U: Não tinha pensado assim, vou tentar!

P: Isso, tenta e depois me conta, tá?

Ausência de Pressão:

Fornecendo comentário positivo, ausente de críticas e sem constrangimento

Aumentar a confiança para aderir um comportamento:

indicação de um local para praticar AF

(3)

P: Oi Dona Josefa, a Sra. tem praticado AF?

U: Não, mas eu gostaria de começar, porém eu fico desanimada de ir sozinha caminhar, porque o João não vai comigo.

P: Quem está desanimada é a Sra. e não ele, né? Precisa cuidar de você! Não perde tempo não.

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

Lígia, tem 32 anos, sem doenças pré-existentes e está grávida do segundo filho (passou a fase de risco) e o seu trabalho exige muito tempo sentado, mas sempre fez academia e aulas de dança antes da gravidez.

Como aconselhar?

Estágio comportamental
Pré-contemplativo ou Contemplativo – 2 e 3
Preparação - 1

(1)
P: Oi Ligia, você tem praticado Atividade Física (AF)?
U: Não, mas antes da gravidez eu fazia e agora gostaria de voltar.
P: Que bom, se você já fazia algo fica mais fácil retornar, porém o corpo mudou um pouquinho, né? Uma caminhada diária pode ser um bom retorno, mas caminhar para se deslocar ao mercado, padaria, subir escadas e fazer quebras no tempo que ficamos sentados, também ajuda, viu?
U: Pode deixar!
P: Isso, depois gostaria de saber como está sendo! Está bem?

(2)
P: Oi Lígia, você tem praticado AF?
U: Não, estou sem disposição para retornar. **Barreira**
P: Tudo bem Ana, essa fase vai passar. Quem sabe uma caminhada de 10/15 minutos na rua da sua casa? Quebrar o tempo que você fica sentada também é muito importante, viu?
U: Vou tentar, quem sabe eu consiga.
P: Isso, depois gostaria de saber como foi! Está bem?

(3)
P: Oi Lígia, você tem praticado AF?
U: Não, estou sem disposição para retornar.
P: Precisa fazer um esforço Ana, deixar a preguiça de lado. O seu peso só vai aumentar.

Ausência de Pressão:

Fornecendo comentário positivo, ausente de críticas e sem constrangimento

Aumentar a confiança para aderir um comportamento:

indicação de um local para praticar AF

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

João tem 62 anos, é casado, tem hipertensão e colesterol alto, fuma, bebe regularmente e anda de bicicleta para fazer suas atividades diárias e trabalha em pé na produção de uma indústria, mas nunca realizou atividade física de lazer.

Estágio comportamental
Pré-contemplativo
Contemplativo

Como aconselhar?

(1)

P: Oi Sr. João, o Sr. tem praticado Atividade Física (AF)?

U: Não, não tenho tempo, mas ando bastante de bicicleta. **Barreira**

P: Que ótimo, mas o Sr. já experimentou em usar a academia ao ar livre que temos aqui no bairro, perto do Pantoja? É uma boa fazer alguns exercícios por lá.

U: Eu conheço, mas não tenho tempo.

P: Quem sabe aos finais de semana? Depois me conta se o Sr. gostou da experiência.

(2)

P: Oi Sr. João, o Sr. tem praticado AF?

U: Não, não tenho tempo, mas ando bastante de bicicleta.

P: Que ótimo, só manter então.

Ausência de Pressão:

Fornecendo comentário positivo, ausente de críticas e sem constrangimento

Aumentar a confiança para aderir um comportamento:

indicação de um local para praticar AF

(3)

P: Oi Sr. João, o Sr. tem praticado AF?

U: Não, não tenho tempo, mas ando bastante de bicicleta.

P: Mas não é suficiente, o Sr. deveria realizar pelo menos 30 minutos diários de atividade física.

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

Claudio tem 55 anos, casado, tem 2 filhos adolescentes e trabalha sentado. Há 1 ano teve câncer de próstata. Está na condição de obeso e já praticou atividade física no lazer, mas está há dois anos sem fazer nada regular.

Como aconselhar?

Estágio comportamental
Pré-contemplativo
Contemplativo

(1)

P: Oi Sr. Claudio, o Sr. tem praticado Atividade Física (AF)?

U: Não, estou sem tempo. **Barreira**

P: Já pensou em realizar uma caminhada em família? Se não conseguir começar durante a semana, aos finais de semana também está valendo. Temos uma academia ao ar livre aqui no bairro, depois das 17h não bate sol e fica bem agradável lá.

U: Obrigada, vou tentar!

P: Ótimo, é uma boa experiência, depois me conte se conseguiu.

(2)

P: Oi Sr. Claudio, o Sr. tem praticado AF?

U: Não, estou sem tempo.

P: O Sr. precisa começar a realizar 30 minutos diários, principalmente por causa do excesso de peso e o câncer recente. Precisa se cuidar mais!

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

(3)

P: Oi Sr. Claudio, o Sr. tem praticado AF?

U: Não, estou sem tempo.

P: A tendência com o envelhecimento é o agravamento de doenças e o aparecimento de novas. É preciso se esforçar e ter atitude para iniciar a prática de atividade física.

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

Ausência de Pressão:

Fornecendo comentário positivo, ausente de críticas e sem constrangimento

Aumentar a confiança para aderir um comportamento:

indicação de um local para praticar AF

Maria tem 72 anos, casada, aposentada, tem labirintite, mas faz uso controlado de medicamentos e teve um AVC há dois anos, mas se recuperou bem. Realiza as atividades da vida diária sozinha e se desloca a pé para a maioria das suas atividades diárias, como supermercado e farmácia.

Como aconselhar?

Estágio comportamental
Pré-contemplativo
Contemplativo

(1)

P: Oi Dona Maria, a Sra. tem praticado Atividade Física (AF)?
U: Não, não gosto. **Barreira**
P: Mas como a Sra. veio até a Unidade?
U: Eu vim a pé.
P: Ótimo, e a Sra. gosta de caminhar para fazer as atividades da vida diária?
U: Não tenho outra opção, né? O João não consegue caminhar muito e não pode dirigir, então preciso fazer as coisas da casa.
P: Mas então a Sra. faz alguma AF durante a semana. Muito bom a Sra. conseguir se deslocar a pé. Quem sabe uma caminhada pela manhã sem compromisso para aproveitar o sol?
U: Quem sabe, vou tentar.
P: Isso, depois me conta, gostaria de saber!

(2)

P: Oi Dona Maria, a Sra. tem praticado AF?
U: Não, não gosto.
P: A Sra. precisa se cuidar, por ter tido um AVC os riscos são maiores de se repetir.

(3)

P: Oi Dona Maria, a Sra. tem praticado AF?
U: Não, não gosto.
P: A Sra. precisa fazer um esforço para prevenir um novo AVC.

Ausência de Pressão:

Fornecendo comentário positivo, ausente de críticas e sem constrangimento

Aumentar a confiança para aderir um comportamento:

indicação de um local para praticar AF

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

Beto tem 65 anos, casado, aposentado, tem diabetes, circunferência abdominal alta e fuma, mas usa corretamente os medicamentos contínuos e relata preocupação à sua saúde. Ele cuida do quintal da sua casa todos os dias pela manhã por 2h, mas passa a maior parte do dia sentado e/ou deitado.

Como aconselhar?

Estágio comportamental
Pré-contemplativo
Contemplativo

(1)
P: Oi Sr. Beto, a Sr. tem praticado Atividade Física (AF)?
U: Só tenho feito no meu quintal, serve?
P: Com certeza, é uma atividade física e tanto, mas é importante evitarmos ficar muito tempo sentado e deitado no nosso dia a dia. Eu sei que é difícil, mas quem sabe tentar parcelar as atividades do quintal ao longo do dia? Assim, o Sr. se movimenta e evita de ficar muito tempo sentado durante o dia e deixa mais para o momento da noite. O que acha?
U: Não tinha pensado nisso, posso tentar!
P: Isso, ao evitarmos ficar muito tempo sentado/deitado também nos ajudamos. Depois me conta como foi, está bem? Ah, buscar caminhar sem obrigação também pode ser muito prazeroso, viu?

(2)
P: Oi Sr. Beto, a Sr. tem praticado AF?
U: Só tenho feito no meu quintal, serve?
P: É bom, mas não é o ideal. O Sr. precisa se movimentar mais. A circunferência abdominal está muito alta. Procure caminhar todos os dias por 30 minutos.

(3)
P: Oi Sr. Beto, a Sr. tem praticado AF?
U: Só tenho feito no meu quintal, serve?
P: Não é uma Atividade Física. O Sr. precisa se movimentar mais. A circunferência abdominal está muito alta. Procure caminhar todos os dias por pelo menos 30 minutos.

Ausência de Pressão:

Fornecendo comentário positivo, ausente de críticas e sem constrangimento

Aumentar a confiança para aderir um comportamento:

indicação de um local para praticar AF

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

Bárbara tem 35 anos, está puérpera e não tem doenças crônicas, mas relata indisposição devido as noites mal dormidas.

Como aconselhar?

Estágio comportamental
Pré-contemplativo
Contemplativo

(1)
P: Oi Bárbara, você tem praticado Atividade Física (AF)?
U: Bem que eu gostaria, mas estou sem tempo. **Barreira**
P: Já pensou em aproveitar o sol da manhã para o bebê e fazer uma caminhada no seu quintal/na rua da sua casa? Você vai se sentir mais disposta se reservar alguns minutos para se movimentar.
U: Seria uma possibilidade...
P: Isso, experimente e depois você me conta, está bem?

(2)
P: Oi Bárbara, você tem praticado AF?
U: Bem que eu gostaria, mas estou sem tempo.
P: Parece que todos estamos um pouco, né? Mas tudo bem, as coisas se encaixam. Quem sabe caminhar pela manhã e aproveitar o momento de sol que o bebê precisa?
U: Seria uma possibilidade...
P: Isso, experimente e depois você me conta, está bem?

(3)
P: Oi Bárbara, você tem praticado AF?
U: Bem que eu gostaria, mas estou sem tempo.
P: Precisa arrumar um tempinho todo dia. Pelo menos 30 minutos, está bem?

Ausência de Pressão:

Fornecendo comentário positivo, ausente de críticas e sem constrangimento

Aumentar a confiança para aderir um comportamento:

indicação de um local para praticar AF

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

Dona Celina tem 70 anos, aposentada e viúva. Teve câncer de mama há 5 anos e atualmente faz tratamento para hipertensão e má circulação devido ao excesso de varizes. Realiza as atividades da vida diária sem ajuda e frequentava um programa de atividade física para idosos antes da pandemia.

Estágio comportamental
Ação ou Manutenção

Como aconselhar?

(1)
P: Oi Dona Celina, a Sra. tem praticado Atividade Física (AF)?
U: Eu participava de um grupo de ginástica para idosos e as vezes faço alguns exercícios em casa que os professores mandam, mas gostava tanto das atividades em grupo.
P: Que bom, já é alguma coisa não é mesmo? Procure todos os dias fazer um pouquinho desses exercícios que você já conhece, certo? Se a Sra. conseguir se movimentar mais durante a semana seria muito bom para ajudar na circulação das pernas e se sentir mais disposta.
U: Eu vou tentar sim, obrigada.
P: Isso, na próxima vez espero que a Sra. já consiga voltar para o seu grupo, mas por enquanto cuide-se para poder aproveitar ainda mais os seus amigos.

Ausência de Pressão:

Fornecendo comentário positivo, ausente de críticas e sem constrangimento

Aumentar a confiança para aderir um comportamento:

indicação de um local para praticar AF

(2)
P: Oi Dona Celina, a Sra. tem praticado AF?
U: Eu participava de um grupo de ginástica para idosos e as vezes faço alguns exercícios em casa que os professores mandam, mas gostava tanto das atividades em grupo.
P: Pois é, mas não podemos parar. A Sra. precisa se movimentar mais, principalmente pela má circulação. Se não vai ficar difícil realizar as atividades do dia a dia.
U: Eu vou tentar sim, obrigada.

Pressão:

Linguagem crítica e negativa.

(3)
P: Oi Dona Celina, a Sra. tem praticado AF?
U: Eu participava de um grupo de ginástica para idosos e as vezes faço alguns exercícios em casa que os professores mandam, mas gostava tanto das atividades em grupo.
P: Que pena que o grupo teve que parar, né? Mas enquanto ele não volta achei ótimo a Sra. realizar os exercícios em casa, se conseguir fazer todos os dias seria muito bom mesmo! Agora, outra coisa muito legal é a Sra. fazer as suas atividades de padaria e mercado a pé. Isso é excelente também, viu?
U: Obrigada, vou tentar fazer sim!
P: Isso, continue assim e quando o grupo voltar não deixe de ir.

Resumo das técnicas para atuação profissional diária

Aconselha-se:

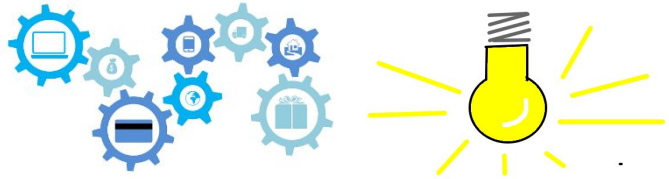
Oferecer escolhas → Aconselhar o usuário a buscar uma Atividade Física (AF) baseada em preferências pessoais e não se preocupar com o tempo e a frequência de realização.

Visar os sentimentos e perspectivas do indivíduo → Levar em consideração as barreiras elencadas pelo usuário para a prática de AF no Lazer, mas apoiar as práticas diárias (AF de Transporte/quebra do comportamento sedentário), reconhecendo como um passo importante e dando incentivos ao Lazer, como o uso de ambientes ao ar livre.

Reconhecer e minimizar a pressão → Procure fazer uma escuta sincera e sem julgamentos. Evite verbalizar termos como: “você deve” e “você tem que fazer”.

Fornecer um pensamento significativo → Favorecer a AF pela motivação mais interna, como um estilo de vida ativo, prazer e um momento de diversão.

Então...



Para facilitar o uso das técnicas citadas anteriormente, **podemos identificar o estágio de prontidão à mudança de comportamento,** juntamente com a **preferência** do usuário **para a prática de Atividade Física**.

Data: / / **O Sr (a) pratica Atividade Física regularmente?**	
Sim ( )	**Não ( )**
( )Há **menos** de 6 meses	( )**Não tenho intenção** de começar
( )Há **mais** de 6 meses	( )Tenho intenção de começar nos próximos 6 meses
	( )Tenho intenção de começar nos próximos 30 dias
O Sr (a) tem uma atividade Física preferida?	**Qual atividade Física o Sr (a) teria interesse em começar?**

Identificação do estágio de prontidão à mudança de comportamento

Você realiza Atividade Física regularmente?

Sim

Ação

☐ Há menos de 6 meses

Manutenção

☐ Há mais de 6 meses

Não

☐ **Pré-contemplação**

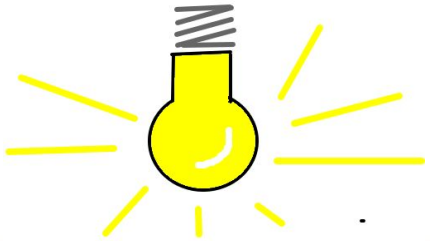
Não pretendo começar nos próximos 6 meses

☐ **Contemplação**

Pretendo começar nos próximos 6 meses

☐ **Preparação**

Pretendo começar nos próximos 30 dias



Estágio Comportamental	Característica
PRÉ-CONTEMPLAÇÃO	**NÃO HÁ intenção de mudança nos próximos 6 meses.** A pessoa percebe muitas barreiras para iniciar um novo comportamento.
CONTEMPLAÇÃO	**Há intenção de mudança nos próximos 6 meses.** A pessoa está ciente do problema, mas há uma ambivalência para a mudança de comportamento.
PREPARAÇÃO	**Há intenção de mudança no próximo mês** e já se pode observar pequenas mudanças comportamentais.
AÇÃO	**O comportamento mudou há menos de 6 meses.** A pessoa superou algumas barreiras.
MANUTENÇÃO	**O comportamento mudou há mais de 6 meses.** Há um esforço para prevenir recaídas e manter o comportamento saudável.

A identificação do estágio comportamental é uma maneira de monitorar a prática de **Atividade Física (AF)** do usuário e, também, para que o profissional de saúde saiba o perfil de disposição à mudança de comportamento.

No entanto, **as técnicas** para incentivar uma **motivação mais interna para a prática de AF** são aplicadas independentemente do estágio comportamental, pois durante a vida poderemos avançar ou regredir nos estágios e, favorecer o apoio, será essencial para um comportamento mais ativo.

Algumas dicas....

Para ajudar a favorecer uma motivação mais interna para a prática de Atividade Física...

Realizar atividades em contato com a natureza e apreciá-la com uma música de sua preferência pode promover sensação de bem-estar e favorecer a continuidade

Escolha atividades que te agradem e você sinta prazer em realizá-los

Busque locais agradáveis e que você se sinta bem e acolhido (a)

Se a sua escolha fizer parte de algo que te representa e que você aprecie fará mais sentido em continuar

Intensidades mais leves podem ser mais prazerosas e ajudar a permanecer na atividade

Dê preferência para atividades simples inicialmente e que te deixe confortável

Referências

- Guedes DP, da Silva Mota J. Motivação: educação física, exercício físico e esporte. UNOPAR, 2016; 261 p.
- Teixeira PJ, Marques MM, Silva MN, Brunet J, Duda JL, Haerens L, et al. A classification of motivation and behavior change techniques used in self-determination theory-based interventions in health contexts. Motivation Science. dezembro de 2020;6(4):438–55.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** [Internet]. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL** [Internet]. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco-pdf/view
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [Internet]. Brasília, 2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde** [Internet]. 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_atv_gestores.pdf