

ESTRATÉGIAS DE ACONSELHAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA UTILIZADAS PELO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANÓPOLIS

PHYSICAL ACTIVITY COUNSELING STRATEGIES USED BY THE EXTENDED FAMILY HEALTH CARE IN FLORIANÓPOLIS

Sheylane de Queiroz Moraes¹, Mathias Roberto Loch² e Cassiano Ricardo Rech¹

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.

²Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil.

RESUMO

Estratégias de aconselhamento, como o modelo 5As, podem oportunizar importantes mudanças na atividade física. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência das estratégias de aconselhamento para atividade física utilizadas pelos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de Florianópolis de acordo com o modelo 5As. Foi realizado inquérito com profissionais do NASF-AB. A coleta ocorreu nas reuniões de planejamento dos Centros de Saúde. Participaram 72 profissionais, sendo 40 servidores e 32 residentes. A maioria dos profissionais reportaram realizar algum aconselhamento para atividade física nos últimos 12 meses (97,2%). Entre os profissionais que referiram realizar algum tipo de aconselhamento, as estratégias de aconselhamento mais reportadas concentram-se nos "As" *ask* (94,1%), *advise* (98,5%) e *assist* (95,7%). A estratégia menos reportada foi *arrange* (25,7%). O recurso mais utilizado foi indicar a participação em grupos de atividade física do Centro de saúde. Conclui-se que os profissionais NASF-AB realizam aconselhamento para atividade física e utilizam algumas estratégias conforme o modelo 5As, embora não sejam usadas de modo sistematizado. Portanto, recomenda-se o investimento em Educação Permanente no uso de ferramentas para avaliação (*asses*) e no aperfeiçoamento de estratégias de acompanhamento (*arrange*) da efetividade, para assim aprimorar a prática do aconselhamento.

Palavras-chave: Aconselhamento. Atividade motora. Atenção primária à saúde. Estilo de vida. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Counseling strategies, such as the 5A model, can provide important changes in physical activity. The objective of this study was to estimate the prevalence of physical activity counseling strategies used by professionals of the Extended Family Health and Primary Care Center (NASF-AB) of Florianópolis according to the 5As model. A survey was conducted with NASF-AB professionals. The collection took place in the planning meetings of the Health Centers. There were 72 professionals, 40 employees and 32 residents. Most of the professionals reported some physical activity counseling in the last 12 months (97.2%). Among the professionals who reported some type of counseling, the most reported counseling strategies focus on "As" *ask* (94.1%), *advise* (98.5%) and *assist* (95.7%). The least reported strategy was *arranging* (25.7%). The most used resource was to indicate the participation in groups of physical activity of the Health Center. It is concluded that NASF-AB professionals perform physical activity counseling and use some strategies according to the 5A model, although they are not used in a systematic way. Therefore, it is recommended to invest in lifelong education in the use of tools for evaluation (*asses*) and in the improvement of strategies to follow up (effectiveness) to improve the practice of counseling.

Keywords: Counseling. Motor activity. Primary health care. Life style. Health promotion.

Introdução

A inatividade física é um dos principais fatores de risco para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹. Frente a este quadro, o Brasil tem implementado ações de enfrentamento, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)², criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família³ e do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011-2022)⁴. A maioria das ações propostas nestes documentos e iniciativas envolvem a Atenção Básica à Saúde (AB), contexto onde as equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, atualmente denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) podem desenvolver juntas aconselhamento para atividade física (AF), além, evidentemente de muitas outras ações.

Há diversas compreensões a respeito do aconselhamento. Conforme estudo⁵, aconselhamento pode ser compreendido como um processo genérico de apoio aos usuários, no qual o profissional de saúde considera o contexto biopsicossociocultural do indivíduo e o auxilia a explicitar os conflitos que permeiam seu cotidiano, visando construir estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas de saúde. Embora necessitem ser discutidas com maior aprofundamento, as definições a respeito do aconselhamento comumente envolvem: definição de metas colaborativas, resolução de problemas ativos, estágios de mudança, barreiras à mudança e tomada de decisões relacionadas aos estilos de vida⁶. Estudos mostram que o aconselhamento para AF deve fazer parte da prática dos profissionais da saúde que atuam na AB; e quando desenvolvido adequadamente, pode ser um recurso eficaz para promover estilos de vida ativo a nível populacional⁷⁻⁹. Vale mencionar, desde já, que a mudança de comportamento é um tema complexo e que depende de muitos fatores, inclusive alguns que não são de pleno domínio dos indivíduos e mesmo de aspectos que vão para além das questões mais “racionalistas”¹⁰. Assim, seria ingênuo imaginar que o aconselhamento, de maneira isolada, possa ter um grande impacto na mudança de comportamento, neste caso, na adoção de um estilo de vida mais ativo fisicamente^{10,11}. Por outro lado, partimos do princípio que adotar o aconselhamento nos atendimentos de rotina é algo viável e aceitável e contribui para atingir uma parte maior do público inativo^{12,13}.

Acredita-se que um maior sucesso com as ações de aconselhamento podem ser obtidas se estratégias mais sistemáticas e específicas forem utilizadas. Um dos modelos mais conhecidos mundialmente é o modelo cinco As (5As), que é fundamentado em teorias de mudança de comportamento, baseada em evidências, aplicada para diversos comportamentos de saúde e exequível na AB¹⁴⁻¹⁷. A estrutura dos 5As correspondem ao acrônimo formado por cinco palavras na língua inglesa: *ask*, *assess*, *advise*, *assist* e *arrange* que significam respectivamente: perguntar, avaliar, aconselhar, auxiliar e organizar, e funcionam como uma estrutura para apoiar os profissionais da saúde a perguntarem sobre o comportamento (*ask*), avaliar a prontidão para mudar (*assess*), aconselhar uma mudança (*advise*), auxiliar na definição de metas (*assist*) e organizar o acompanhamento (*arrange*)^{14,18-21}.

Intervenções de aconselhamento baseado no modelo 5As se mostraram eficazes para cessação do tabagismo¹⁷ e AF na AB^{20,22-25}. Apesar de uma crescente base de evidências internacionais que apoiam o uso do modelo 5As, são poucos os estudos no Brasil que abordam essas estratégias para AF, além da falta de formação e protocolos específicos à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) o que dificulta a realização do aconselhamento, pelo menos de maneira mais sistemática, pelos profissionais de saúde.

Assim, é importante conhecer se os profissionais de saúde do NASF-AB realizam aconselhamento para AF e quais estratégias utilizam conforme o modelo 5As, inclusive para entender melhor a prática desses profissionais a respeito do aconselhamento para AF e ajudar na elaboração de estratégias mais eficientes. Dado este contexto, o objetivo do estudo foi estimar a prevalência das estratégias de aconselhamento para atividade física utilizadas pelos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de Florianópolis, de acordo com o modelo 5As.

Métodos

Este estudo observacional, de caráter transversal faz parte de um projeto maior intitulado “Aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde - Aconselha SUS”.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na AB do município de Florianópolis, composta por 49

Centros de Saúde (CS), que são distribuídos em quatro Distritos Sanitários (DS) (Centro, Continente, Norte e Sul). Nesses CS atuam as equipes da ESF, apoiadas matricialmente por profissionais dos NASF-AB.

Participantes

Os participantes foram os profissionais de saúde (servidores e residentes) que atuam nos NASF-AB de Florianópolis. Cada equipe NASF-AB é composta por: assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico e profissional de Educação Física (PEF); além da presença de residentes dos Programas de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal e Estadual de Santa Catarina nas respectivas áreas de atuação. Não participaram da pesquisa estagiários, profissionais residentes vinculados a programas de Residência de outras cidades e voluntários. Optou-se pela realização de um censo, onde todos profissionais que se encontravam em serviço no momento da coleta foram convidados a responderem o instrumento da pesquisa.

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) repassado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (abril/2018) e atualizado pelos coordenadores dos CS (outubro/2018), o total de profissionais de saúde lotados no NASF-AB eram 67 (excluindo médicos) e 47 residentes.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da Escola de Saúde Pública da SMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com nº de parecer: 2.693.520. Todos participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos

Para organização da coleta foi solicitado aos DS: quantitativo de profissionais lotados, datas das reuniões de planejamento e contato dos coordenadores dos CS; divulgação da pesquisa por e-mail e nas reuniões distritais de coordenadores.

A coleta ocorreu entre agosto a novembro de 2018 nas reuniões de planejamento dos CS e reuniões distritais dos NASF-AB e foi realizada por uma equipe composta por quatro pesquisadores do projeto Aconselha SUS. Cada pesquisador responsabilizou-se por um DS e realizou: contato com DS e coordenadores dos CS; divulgação da pesquisa por e-mail; distribuição, recolhimento e organização dos questionários. Os pesquisadores eram PEF residentes, mestrandos ou mestres, e participaram de todo processo de delineamento da logística da pesquisa, elaboração dos instrumentos e orientação para coleta. Para minimizar as perdas foi realizada uma segunda visita para recolhimento de questionários dos profissionais que por algum motivo não compareceram à reunião/coleta. Para maior confiabilidade dos dados, todos os questionários foram conferidos por dois pesquisadores em momentos distintos.

Instrumento

A elaboração do instrumento foi realizada pela equipe de pesquisadores do projeto, e seguiu as etapas: leitura minuciosa da literatura e levantamento de protocolos sobre tema; seleção e definição das perguntas; avaliação por dois especialistas da área da Educação Física com expertise em AB; teste com pós-graduandos; teste em um CS e aprovação. A seleção das perguntas sobre realização do aconselhamento para AF teve por base dados de uma revisão sistemática sobre prevalência de aconselhamento para AF²⁶; e para as perguntas sobre estratégias utilizadas conforme o modelo 5As, os estudos^{14,16,18,24,27}.

O instrumento utilizado consistiu em um questionário auto administrado composto por 49 perguntas objetivas distribuídas em cinco blocos respectivamente: bloco 1 - aconselhamento para AF; bloco 2 - conhecimento sobre as recomendações de AF; bloco 3 - nível de AF no lazer; bloco 4 - formação e atuação profissional e bloco 5 - informações sociodemográficas. Para esta pesquisa foram selecionadas as perguntas referente ao bloco 1, 4 e 5.

O aconselhamento para AF foi avaliado por meio da questão: “Durante seus atendimentos, nos últimos 12 meses, você realizou aconselhamento para AF aos usuários?”, com opção de resposta dicotômica (não ou sim). Esta questão foi utilizada em vários estudos transversais sobre realização de aconselhamento, conforme revisão sistemática²⁶.

As estratégias de aconselhamento para AF conforme o modelo 5As foram avaliadas por meio da questão: “Quando você aconselha para AF quais estratégias utiliza?”, a qual se subdividia em nove questões, cada uma correspondendo a um “A”, todas com opção de resposta dicotômica (não ou sim). As nove questões foram: “Pergunta sobre nível/prática de AF?” (A1 - *ask*); “Avalia o nível de AF ou estágio de mudança de comportamento do usuário?” (A2 - *asses*); “Comenta sobre os benefícios da prática regular de AF?” (A3 - *advise*); “Comenta sobre as recomendações de AF para a saúde?” (A3 - *advise*); “Aconselha com base nas características individuais (idade, sexo, condição clínica), recomendando frequência e intensidade específicas de AF?” (A3 - *advise*); “Identifica os motivos que dificultam ou impedem o usuário a não realizar AF?” (A4 - *assist*); “Oferece alguma solução para auxiliar o usuário quanto estas dificuldades?” (A4 - *assist*); “Utiliza alguma estratégia (ex: visitas, ligações, mensagem de texto) para saber se o usuário começou a realizar AF?” e “Utiliza alguma estratégia (ex: visitas, ligações, mensagem de texto) para saber se o usuário está realizando AF?” (A5 - *arrange*). A classificação seguiu o modelo 5As: *ask*, *assess*, *advise*, *assist*, *arrange*, conforme os estudos^{14,16,18,20,24,27}.

Os recursos empregados pelos profissionais foram avaliados por meio da questão: “Durante o aconselhamento, o que você utiliza para auxiliar o usuário a praticar AF?”, com opções de resposta: fornece materiais educativos sobre AF, estabelece metas com o usuário, escreve prescrição de exercício, recomenda grupo de AF do CS, recomenda local específico para realizar AF. As respostas assinaladas foram categorizadas como realizadas.

Para caracterização da amostra foram avaliados: faixa etária, sexo, cor da pele, pós-graduação, pós-graduação em Saúde Pública, tempo de trabalho na AB, categoria e vínculo profissional. Foi também perguntado sobre conhecimento a respeito das recomendações de AF para saúde.

As variáveis de pós-graduação foram avaliadas por meio da questão: “Você concluiu algum curso de pós-graduação?”, com opção dicotômica de resposta (não ou sim), no caso de resposta afirmativa era utilizada a questão: “O curso de pós-graduação que você concluiu foi em Saúde Pública, ou Saúde da Família e Comunidade ou Saúde Coletiva?”, também com opção dicotômica de resposta (não ou sim).

O tempo de trabalho na AB foi avaliado pela questão: “Há quanto tempo você trabalha na Atenção Básica?”, a resposta deveria ser respondida em anos e/ou meses. A identificação dos profissionais foi a partir da questão: “Qual a sua categoria profissional?”. O tipo de vínculo foi avaliada a partir da questão: “Qual é o tipo de vínculo empregatício que você tem atualmente na Atenção Básica?”, com opções de resposta: cargo comissionado, contrato informal, contrato temporário, cooperativa, servidor público efetivo, residente em saúde (Programa de Residência Uni ou Multiprofissional). O conhecimento a respeito das recomendações de AF para saúde foi avaliada por meio da questão: “Você conhece quais são as recomendações de AF para pessoas adultas aparentemente saudáveis, com relação à AF moderada ou vigorosa?”, com opção dicotômica de resposta (não ou sim).

Análise estatística

Os dados foram tabulados no *software* EpiData previamente preparado para inserção dos dados. Para análise dos dados foi realizada estatística descritiva (médias e frequências absolutas e relativas) apresentados por meio de gráficos e tabelas. Para fins da análise da prevalência de aconselhamento nos últimos 12 meses, foram considerados todos os 72 entrevistados. Nas análises seguintes, optou-se pela análise somente daqueles que referiram realizar algum tipo de aconselhamento usando o *Stata* versão 13.0.

Resultados

A proporção dos profissionais NASF-AB que participaram da pesquisa em relação ao quantitativo lotado na SMS equivale à taxa de resposta igual 62,0%. As perdas ocorreram por motivos de afastamento, como férias, licenças e estágios (no caso de residentes) ou pela ausência do profissional no dia da coleta de dados. A taxa de recusa foi de 6,9% (n = 5).

Assim, participaram 72 profissionais atuantes no NASF-AB de Florianópolis, no ano de 2018. Destes, 40 (55,5%) eram servidores públicos efetivos e 32 (45,5%) residentes. A maior proporção de entrevistado foi do sexo feminino (88,9%), tinha entre 30 e 49 anos (54,3%), se autodeclararam brancos (77,8%), tinham pelo menos uma Pós-Graduação concluída (64,7%), com 56,5% na área de Saúde Pública. Quanto ao tempo de serviço na AB, metade dos profissionais possuía mais de três anos (54,1%), as categorias profissionais nutricionista e PEF foram as com maior participação, sendo pouco maior que 20%, e metade dos profissionais não conhecia as recomendações de AF para saúde (53,7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características da amostra de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica de Florianópolis, 2018 (n = 72)

Variáveis	Categoria	n(%)
Sexo	Masculino	8 (11,1)
	Feminino	64 (88,9)
Faixa etária	20 a 29	30 (42,9)
	30 a 49	38 (54,3)
	50 ou mais	2 (2,9)*
Cor da pele	Branco	56 (77,8)
	Não-branco	16 (22,2)
Pós-Graduação	Não	24 (35,3)
	Sim	44 (64,7)*
Pós-Graduação em SP ^a	Não	20 (43,5)
	Sim	26 (56,5)*
Tempo de trabalho na AB ^b	< 3 anos	33 (45,8)
	> 3 anos	39 (54,1)
Categoria Profissional	Assistente Social	9 (12,5)
	Farmacêutico	10 (13,9)
	Fisioterapeuta	13 (18,0)
	Nutricionista	17 (23,6)
	PEF ^c	16 (22,2)
	Psicólogo	7 (9,7)
Vínculo Empregatício na AB ^b	Servidor Público Efetivo	40 (55,6)
	Residente em SF ^d	32 (44,4)
Conhece as recomendações de AF ^e para saúde	Não	36 (53,7)
	Sim	31 (46,3)*

Nota: ^aSaúde Pública; ^bAtenção Básica à Saúde; ^cProfissional de Educação Física; ^dSaúde da Família; ^eAtividade física
*Frequências não corresponderam ao total devido *missings* (omissão dos respondentes na pesquisa)

Fonte: Autores

A prevalência de aconselhamento para AF realizado pelos profissionais NASF-AB nos últimos 12 meses foi de 97,2% (n = 70). De modo geral, as principais estratégias utilizadas durante aconselhamento permeiam a ação do profissional comentar sobre os benefícios da AF para a melhora da saúde (97,1%), identificar barreiras para ser fisicamente ativo (97,1%), oferecer soluções para remover/reduzir as barreiras (94,2%), perguntar sobre nível/prática de AF (94,1%) e comentar sobre recomendações de AF (87,1%). Por outro lado, observa-se que uma menor proporção de profissionais avalia o nível de AF dos indivíduos (60,1%), aconselha de acordo com as características individuais (54,4%) e apenas um quinto dos profissionais utiliza estratégias para verificar se o aconselhamento teve o resultado esperado (21,7%) ou se esse aconselhamento trouxe mudanças duradouras ao longo do tempo (24,6%) (Figura 1).

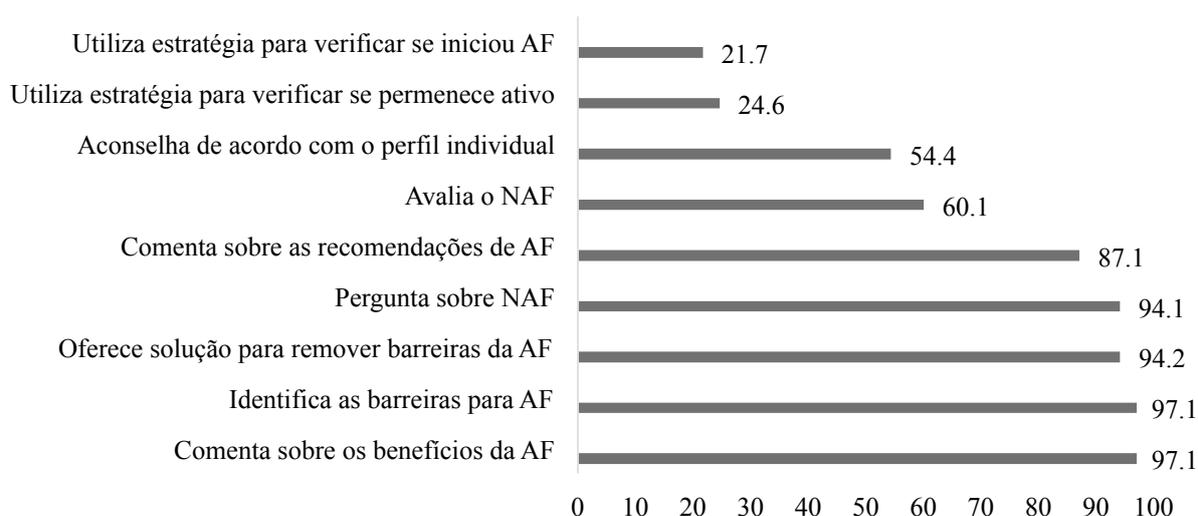


Figura 1. Prevalência de estratégias utilizadas pelos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica de Florianópolis que referiram realizar aconselhamento para atividade física. Florianópolis, Santa Catarina, 2018 (n=70)

Fonte: Autores

Quando analisada conforme o modelo 5As, observa-se que os profissionais NASF-AB que referiram realizar algum tipo de aconselhamento utilizam ativamente quatro dos 5As, sendo que três destes tiveram mais de 90% de prevalência: *ask* (perguntar) (94,1%), *advise* (aconselhar) (98,5%) e *assist* (dar assistência) (95,7%). O *arrange* (acompanhar) foi a estratégia menos utilizada (25,7%) (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência do uso dos 5As pelos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica de Florianópolis que referiram realizar algum tipo de aconselhamento para atividade física, 2018 (n = 70)

Modelo 5As	Total (n = 70) n(%)
<i>Ask</i> (Perguntar)	64 (94,1)
<i>Asses</i> (Avaliar)	42 (60,1)
<i>Advise</i> (Aconselhar)	69 (98,5)
<i>Assist</i> (Dar assistência)	67 (95,7)
<i>Arrange</i> (Organizar)	18 (25,7)

Fonte: Autores

Quanto aos recursos empregados pelos profissionais, observa-se que a recomendação principal é a participação em grupos de AF desenvolvidas nos CS (97,1%). Cerca de metade

dos profissionais referiram recomendar locais no bairro para a prática de AF (50,7%), 44,9% estabelece metas com o indivíduo, 30,4% fornece material educativo e 20,3% prescreve exercícios físicos (Figura 2).

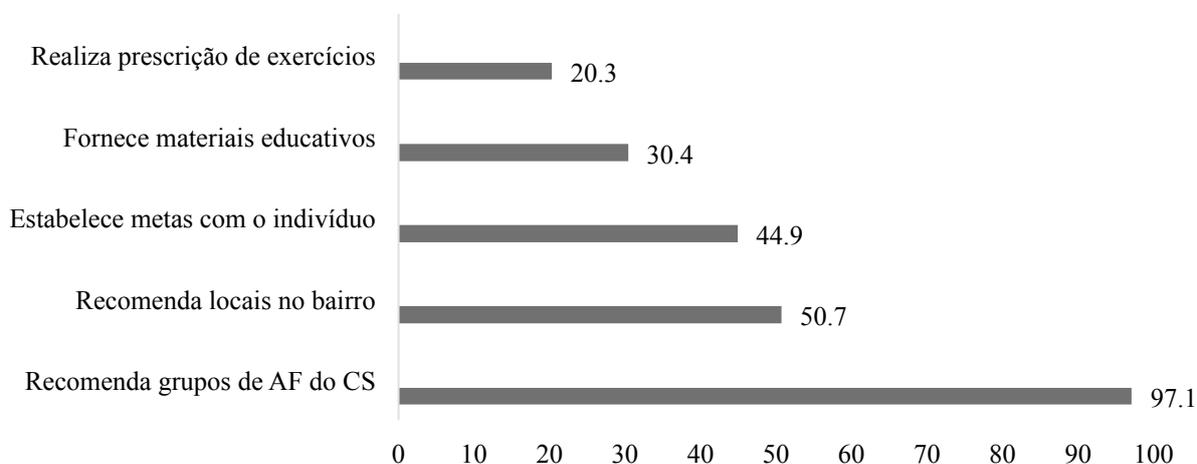


Figura 2. Tipos de recursos utilizados pelos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica de Florianópolis que referiram realizar algum aconselhamento para atividade física. Florianópolis, Santa Catarina, 2018 (n= 70)

Fonte: Autores

Discussão

Os resultados do estudo mostram que o aconselhamento tem sido empregado como uma estratégia assistencial para promover AF na AB em Florianópolis-SC. As estratégias de aconselhamento mais reportadas pelos profissionais NASF-AB concentram-se nos “As” *ask* (perguntar), *advise* (aconselhar) e *assist* (dar assistência). A estratégia menos reportada foi *arrange* (acompanhar). O recurso mais utilizado foi indicar a participação em grupos de AF do CS.

A prevalência de aconselhamento para AF realizado pelos profissionais NASF-AB nos últimos 12 meses foi elevada (97,2%). Esta é uma prevalência elevada quando comparada aos estudos nacionais e internacionais apresentados em uma revisão sistemática que apontou média de 60% de realização de aconselhamento entre profissionais de saúde como médicos e enfermeiros²⁶. Nos estudos nacionais^{5,26} a prevalência variou de 50 a 88,9%, porém envolviam apenas profissionais da ESF (médico, enfermeiro e ACS). Assim, a elevada prevalência pode estar relacionada as categorias profissionais pesquisadas, pois os profissionais que compõem o NASF-AB devem buscar pautar sua atuação de modo interdisciplinar, incluindo o tema práticas corporais e AF³, a fim de incentivar a adoção de modos de vida mais saudáveis a nível populacional²⁸.

Também pode ser explicada pela organização da AB de Florianópolis e da cobertura da ESF, que desde 2010 conta com equipes NASF-AB distribuídas em todos Distritos Sanitários²⁹. Embora AF deva ser um tema trabalhado pelas equipes de saúde independente de sua composição, a presença dos PEF em todas as equipes NASF-AB pode ter contribuído para reforçar a realização do aconselhamento visto que uma de suas funções é realizar educação permanente das ESF/NASF-AB sobre orientação para prática de AF e apoiar as ESF em ações de promoção de saúde e mudança de comportamento³⁰.

Pode-se considerar também que o constante investimento em educação permanente e na formação em saúde, como a presença da Residência Multiprofissional, do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Interprofissionalidade) e de projetos de

extensão, possam contribuir para a qualidade da AB de Florianópolis e conseqüentemente para a realização de aconselhamento³¹. Somando-se ao fato de que mais da metade dos profissionais NASF-AB que atuam na rede já possuem Pós-Graduação concluída em Saúde Pública e atuam na AB há mais de três anos, o que gera mais conhecimento das políticas públicas e maior experiência no contexto da AB. Além do que Florianópolis é uma das capitais com população mais ativa do Brasil, o que torna AF um tema presente no cotidiano e de mais fácil abordagem³².

A prevalência de aconselhamento elevada sugere que a AB de Florianópolis está incorporando AF em sua rotina. Considerando que elevados níveis de AF na população estão relacionados a diminuição do risco de mortalidade precoce e redução das DCNT: diabetes, hipertensão, osteoporose, depressão e vários tipos de câncer¹, os profissionais NASF-AB mostram-se sensibilizados para abordar o tema AF nos atendimentos.

Quanto ao uso de estratégias conforme o modelo 5As, os profissionais NASF-AB referiram utilizar ativamente quatro dos 5As para aconselhar AF. Essa constatação demonstra a sensibilização da AB de Florianópolis às políticas públicas voltadas a promoção da AF e prevenção de DCNT, e o esforço dos profissionais NASF-AB em auxiliar os pacientes na mudança de comportamento, visto que aconselhamento usando os 5As é uma abordagem totalmente aceitável e válida para AF³³⁻³⁴. Porém, embora os profissionais NASF-AB realizem ações estratégicas que remetem ao modelo 5As, é bem possível que não o conheçam como um construto organizacional e nem o utilizem como ferramenta funcional na sua prática assistencial²⁷.

A predominância das estratégias *ask* (perguntar), *advise* (aconselhar), *assist* (dar assistência) e *asses* (avaliar) concordam em parte com a literatura, que geralmente indica que *ask* e *advise* são os conceitos dos “As” mais frequentes na prática clínica^{14,35}. Esse resultado é importante pois demonstra que os profissionais NASF-AB têm utilizado estratégias variadas e de acordo com o modelo 5As para aconselhar AF na AB de Florianópolis. O uso do *ask* (perguntar) aponta que os profissionais NASF-AB utilizam-se da estratégia que dá início ao aconselhamento, tendo sua importância por ser um princípio da entrevista motivacional que oportuniza a escuta do paciente²¹.

Já a utilização do *advise*, que contempla comentar sobre os benefícios e recomendações da AF para a melhora da saúde, é um resultado significativo pois favorece a maior motivação e confiança do paciente para alterar comportamentos^{14,19}. O *advise* é a prática mais comumente documentada nas pesquisas^{19,27,35}, seu uso é de relevância direta para o paciente, e por isso exige que os profissionais tenham acesso atualizado aos estudos da área e conhecimento sobre as recomendações de AF para saúde. Porém, embora relatem aconselhar sobre as recomendações de AF para saúde os profissionais NASF-AB reportaram não conhecer as mesmas (53,7%). Esse resultado aponta para uma importante questão que necessita ser melhor explorada, pois o aconselhamento deve ser baseado em evidências científicas que possibilitem aos usuários uma maior chance de que estes incorporem a prática de AF em seu cotidiano. Fica evidente a necessidade de maior capacitação dos profissionais NASF-AB sobre as recomendações e, também proporcionar meios e estratégias para que pacientes possam atingir as recomendações. No entanto, vale mencionar que a prática de AF está associada à diversos desfechos de saúde, não sendo tão simples estabelecer uma noção de “dose-resposta”, inclusive porque a “dose mínima” para influenciar em um desfecho pode não ser suficiente em outro, ao mesmo tempo que uma prática mais baixa que a “dose mínima” pode influenciar outros aspectos da vida dos sujeitos³⁶. Neste sentido, não focar apenas em aspectos quantitativos relacionados, por exemplo, à volume, intensidade e frequência, mas dar importância também a outros aspectos, como o significado das práticas e a satisfação das pessoas pode ser de grande importância³⁶.

A estratégia *assist* (dar assistência) também foi um dos “As” mais referidos pelos profissionais NASF-AB. Esse achado diferiu dos padrões de uso dos 5As indicado na maioria dos estudos de aconselhamento sobre tabaco, perda de peso, dieta e exercício^{16,19,27,37,35}, que apontam a utilização do *assist* bem limitada. Essa discordância pode estar relacionada às categorias profissionais pesquisadas nesses estudos, geralmente médicos e/ou enfermeiros, que apresentam configuração diferente de prática clínica quando comparada aos profissionais do NASF-AB. Ao utilizar o *assist* (ajudar os pacientes a identificar barreiras e abordar facilitadores para prática de AF) os profissionais NASF-AB de Florianópolis demonstram conhecer bem o território em que estão inseridos, e que ao aconselhar AF levam em consideração o contexto dos pacientes e as principais barreiras ambientais, sociais, médicas, emocionais e econômicas para ser ativo. Essa assistência prestada pelos profissionais é relevante pois contribui para conduzir a mudança de comportamento de um modo mais realista e centrado no paciente, e com maior probabilidade de sucesso²⁴.

Outra assistência frequentemente referida pelo NASF-AB foi oferecer soluções para auxiliar os pacientes na identificação e busca de recursos confiáveis para adesão à AF. Dentre as soluções ou recursos utilizados, a recomendação principal é a participação em grupos de AF do CS, seguido de recomendar local específico para AF no bairro. Observa-se que “realizar grupos de promoção de AF para adultos” é uma das atividades mínimas específicas ao PEF dos NASF-AB preconizada na carteira de serviços da AB Florianópolis³⁰. A elevada referência em indica-los demonstra que a maioria dos CS possuem grupos em funcionamento. Grupos de AF são um importante recurso de apoio à adoção de hábitos de vida mais saudáveis, mas não devem ser os únicos recursos de educação em saúde para AF, visto que o horário de funcionamento desses grupos pode restringir a participação à uma determinada parcela da população (pessoas idosas e/ou aposentados). Ainda a respeito de dar assistência (*assist*), os recursos referidos pelos profissionais indicam pouca utilização de materiais educativos e prescrição de exercícios físicos, o que leva a entender que o auxílio oferecido limita-se a orientações verbais. Segundo Meriwether et al.²⁴ materiais impressos e prescrições escritas parecem aumentar a eficácia das intervenções de comportamento em saúde, e Smith et al.²⁰ recomenda o uso de ferramentas para incentivar o auto monitoramento em AF, como pedômetros ou diários de atividades. Porém é preciso destacar que o emprego de determinados recursos envolve custos elevados, devendo ser avaliada sua viabilidade e aplicabilidade em grande escala no contexto do SUS. Também deve-se considerar que o recurso prescrição de exercícios físicos é competência exclusiva do PEF, o que explica o baixo percentual apresentado, pois refere-se a prática de profissionais de diferentes formações.

Quanto ao uso da estratégia *asses* (avaliar), embora executada por mais da metade dos profissionais NASF-AB, apresentou valor razoável quando comparado aos outros “As” (*ask, advise e assist*). Avaliar o nível de AF e estágio de mudança de comportamento requer ferramentas específicas. Várias ferramentas de avaliação já foram projetadas e testadas com o fim de facilitar o aconselhamento na prática assistencial como *Physical Activity Assessment Tool* (PAAT) e *Patient-Centered Assessment and Counseling for Exercise and Nutrition* (PACE), estando alguns disponíveis em versão impressas e até mesmo em programas de software clínicos^{20,22,24}. Atualmente não se tem conhecimento do uso sistematizado de nenhuma ferramenta ou *software* de avaliação do nível de AF e estágio de mudança de comportamento ou de aconselhamento na prática dos profissionais NASF-AB Florianópolis.

Por fim, a respeito do *arrange* (organizar/acompanhar), em média dois em cada dez profissionais NASF-AB utilizam estratégias para acompanhar os resultados do aconselhamento, o que classifica esse “A” como o menos frequente. Esse dado é similar a vários estudos que indicam que *arrange* é o menos referido dos 5As^{15,19,27,35}. *Arrange* consiste na realização de contatos de acompanhamento (pessoalmente, por telefone ou e-mail) para

fornecer assistência, apoio contínuo e/ou para ajustar o plano de ações conforme necessário, incluindo o encaminhamento para tratamento especializado²². A literatura sugere que este “A” é extremamente fundamental para produzir mudança de comportamento significativa e duradoura³⁸⁻³⁹. Pesquisas adicionais mostraram que seu uso por médicos estava relacionado à melhora de hábitos alimentares, à perda de peso e que cerca da metade dos pacientes desejam receber apoio contínuo de um profissional de saúde^{14,19}. Considera-se necessário que os profissionais NASF-AB possam ter acesso a mecanismos (estratégias e ferramentas) de acompanhamento e registro dos resultados do aconselhamento, caso contrário não haverá como avaliar efetividade, alcance e continuidade, elementos esses indispensáveis para avaliar/efetivar políticas públicas. Esse resultado reforça a necessidade de ampliar o entendimento de que aconselhamento para AF aplicado na AB não pode confundir-se a uma orientação genérica e sem significado e objetivo dentro das redes de Atenção à Saúde. Como pode-se notar, a prevalência de aconselhamento foi elevada, contudo, o baixo número de profissionais que relataram acompanhar os resultados obtidos a partir dessa prática pode comprometer a efetividade deste tipo de intervenção.

Este estudo se propôs a avaliar a utilização do modelo 5As como estratégias de aconselhamento para AF por profissionais do NASF-AB, e possui pontos fortes. Destaca-se como ponto forte as categorias profissionais pesquisadas, pois a maioria dos estudos realizados no Brasil pesquisaram aconselhamento para AF apenas na perspectiva uniprofissional ou envolvendo apenas profissionais que compõem a ESF (médico, enfermeiro e/ou agente comunitário de saúde). Também a identificação das estratégias conforme o modelo 5As amplia a compreensão de sua utilização pelos profissionais, contribuindo para futuramente planejar ações mais concretas de aperfeiçoamento dessa prática nos serviços da AB. Além disso, este estudo se propôs a realizar um inquérito com todos os profissionais atuantes no NASF-AB de uma capital brasileira, alcançando taxa de resposta elevada quando comparada a outros estudos.

Entre as limitações do estudo é possível elencar o delineamento transversal, a falta de cálculo amostral, a utilização de análises estatísticas não inferenciais e de questionário auto administrado (viés de memória). Embora a maioria dos estudos utilizem a observação direta de consultas (gravação em áudio) para avaliar o uso dos 5As, optou-se pelo questionário auto administrado devido à natureza da pesquisa (custo e complexidade e ausência de sistema de codificação observacional dos 5As). Também o instrumento não foi aplicado aos pacientes, circunscrevendo o relato apenas aos profissionais, o que pode superestimar a realização do aconselhamento. Outra limitação pode ter sido o período especificado no inquérito a respeito da realização de aconselhamento nos últimos 12 meses, podendo gerar viés de recordação. Porém, uma revisão sistemática²⁶ recente observou que a maioria dos estudos sobre aconselhamento utilizam este tempo de recordação.

Conclusões

Em conclusão, os resultados mostraram uma elevada prevalência de aconselhamento para AF referida pelos profissionais NASF-AB de Florianópolis. As estratégias utilizadas para aconselhar estão relacionadas ao modelo 5As, embora não sejam usadas de modo sistematizado. Entre as estratégias mais referidas estão *ask* (perguntar), *advise* (aconselhar) e *assist* (dar assistência). *Arrange* (acompanhar) foi a estratégia menos referida.

O aconselhamento estruturado de acordo com as estratégias do modelo 5As fornece diretrizes para uma melhor abordagem para mudança de comportamento em AF, com menor custo e maior efetividade para os serviços da AB. Portanto é fundamental que o NASF-AB Florianópolis observe as lacunas que permeiam o uso dessas estratégias para assim aprimorar a prática do aconselhamento comprovadamente já realizada.

Pensando em implicações práticas é preciso investir em educação permanente específica à temática aconselhamento para AF. Além disso, empregar esforços em pesquisas de intervenção para o desenvolvimento e inserção de recursos de apoio ao aconselhamento conforme o modelo 5As, como ferramentas práticas de avaliação (*asses*) do nível de AF e estágio de mudança de comportamento, e de esquemas de acompanhamento (*arrange*) usando novas tecnologias e softwares que organizem os registros dessa prática nos serviços da AB.

Referências

1. Matthews CE, Cohen SS, Fowke JH, Han X, Xiao Q, Buchowski MS, et al. Physical activity, sedentary behavior, and cause-specific mortality in black and white adults in the Southern Community Cohort Study. *Am J Epidemiol* 2014;180(4):394–405. DOI: 10.1093/aje/kwu142
2. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Brasil. Cadernos de Atenção Básica, nº 27. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Lopes ACS, Toledo MTT, Câmara AMCS, Menzel HJK, Santos LC. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. *Epidemiol Serv Saúde* 2014;23(3):475-486. DOI: 10.5123/S1679-49742014000300010
6. Poskiparta M, Kasila K, Kiuru P. Dietary and physical activity counselling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. *Scand J Prim Health Care* 2006;24(4):206-210. DOI: 10.1080/02813430600866463
7. Chakravarthy MV, Joyner MJ, Booth FW. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Mayo Clin Proc* 2002;77(2):165-173. DOI: 10.4065/77.2.165
8. Matsudo VKR, Andrade DR. Aconselhamento sobre atividade física. *Diagn Tratamento* 2008;13(1):45-49.
9. Hallal PC, Machado PT, Del Duca GF, Silva IC, Amorim TC, Borges TT, et al. Physical activity advice: short report from a population-based study in Brazil. *J Phys Act Health* 2010;7(3):352-354. DOI: 10.1123/jpah.7.3.352
10. Loch MR, Dias DF, Castro ASR, Guerra PH. Controle remoto ou remoto controle? A economia comportamental e a promoção de comportamentos saudáveis. *Rev Panam Salud Publica* 2019;43:e18. Doi: 10.26633/RPSP.2019.18.
11. Marteau TM. Changing minds about changing behaviour. *Lancet* 2018;391(10116):116–117. DOI: 10.1016/s0140-6736(17)33324-x
12. Jacobson DM, Strohecker L, Compton MT, Katz DL. Physical activity counseling in the adult primary care setting: position statement of the American College of Preventive Medicine. *Am J Prev Med* 2005;29(2):158-162. DOI: 10.1016/j.amepre.2005.04.009
13. Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *J Public Health* 2001;23(3):219-226. DOI: 10.1093/pubmed/23.3.219
14. Alexander SC, Cox ME, Turer CLB, Lyna P, Østbye T, Tulsy JA, et al. Do the five A's work when physicians counsel about weight loss?. *Fam Med* 2011;43(3):179-184.
15. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promot Int* 2006;21(3):245-255. DOI: 10.1093/heapro/dal017
16. Flocke SA, Clark A, Schlessman K, Pomiecko G. Exercise, diet, and weight loss advice in the family medicine outpatient setting. *Fam Med*. 2005;37(6):415-421.
17. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2008.
18. Carroll JK, Antognoli E, Flocke SA. Evaluation of physical activity counseling in primary care using direct observation of the 5As. *Ann Fam Med* 2011;9(5):416-422. Doi: 10.1370/afm.1299.
19. Sherson EA, Yakes Jimenez E, Katalanos N. A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. *Fam Pract* 2014;31(4):389-398. Doi:10.1093/fampra/cmu020.
20. Smith BJ, Buffart LM, Bauman AE, van der Ploeg HP. Encouraging physical activity: Five steps for GPs. *Aust Fam Physician* 2008;37(1-2):24-28.

21. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Modified 5 As: Minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Can Fam Physician* 2013;59(1):27-31.
22. Ainsworth BE, Younts CP. Tools for physical activity counseling in medical practice. *Obesity* 2002;10(s11):69S. DOI:10.1038/oby.2002.193
23. Eakin EG, Smith BJ, Bauman AE. Evaluating the population health impact of physical activity interventions in primary care-are we asking the right questions?. *J Phys Act Health* 2005;2(2):197-215. DOI: 10.1123/jpah.2.2.197
24. Meriwether RA, Lee JA, Lafleur AS, Wiseman P. Physical activity counseling. *Am Fam Physician*. 2008;77(8) 1129-1136.
25. Verwey R, Van der Weegen S, Spreuwenberg M, Tange H, Van der Weijden T, De Witte L. Process evaluation of physical activity counselling with and without the use of mobile technology: A mixed methods study. *Int J Nurs Stud* 2016;53:3-16. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.008
26. Souza JH. Prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física na atenção básica à saúde: uma revisão sistemática. [Trabalho de Conclusão de Residência]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Residência multiprofissional em Saúde da Família; 2018.
27. Dosh SA, Holtrop JS, Torres T, Arnold AK, Baumann J, White LL. Changing organizational constructs into functional tools: an assessment of the 5 A's in primary care practices. *Ann Fam Med* 2005;3(2):S50-S52. DOI: 10.1370/afm.357
28. Malta DC, Castro AMD, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol Serv Saúde* 2009;18(1):79-86. DOI: 10.5123/S1679-49742009000100008
29. Florianópolis. Gabinete do Secretário. Instrução normativa Nº 001/2010 aprovam a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
30. Florianópolis. Carteira de Serviços. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Primária à Saúde; Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
31. Universidade Federal de Santa Catarina. Pró Reitoria de Extensão. Catálogo de Extensão 2018. Florianópolis: PROEX/UFSC; 2018.
32. Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
33. Long BJ, Calfas KJ, Wooten W, Sallis JF, Patrick K, Goldstein M, et al. A multisite field test of the acceptability of physical activity counseling in primary care: project PACE. *Am J Prev Med* 1996;12(2):73-81. DOI: 10.1016/S0749-3797(18)30348-9
34. Pinto BM, Goldstein MG, DePue JD, Milan FB. Acceptability and feasibility of physician-based activity counseling: The PAL project. *Am J Prev Med* 1998;15(2):95-102. DOI: 10.1016/S0749-3797(98)00043-9
35. Carroll JK, Fiscella K, Meldrum SC, Williams GC, Sciamanna CN, Jean-Pierre P, et al. Clinician-patient communication about physical activity in an underserved population. *J Am Board Fam Med* 2008;21(2):118-127. DOI: 10.3122/jabfm.2008.02.070117
36. Silva KS, Garcia LMT, Rabacow FM, Rezende LF, Sa TH. Physical activity as part of daily living: Moving beyond quantitative recommendations. *Prev Med* 2017;96:160-162. DOI: 10.1016/j.ypmed.2016.11.004
37. Jay M, Gillespie C, Schlair S, Sherman S, Kalet A. Physicians' use of the 5As in counseling obese patients: is the quality of counseling associated with patients' motivation and intention to lose weight?. *BMC Health Serv Res* 2010;10(1):159. Doi: 10.1186/1472-6963-10-159
38. Bodenheimer T, Grumbach K. Electronic technology: a spark to revitalize primary care?. *Jama* 2003;290(2):259-264. DOI: 10.1001/jama.290.2.259
39. Glasgow RE, Eakin EG, Fisher EB, Bacak SJ, Brownson RC. Physician advice and support for physical activity: Results from a national survey. *Am J Prev Med* 2001;21(3):189-196. DOI: 10.1016/S0749-3797(01)00350-6

ORCID dos autores:Sheylane de Queiroz Moraes: <https://orcid.org/0000-0002-2389-7426>Mathias Roberto Loch: <https://orcid.org/0000-0002-2680-4686>Cassiano Ricardo Rech: <https://orcid.org/0000-0002-9647-3448>

Recebido em 06/09/19.

Revisado em 05/03/20.

Aceito em 30/04/20.

Endereço para correspondência: Sheylane de Queiroz Moraes. Campus Universitário Reitor João David F Lima, Prédio Administrativo - Centro de Desportos, 200. Trindade, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: moraessheylane@gmail.com