

ARDILES VITOR DOS SANTOS

**Atividade física como componente do cuidado integral de
pessoas vivendo com HIV: perspectivas e desafios em serviço
universitário especializado na cidade de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Doenças Infecciosas e
Parasitárias
Orientador: Prof. Dr. Alúcio Augusto
Cotrim Segurado

São Paulo

2020

ARDILES VITOR DOS SANTOS

**Atividade física como componente do cuidado integral de
pessoas vivendo com HIV: perspectivas e desafios em serviço
universitário especializado na cidade de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Doenças Infecciosas e
Parasitárias
Orientador: Prof. Dr. Alúcio Augusto
Cotrim Segurado

São Paulo

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Santos, Ardiles Vitor dos

Atividade física como componente do cuidado integral de pessoas vivendo com HIV : perspectivas e desafios em serviço universitário especializado na cidade de São Paulo / Ardiles Vitor dos Santos. -- São Paulo, 2020.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias.
Orientador: Aluísio Augusto Cotrim Segurado.

Descritores: 1.HIV 2.Exercício físico 3.Apoio social 4.Autoeficácia 5.Assistência ambulatorial

USP/FM/DBD-302/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e a todos aqueles que fazem das injustiças e desfavorecimentos, a mola propulsora para que possamos existir, mesmo diante de tanta invisibilidade social e de oportunidades.

AGRADECIMENTOS

À minha família e especificamente aos meus pais Neide e Adilson que, mesmo diante de tantos contratempos e dificuldades se esforçaram incansavelmente para que fosse possível me oferecer recursos que eles infelizmente não puderam usufruir e sempre colocaram os estudos como um referencial importante a ser seguido. Aos meus lindos sobrinhos Gabriel, Arthur e Marina que tiveram que dividir o tio dentre tantas tarefas

Ao meu ilustre orientador, Professor Doutor Aluísio Augusto Cotrim Segurado, que mesmo não me conhecendo no início, deu a possibilidade de compormos um trabalho lindo, que com muito amor pelo que faz conduziu a orientação de forma brilhante, leve e regada a muito respeito.

À Professora Doutora Elisabete Morandi que me acolheu e confiou no meu trabalho para compormos uma equipe incrível para a condução do seu trabalho de doutoramento, o que abriu as portas para a construção deste trabalho, motivo de tanto orgulho

Aos professores da banca de qualificação Prof. Dr. Éspér Kallas, Prof. Dr. Alex Florindo e Prof. Dr. Bruno Gualano que permitiram, através das reflexões disparadas, readequar o trabalho a uma proposta que dialogasse com o que fizesse maior sentido ao momento atual.

À Professora Doutora Carmen Diva Saldiva de André que com toda sua paciência contribuiu brilhantemente na análise dos dados e pela paciência nos momentos de grande tensão e insegurança.

À Professora Sandra Ribeiro por compartilhar seu conhecimento em nutrição para orientar o caminho possível para que análise nutricional fosse um diferencial neste trabalho.

À equipe administrativa do Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes com HIV/AIDS (SEAP) e do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que além

de me acolher com respeito e carinho, foi importantíssima na elaboração deste trabalho, sempre disponíveis, mesmo com tantas solicitações.

Às Enfermeiras Camila de Melo Picone e Ana Paula Silva Alves que brilhantemente contribuíram na condução desta dissertação, com uma técnica ímpar, dedicação excepcional e um afeto sem igual.

À equipe multidisciplinar do SEAP, principalmente às Psicólogas Daniela Cardoso, Clara Pereira, Luiza Azem e à Assistente Social Gabriela Pimentel que potencializaram este trabalho e deram sensibilidade a ele, com uma troca incrível.

À equipe do Serviço de Acesso à Informação da Divisão de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pelo auxílio na normalização técnica da ficha catalográfica.

Ao meu companheiro Edson Maciel, com quem componho dupla na vida e sigo de mãos dadas colecionando histórias e criando memórias.

Às Pessoas Vivendo com HIV que emprestaram suas histórias e experiências para compormos esse momento de protagonismo, com muito respeito e parceria.

Certamente com a contribuição de cada um de vocês foi possível tornar um sonho nessa rica experiência, com a possibilidade de fazer com que a carne mais barata do mercado, não seja mais a carne preta. A certeza de que a senzala jamais será a mesma é o que me motivou até aqui.

Ao CNPq, pela concessão de Bolsa de Mestrado
(Processo 130360/2018-0)

EPÍGRAFE

“É chegada a hora de tirar nossa nação das trevas da injustiça racial”

Zumbi dos Palmares

RESUMO

Santos, AV. *Atividade física como componente do cuidado integral de pessoas vivendo com HIV: perspectivas e desafios em serviço universitário especializado na cidade de São Paulo.*

Introdução: Como a terapia antirretroviral (TARV) determinou entendimento da aids como doença crônica e a adoção da estratégia “testar e tratar” estendeu seu uso a todas as pessoas que vivem com HIV (PVH), novas propostas de intervenção vêm sendo pensadas com vistas ao cuidado integral. Nesse contexto, a atividade física (AF) tornou-se componente relevante do cuidado voltado à promoção da saúde, justificando-se estudar como a adoção de comportamento ativo se relaciona com o cotidiano de PVH. **Objetivos:** Caracterizar amostra de PVH que inicia TARV sem alterações morfológicas corporais e distúrbios metabólicos, em relação ao nível de atividade física (atual e habitual), conteúdo energético da dieta, construtos psicossociais facilitadores da prática de AF (Apoio Social e Autoeficácia), avaliação antropométrica, de força e flexibilidade. Adicionalmente, analisar a existência de registros em prontuário sobre a prática de/recomendação para AF e investigar associações entre AF atual, ingestão calórica e os construtos psicossociais facilitadores de AF. **Métodos:** PVH entre 18 e 59 anos que iniciaram TARV sem alterações corporais e metabólicas foram avaliadas quanto a dados sociodemográficos, relato de AF atual e habitual, recordatório alimentar de 24 horas com escalas de Apoio Social e de Autoeficácia para AF e Avaliação Física padronizada. Associações entre as variáveis de interesse foram investigadas por coeficientes de correlação de Spearman e modelos de regressão ajustados por sexo e idade. **Resultados:** 61 PVH [sexo masculino (86,9%), pretos (13,1%), média de idade 32,5 anos] foram estudadas. Na avaliação física verificou-se IMC mediano de 23,32 kg/m², força abaixo da média e flexibilidade fraca/insuficiente. No que tange à AF, 47,5% relatou baixo nível de prática, não atendendo aos critérios recomendados pela OMS (≥ 150 minutos/semana). O dispêndio energético foi de aproximadamente 1.000 kcal/semanais, frente a ingestão calórica de 2.200 kcal. Apesar de se identificar alto Apoio Social para a prática de AF, houve baixo apoio de familiares para realização de caminhada e AF de intensidade média e forte. A Autoeficácia para AF foi caracterizada como média. A revisão de prontuários revelou baixa frequência de menção à prática de AF (20 registros em 18 meses de seguimento). Nos modelos de regressão ajustados por sexo e idade, evidenciou-se associação inversa entre os resultados do Recordatório Alimentar e a Autoeficácia para AF (quanto maior a percepção de disponibilidade para AF, menor a ingestão calórica). Não houve, contudo, associação entre AF atual e ingestão calórica, Apoio Social ou Autoeficácia para AF. **Conclusões:** A prática de AF mostrou-se insuficiente na amostra estudada e foram pouco frequentes os registros sobre o tema em prontuário. Observou-se, contudo, que os construtos de Apoio Social e Autoeficácia denotam possibilidade de se investir

em abordagem visando mudança de comportamento com incremento de AF. Reconhecida a elevada vulnerabilidade social e programática em que se inserem as PVH, recomenda-se que serviços especializados busquem transpor barreiras que limitam a adoção de AF como elemento do cuidado integral para permitir que tal prática venha se constituir em ferramenta para promoção de autoconhecimento, dedicação a si e melhora na percepção do estado de saúde.

Descritores: HIV; Exercício Físico; Apoio Social; Autoeficácia, Assistência ambulatorial.

ABSTRACT

Santos, AV. *Physical activity as part of the comprehensive care of people living with HIV: perspectives and challenges in a specialized university healthcare setting in the city of São Paulo.*

Introduction: Since antiretroviral therapy (ART) allowed AIDS to be regarded as a chronic disease and the “test and treat” strategy scaled it up to all people living with HIV (PLH), novel interventions have been considered for a comprehensive care approach. In this context, physical activity (PA) has become a relevant care component for health promotion, and studies are warranted to investigate how an active behavior could be adopted in the everyday life of PLH. **Objectives:** To describe reported current and usual PA, calorie intake, psychosocial constructs of social support and self-efficacy for PA, anthropometric measures, and results of strength and flexibility evaluation in a sample of PLH who start ART without body changes and metabolic abnormalities. In addition, to check whether PA was addressed in medical charts as part of clinical histories or recommendations, and to investigate associations between PA, calorie intake and psychosocial constructs that may facilitate PA. **Methods:** PLH aged 18 to 59 years old who started ART without body changes and metabolic abnormalities were evaluated concerning sociodemographic data, reported usual or current PA, their 24-hour diet food recall, scales of social support and self-efficacy for PA, and a standardized physical assessment. Associations between variables of interest were sought after using Spearman’s correlation coefficients and regression models adjusted for gender and age. **Results:** We studied 61 PLH [males (86.9%), black (13.1%), mean age=32.5 years old]. Physical assessment revealed a median BMI of 23.32 kg/m², below average strength and weak/insufficient flexibility. As for PA, 47.5% reported low activity (below WHO recommendation of ≥ 150 minutes/week). Energy expenditure was estimated at about 1,000 kcal/week in contrast to a calorie intake of 2,200 kcal. Although an overall high level of social support for PA was found, support of family members for walking or moderate to intense physical activity was low. Self-efficacy for PA was characterized as medium. Medical chart reviews yielded a low frequency of reports addressing PA (20 citations in 18 months of clinical follow-up). Regression models after adjusting for gender and age showed a negative association between the 24-hour food recall and self-efficacy scores (the higher the confidence of engaging in PA, the lower the calorie intake). In contrast, no association was found between current PA and calorie intake, social support or self-efficacy scores. **Conclusions:** Patients in our study were insufficiently active and PA was infrequently questioned about or recommended by attending physicians. Nevertheless, social support and self-efficacy scores point out for the possibility of investing in behavioral change strategies aiming at increasing PA. Taking the high social and programmatic vulnerabilities of PLH into account, specialized healthcare services should try to overcome barriers that limit adoption

of PA as an element of the comprehensive care provided to these patients, so as to use it as a tool for promoting self-knowledge, self-care and increasing health perception.

Keywords: HIV; Physical Exercise; Social Support; Self-efficacy; Ambulatory care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	9
3. MÉTODOS	11
3.1. DESENHO DO ESTUDO	11
3.2. LOCAL E PERÍODO DE RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES	11
3.3. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO	11
3.3.1. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	11
3.3.2. COLETA DE DADOS	12
3.3.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS	17
3.3.4. ASPECTOS ÉTICOS	18
4. RESULTADOS	20
4.1. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	20
4.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E HÁBITOS	20
4.3. ATIVIDADE FÍSICA	22
4.4. RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS	24
4.5. ESCALA DE APOIO SOCIAL PARA A PRÁTICA DE AF	25
4.6. ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA PRÁTICA AF	29
4.7. AVALIAÇÃO FÍSICA PADRONIZADA	30
4.8. REFERÊNCIA À PRÁTICA DE AF EM PRONTUÁRIO	31
4.9. ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE AF, PADRÃO DE INGESTÃO CALÓRICA ALIMENTAR E FATORES PSICOSSOCIAIS FACILITADORES DA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO (CONSTRUTOS DE APOIO SOCIAL E DE AUTOEFICÁCIA PARA PRÁTICA DE AF)	33
5. DISCUSSÃO	42
6. CONCLUSÕES	52
7. REFERÊNCIAS	55
ANEXO I. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
ANEXO II. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE HÁBITOS	67

ANEXO III. QUESTIONÁRIO DE BAECKE – ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL	70
ANEXO IV. QUESTIONÁRIO IPAQ (<i>INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE</i>) – ATIVIDADE FÍSICA ATUAL	72
ANEXO V. RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS	74
ANEXO VI. ESCALA DE APOIO SOCIAL PARA ATIVIDADE FÍSICA	76
ANEXO VII. ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA ATIVIDADE FÍSICA	77
ANEXO VIII. AVALIAÇÃO FÍSICA PADRONIZADA	78

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Do ponto de vista epidemiológico, pode-se dizer que o Brasil foi intensamente atingido pela pandemia de HIV/aids. De acordo com o relatório divulgado pelo Ministério da Saúde foram notificados no país 966.058 casos de aids em adultos no período de 1980 a 2019. A infecção por HIV, por sua vez, foi identificada em 300.496 pessoas de 2007 a 2019, cabendo, contudo, a ressalva que esta última somente se tornou agravo de notificação compulsória em todo país a partir de 2014. Em números absolutos, as infecções por HIV/aids no estado de São Paulo representam 282.678 casos notificados (BRASIL, 2019).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) teve um grande marco nas duas últimas décadas com a ampliação do acesso aos fármacos antirretrovirais (DEEKS et al., 2013; CHIRCH et al., 2014; RISHER et al., 2017). O uso da terapia antirretroviral combinada (TARV) determinou expressiva redução das taxas de morbidade e mortalidade associadas à infecção por HIV/aids e melhoria do bem-estar de pessoas que vivem com HIV (PVH) permitindo, ainda, que a infecção pelo vírus passasse ser encarada como uma doença crônica. Esse novo contexto requer enfrentamento de outras preocupações no cuidado à saúde das PVH, que incluem a adoção de estratégias mais amplas de promoção de saúde (ZONTA et al., 2003; ERLANDSON et al., 2014).

Apesar dos benefícios que o tratamento antirretroviral propiciou ao controle da infecção por HIV, o acompanhamento de pacientes a longo prazo tem permitido identificar outras alterações clínicas, características do que se passou a denominar aids crônica. A introdução e amplo acesso à TARV acarretaram grande redução da incidência de afecções oportunistas, da frequência e duração de internações hospitalares, com consequente aumento da sobrevida dos pacientes (PEZZOTTI et al., 1999).

A característica de doença tratável e manejável permitiu que a Organização Mundial da Saúde (OMS), como citado por Alencar et al. (2008) classificasse a aids como doença crônica, ainda que demande monitoramento

e acompanhamento clínico permanente. Nesse aspecto, Deeks et al. (2013), ressaltaram que, embora os avanços decorrentes do tratamento e da prevenção nos permitam hoje compreender a aids como uma doença evitável, deve-se considerar as limitações substanciais ainda existentes nas abordagens terapêuticas. Apesar de indispensável ao tratamento, a TARV não restaura totalmente a saúde e, ainda, pode disparar uma cascata eventos graves não diretamente relacionados à aids, que incluem doenças cardiovasculares, câncer, doença renal, hepática, osteopenia/osteoporose, além de transtornos mentais como a depressão e ansiedade (NIU et al., 2016), e alterações neurocognitivas (SMAIL; BREW, 2018).

A aids crônica é também associada à ocorrência de síndrome lipodistrófica, geralmente manifestada pela lipodistrofia, que se caracteriza por alterações na distribuição da gordura corporal, dislipidemia, diabetes, com conseqüente aumento do risco de doenças cardiovasculares, disfunções renais e hepáticas, além de osteopenia (FIELDS-GARDNER et al., 2004).

Nesse contexto torna-se relevante discutir o papel da promoção da atividade física (AF) como intervenção na estratégia de cuidado integral da PVH. Dados obtidos por Jones et al. (2001) evidenciaram que PVH acompanhadas na Inglaterra, quando submetidas a protocolos de treinamento envolvendo treinamento resistido e aeróbio com duração mínima de 10 semanas já são beneficiadas com melhora no padrão de composição corporal, aumento de força muscular e redução dos níveis séricos de colesterol. Estudos realizados por Terry et al. (2006), por sua vez, demonstraram ganhos significativos na aptidão cardiorrespiratória, aferida pela captação máxima de oxigênio (VO_2 máx.), em variáveis relacionadas ao status imunológico, além de alterações positivas no peso e na quantidade de gordura corporal em sujeitos submetidos a um programa de exercícios de 12 semanas, associado à orientação alimentar. Evidências científicas indicam, ainda, que o treinamento físico aumenta a capacidade aeróbia, a força muscular, a flexibilidade e a capacidade funcional em PVH (JONES et al., 2001; PERRY et al., 2003; HASKELL et al., 2007).

Ao associarmos a promoção da saúde e da qualidade de vida em PVH, vemos a necessidade de contemplar a integralidade do cuidado prestado ao usuário dos serviços de saúde. O cuidado integral de PVH é descrito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) em manual específico, que preconiza o tratamento adequado à realidade local e individual, estabelecendo o vínculo terapêutico como potente promotor de estilo de vida saudável, observando o risco para outros agravos crônico-degenerativos, como hipertensão arterial, diabetes e osteoporose. Concebido de modo abrangente, o cuidado integral deve propiciar o pleno acolhimento do paciente, reduzir danos associados ao estigma e discriminação das PVH, minimizar prejuízos no autocuidado e ainda, potencializar ações de promoção da adesão ao tratamento, de modo a prevenir a progressão da infecção ao quadro de aids e a transmissão de vírus.

Considerando a melhoria da qualidade de vida de PVH, geralmente associada àqueles que fazem uso contínuo da medicação, pesquisas começaram a ser desenvolvidas buscando elucidar possíveis contribuições de processos terapêuticos combinados ao farmacológico, este já bem estabelecido. Nesse amplo processo de investigação a promoção da AF surge como sendo uma das três intervenções complementares que corroboram com o aumento da qualidade de vida de PVH, sendo citada em conjunto com orações e massagens. (GREENE et al., 1999; SPARBER et al., 2000; STANDISH et al., 2001; CADE et al., 2004).

A AF e sua devida indicação para PVH estão descritas de forma detalhada no Manual de Cuidado Integral (BRASIL, 2016) e, também, em cartilha específica de recomendações à prática de atividades físicas para pessoas que vivem com HIV (BRASIL, 2012), documentos elaborados pelo Ministério da Saúde. Sua edição demonstra o destaque mais recentemente dado em saúde pública à promoção da saúde e da qualidade de vida das PVH por meio do estímulo à prática de atividades físicas.

Ambos os documentos propõem a possibilidade de incluir de a prática de AF na linha de cuidado integral ofertado a PVH no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresentam instrumentos para avaliação diagnóstica e posterior planejamento de intervenção, por meio da AF, de acordo com as

possíveis variações de intensidade, contemplando e exemplificando as atividades físicas de intensidade leve, moderada e vigorosa. Associada à orientação nutricional, a AF pode contribuir para melhorar a saúde e a imagem corporal, além de prevenir agravos, manter o bom funcionamento do organismo, preservar o sistema imunológico e melhorar a tolerância aos antirretrovirais, favorecendo sua melhor absorção, prevenindo e controlando seus efeitos colaterais. Em suma, entende-se que tais intervenções, quando incentivadas contribuem para promover a saúde e melhorar o desempenho físico e mental dos pacientes. (BRASIL, 2012).

Como essa perspectiva se insere no em nossa realidade local? De acordo com os dados disponíveis no relatório de 2019 de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde, a cidade de São Paulo ocupa o último lugar no *ranking* geral de capitais brasileiras em fração da população que pratica AF em seu tempo livre. De acordo com essa pesquisa, apenas 34,6%, dos residentes da capital paulistana praticam AF e quando analisado o índice por sexo, observa-se que 26,8% das mulheres são fisicamente ativas, enquanto os homens somam 43,8%. (BRASIL, 2020).

Dado que a AF ganhou atenção renovada como estratégia para minimizar o risco de desenvolver as comorbidades observadas em adultos que vivem com HIV, pode-se observar o desafio que representa incorporar a AF, de modo mais sistemático, no cuidado integral da PVH, sob a supervisão de profissionais de Educação Física habilitados, particularmente numa cidade como São Paulo.

É bem reconhecido que em adultos não infectados pelo HIV, a atividade física regular diminui a mortalidade por todas as causas, protegendo contra a aterosclerose e a resistência à insulina. (PEDERSEN, 2006; ECKEL et al., 2014). Kraus et al. (2002), por sua vez, elucidaram uma importante diminuição da obesidade e ganho na saúde cardiovascular ao melhorar os perfis lipídicos e a função vascular dos pacientes. Na verdade, em adultos saudáveis, o aumento da intensidade de AF é acompanhado por redução das concentrações séricas de biomarcadores inflamatórios, independentemente da existência de outros

fatores de risco de doença cardiovascular (GEFFKEN et al., 2001; ABRAMSON e VACCARINO, 2002).

Inatividade física, dieta rica em gordura, abuso de drogas e álcool e estresse elevado, são considerados elementos de um comportamento de risco. Para grande parte das pessoas antes da morte vem a doença, a qual é precedida por um período de comportamentos de alto risco. Com isso, a saúde pode ser promovida ou mantida evitando-se esse tipo de comportamento, diminuindo-se assim, o risco de adoecimento e morte precoce (GLANER, 2003).

Sendo assim, o planejamento de ações de cuidado integral a PVH, que iniciam terapia antirretroviral deveria incluir a investigação sobre a prática de atividade física e qualidade da dieta, de modo a compor um perfil de risco do usuário para o desenvolvimento de síndrome lipodistrófica e para o consequente incremento do risco cardiovascular.

No que concerne às intervenções nutricionais para PVH, Mangili et al. (2006) relacionaram o uso de TARV com o aumento do gasto energético de repouso, independentemente da carga viral, o que sinaliza para a necessidade de garantir aporte de dieta com nutrientes de boa qualidade. Hughes e Kelly (2006), por sua vez, sugeriram que o mau estado nutricional pode ser um dos elementos que aumentam o processo inflamatório, atuando como preditor da mortalidade entre PVH (GUENTER et al., 1993; TANG et al., 2015). Adicionalmente, Sewale et al. (2018), em estudo realizado com crianças etíopes vivendo com HIV, identificaram que 52,3% consumia dieta com baixa variedade e qualidade de alimentos.

Estabelecer a relação entre o estado nutricional, qualidade da dieta e risco de aumento da circunferência abdominal e do índice de massa corpórea (IMC), que sinalizam para o aumento do risco de doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes tipo 2, é fundamental para que criemos estratégias para que os quadros desfavoráveis não se estabeleçam (THUPPAL et al., 2017). Uma ingestão alimentar não saudável, avaliada por um simples escore de risco alimentar, aumenta o risco de infarto agudo do miocárdio (IAM)

globalmente e representa 30% do risco atribuível à população (IQBAL et al., 2008). Podemos ainda relacionar a qualidade da dieta com aqueles alimentos que permitem maior proteção aos eventos cardiovasculares, como os vegetais, associando o baixo ou alto teor de fibras constantes neles, além de hortaliças, leguminosas, cereais, com baixo teor energético. Em contraste, os alimentos não protetores são aqueles ricos em lipídeos de origem animal, frituras, margarinas, pão francês e os processados em sua composição (FORNES et al., 2002).

Sabe-se, ainda, que a prática de AF e os hábitos alimentares podem estar interrelacionados. O nível de AF pode ser elemento importante na determinação do controle do apetite apresentado pelas pessoas diariamente. O baixo nível de AF favorece a ingestão de alimentos de baixa qualidade e desregula a ingestão de energia, criando um desequilíbrio energético, acarretando, geralmente, o acúmulo de gordura corporal (BLUNDELL et al., 2015; HOPKINS et al., 2016).

De forma mais específica e funcional, a nutrição sempre desempenhou um papel importante no cuidado de PVH, mas as mudanças no padrão da doença com redução da mortalidade e, conseqüentemente, uma expectativa de vida mais longa, levaram a mudanças nas metas de suporte nutricional nessa população (RAJSHREE et al., 2015).

A incorporação de aconselhamento e intervenções nutricionais no cuidado integral de PVH deve, portanto, ser ressaltada. Todavia, o cenário analisado até o momento, não parece satisfatório. Assim, por exemplo, De Carvalho et al. (2017), ao estudarem PVH acompanhadas em Lisboa, identificaram que apenas 25,5 % apresentava ingestão calórica adequada, com base numa dieta que contemple de 25 a 35 kcal/kg. Por outro lado, Wanke et al. (2000) enfatizaram que o estudo nutricional deficiente em PVH associa-se a disfunção do sistema imune.

Tomando como premissa a necessidade de contribuir para o aprimoramento do cuidado integral a PVH, aliando a promoção da AF e o suporte nutricional às intervenções habitualmente empregadas no manejo dos

pacientes, desenhou-se o presente estudo. Empregando diferentes métodos de avaliação, nosso intuito é de descrever o nível de AF, de uma amostra de PVH que inicia terapia antirretroviral na ausência de alterações morfológicas corporais e distúrbios metabólicos, buscando relacioná-lo, à ingestão calórica desses indivíduos, de modo a permitir estabelecer plano de cuidado personalizado a essa população. Tal planejamento exige, ainda, maior compreensão sobre os fatores psicossociais que possam atuar como facilitadores de mudança de comportamento no tocante à prática de AF. Com base na análise de construtos psicossociais, como a Autoeficácia e o Apoio Social para a prática de AF, pode-se buscar avaliar qual seria a melhor estratégia a adotar no planejamento do cuidado integral de PVH, com vistas à adoção de hábitos mais saudáveis. Como cenário de investigação, elegeu-se um serviço universitário especializado no cuidado integral a PVH, o Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes com HIV/AIDS (SEAP), afiliado à Divisão de Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

- Caracterizar o nível de atividade física (atual e habitual) de pessoas vivendo com HIV que iniciam o tratamento antirretroviral em serviço universitário especializado na ausência de alterações morfológicas corporais e distúrbios metabólicos.
- Caracterizar o conteúdo energético da dieta, o Apoio Social e a Autoeficácia para a prática de AF na população estudada.
- Caracterizar a população estudada em relação à avaliação antropométrica, de força e flexibilidade.
- Analisar se há registro em prontuário sobre a prática de AF ou de recomendação à AF, ratificando a AF como componente de cuidado.
- Investigar a existência de correlação entre o nível de AF atual dos pacientes, seu padrão alimentar em termos de ingestão calórica, e construtos psicossociais facilitadores da prática de AF, como o Apoio Social e a Autoeficácia para a realização dessas atividades.

3. MÉTODOS

3.1. Desenho do Estudo

O presente estudo é desenhado como um estudo observacional de corte transversal.

3.2. Local e período de recrutamento dos participantes

O estudo foi realizado no Serviço de Extensão ao Atendimento a Pacientes (SEAP) com HIV/aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). O SEAP é responsável pelo cuidado ambulatorial integral de 3.200 PVH em idade adulta.

O período de recrutamento foi compreendido por dois momentos: de junho de 2014 a maio de 2016, vinculado à seleção de voluntários para a pesquisa intitulada, “Efeito da prática de atividade física na prevenção primária de alterações morfológicas corporais e metabólicas e na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV que iniciam terapia antirretroviral: ensaio clínico pragmático”, conduzida pela então doutoranda Elisabete Cristina Morandi dos Santos sob a orientação do Prof. Dr. Aluísio Augusto Cotrim Segurado, com apoio financeiro da FAPESP (Auxílio Pesquisa – Processo nº 2013/20249-3), e entre dezembro de 2017 a março de 2018 para incremento do tamanho da amostra, com vistas ao presente estudo. Como estratégia de desenvolvimento da pesquisa foram utilizadas as estruturas: física (consultórios e salas de coleta de exames), administrativa (prontuários médicos) e sistemas corporativos informatizados (cadastros de pacientes e agendamento de consultas e exames laboratoriais) disponíveis no SEAP.

3.3. Procedimentos do Estudo

3.3.1. Seleção dos participantes

Adotaram-se como critérios de elegibilidade para participação no estudo:

- ter infecção confirmada por HIV, segundo nos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018)
- idade entre 18 e 59 anos
- estar em uso de TARV há no máximo 4 meses.

Foram considerados critérios de exclusão:

- gravidez;
- possuir circunferência abdominal superior a 102 cm para homens, ou 88 cm para mulheres;
- apresentar comorbidades como hipertensão arterial sem controle, diabetes mellitus, câncer, gestação ou acidente vascular cerebral;
- apresentar alteração nas concentrações séricas de glicose (igual ou superior a 100mg/dL) ou de lipídeos – colesterol total (igual ou superior a 239mg/dL), LDL-colesterol (igual ou superior que 160mg/dL) e triglicérides (igual ou superior a 150mg/dL);
- estar em uso de esteroides anabólicos ou de fármacos para controle dos níveis de glicose e lipídeos sanguíneos;
- apresentar histórico de procedimento cirúrgico estético como lipoaspiração, lipoescultura ou cirurgias plásticas em período de até 12 meses prévios à coleta de dados.

A partir de levantamento realizado nos registros de agendamento de consultas, anotações de prontuários, em sistemas informatizados contendo resultados de exames laboratoriais e de retirada de medicação na farmácia ambulatorial, foram identificados pacientes elegíveis para o estudo. Esses foram abordados enquanto aguardavam no serviço pelas consultas médicas com infectologista realizadas, de segunda às sextas-feiras entre 7h00 e 19h00.

3.3.2. Coleta de dados

Os voluntários foram abordados pelo pesquisador e convidados a participar do estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (Anexo I). Obtido o consentimento, os pacientes foram submetidos a entrevista única para coleta dos dados de interesse, assim como solicitados a preencher os demais questionários que apuram informações pessoais e de comportamento de forma objetiva. Como forma de padronizar a aplicação dos diversos instrumentos de coleta de dados, seguiram-se as orientações compiladas em um Manual do Entrevistador que apresenta informações detalhadas sobre cada instrumento, testes e medidas aplicadas.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados incluíram:

- Questionário Sociodemográfico e de hábitos (Anexo II);
- Questionário de Baecke (Anexo III);
- Questionário IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) (Anexo IV);
- Recordatório alimentar de 24 horas (Anexo V);
- Escala de Apoio Social para AF (Anexo VI);
- Escala de Autoeficácia para AF (Anexo VII);
- Avaliação física padronizada (Anexo VIII)

Questionário Sociodemográfico e de hábitos: formulário elaborado pelos pesquisadores para obtenção de informações pessoais relativas a variáveis como: sexo, idade, escolaridade (tempo de estudo), renda individual e familiar, cidade de nascimento, bairro de moradia, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

Questionário de Baecke: afere e abrange as atividades físicas habituais dos 12 meses anteriores à entrevista, contemplando as atividades de deslocamento, lazer, ocupacionais e exercícios físicos para pessoas vivendo com HIV/Aids. Utilizando escala Likert, que varia de 1 a 5, apresenta opções de respostas categorizadas em: 1= nunca, 2= raramente, 3= algumas vezes, 4= frequentemente, e 5= sempre e/ou muito frequentemente. Para a apuração dos dados se faz necessária a aplicação da equação, descrita no anexo III, como forma de estratificar os dados em escores com domínios de Atividade Física Ocupacional (AFO), Exercícios Físicos de Lazer (EFL),

Atividades de Lazer e Locomoção (ALL) e Escore Total (ET), conforme validado por Florindo et al. (2006) para PVH.

Questionário IPAQ - versão longa (*International Physical Activity Questionnaire*): avalia as atividades físicas atuais, com base na informação referente à semana precedente à entrevista (Matsudo et al., 2001). O instrumento compreende três módulos, que avaliam, respectivamente, a AF de deslocamento; a AF no lazer e esporte e a AF executada como exercícios físicos. Foram considerados os minutos diários de prática de AF na semana anterior à entrevista, assim como o número de dias de realização de caminhada ou utilização de bicicleta para a modalidade deslocamento e a realização de AF de intensidade moderada ou vigorosa para a avaliação relacionada à modalidade lazer. Foram calculados os minutos gastos na caminhada, nas AF de tempo de lazer e nas atividades vigorosas, multiplicando-se os minutos diários pela quantidade de dias (minutos diários * número de dias de prática). Para avaliação de AF vigorosa, multiplicou-se o resultado por 2 (minutos diários * número de dias de prática * 2). Para obter-se o valor da AF de lazer somaram-se as variáveis: minutos semanais em caminhadas e atividades moderadas e vigorosas realizadas no lazer. Para as atividades de deslocamento, somaram-se os minutos semanais de caminhada e/ou uso de bicicleta como deslocamento e multiplicou-se o resultado da adição pelo número de dias praticados - (minutos diários de caminhada * número de dias de caminhada) + (minutos diários de bicicleta * número de dias de bicicleta). Ao final, somaram-se os totais obtidos na atividade física de lazer e deslocamento. Os escores totais foram categorizados segundo o nível de AF, de acordo com o proposto no *Guideline* do questionário IPAQ, considerando-se a intensidade e o tempo da AF realizada, como segue: a) Alto, quando cumpridas as recomendações de AF Atividade de intensidade vigorosa em pelo menos 3 dias e acumulando pelo menos 1.500 MET-minutos /semana ou 7 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, intensidade moderada ou vigorosa atividades de intensidade atingindo um mínimo de pelo menos 3000 MET-minutos/semana; b) Moderado, quando cumpridos qualquer um dos 3 critérios que seguem: 3 ou mais dias de atividade vigorosa de pelo menos 20 minutos por dia ou 5 ou mais dias de

atividade de intensidade moderada ou caminhada de pelo menos 30 minutos por dia ou 5 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, intensidade moderada ou vigorosa atividades de intensidade atingindo um mínimo de pelo menos 600 MET-min/semana; e c) Baixo, quando não atendidos os critérios das categorias 2 ou 3, indivíduos estes considerados inativos.

Cabe ressaltar que os dados exportados do IPAQ podem também ser obtidos em equivalente metabólico (MET), múltiplo da taxa metabólica basal, que equivale à energia suficiente para um indivíduo se manter em repouso (McArdle et al., 2016). Esse resultado posteriormente foi convertido em quilocalorias (kcal), conforme proposto por Heymsfield (2005). Para essa transformação multiplicou-se o valor obtido com a apuração dos dados do IPAQ, em MET, pelo peso e dividiu-se por 60 minutos. Assim, encontramos o valor do gasto calórico na atividade em METs e em kcal durante a semana.

Recordatório alimentar de 24 horas – R24h: instrumento utilizado para avaliar a dieta dos participantes com quantificação de sua ingestão calórica. O método proposto permite acessar as informações sobre a dieta em três medidas distintas: uma, referente às 24 horas precedentes e realizada no ato da entrevista; outra medida, relativa à ingestão em dia útil da semana e a última medida, referente à ingestão em dia durante final de semana ou em feriado. Para a apuração dos dados obtidos, utilizou-se o software *Avanutri® revolution*, que, mediante a imputação dos dados coletados na aplicação do R24h, fornece um relatório com as informações de ingestão calórica das refeições (em kcal), além das relativas à ingestão de macro e micronutrientes.

Escala de Apoio Social para atividades físicas: afere a disponibilidade de apoio social para a realização de AF (Reis et al., 2011). O instrumento avalia a ajuda ou assistência recebida, decorrentes das relações pessoais, tais como suporte para a prática de AF, conferindo ao apoio social um elemento importante para a prática dessas atividades, de forma comunitária. O questionário projeta dois cenários hipotéticos para a realização de AF leve (caminhada) e de exercícios físicos de intensidade média a forte e, para cada um dos cenários, há a projeção de possíveis companhias/apoios:

peças que morem e façam refeições na mesma casa e aqueles que não moram na mesma casa, mesmo que sejam parentes. Ao todo são 12 perguntas cujas opções de resposta conferem de 1 a 3 pontos, sendo 1= nunca, 2= às vezes e 3= sempre. Dessa forma, o escore total é de no máximo 36 pontos, obtido pela soma dos pontos atribuídos a cada cenário hipotético e companhia e, ao final, interpretado segundo categorias propostas pelos pesquisadores como segue:

- até 12 pontos = baixo Apoio Social
- 13 - 24 pontos= moderado Apoio Social
- 25 - 36 pontos= alto Apoio Social

Escala de Autoeficácia para atividades físicas: permite acessar o grau de confiança que o indivíduo deposita na realização de uma atividade ou mudança de comportamento, uma variável que apresenta relevância na realização de AF (Rech et al., 2011). O instrumento avalia o quão capaz o indivíduo se sente para a realização de AF, considerando dois módulos de atividades: caminhada e outro de intensidade moderada e vigorosa em cinco diferentes cenários hipotéticos (disposição física, condições climáticas, estado de humor e disponibilidade de tempo, considerando-se esta última quando se relata falta de tempo ou em período de férias). As respostas possíveis são sim e não, sendo que para a resposta “não” é atribuído 1 ponto e para a opção “sim”, se conferem 2 pontos. Considerando-se que as cinco questões de cada módulo de AF estão limitadas a uma pontuação máxima a 10 pontos, obtém-se o escore total máximo possível de 20 pontos. O questionário não referencia período de investigação e, embora o estudo original não estabeleça categorias para a avaliação, adotamos para este estudo as seguintes categorias:

- 10 pontos: baixa autoeficácia
- De 11 a 15 pontos: média autoeficácia
- De 16 a 20 pontos: alta autoeficácia

Avaliação Física Padronizada (Anexo VII): a avaliação física padronizada, compreendeu aferição da frequência cardíaca com a utilização de frequencímetros, da pressão arterial por meio de esfigmomanômetro aneróide, do peso em balança digital (Tanita), da altura em estadiômetro (Sanny), e de medidas em duplicata dos perímetros de braço, panturrilha, cintura, abdômen e quadril com emprego de fita antropométrica em fibra de vidro (Sanny). Foram, ainda, realizados os testes de flexibilidade (executados no banco de Wells) e de força de membros superiores, inferiores e abdômen. Para as variáveis antropométricas os valores considerados para a análise corresponderam à média aritmética de duas aferições efetuadas. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado como a razão entre peso e altura ao quadrado e a razão cintura-quadril (RCQ) a partir das respectivas circunferências. Os resultados de IMC e de RCQ foram classificados de acordo com os valores propostos pela OMS (2000). Os resultados obtidos nos testes de flexibilidade, preensão palmar, extensão de cúbitos e flexão de tronco foram interpretados de acordo com critérios propostos pela *Canadian Association of Sports Sciences* (1986).

Finalmente, para avaliar se houve abordagem de AF como componente de cuidado integral dos participantes, o pesquisador responsável realizou revisão de prontuários de todos os sujeitos estudados, em busca de registros referentes à prática de AF, seja nas informações coletadas na anamnese clínica, seja na forma de recomendação prescrita pelo médico responsável pelo atendimento.

3.3.3. Análise dos resultados

O plano de análise consistiu em inicialmente realizar a análise descritiva das variáveis de interesse do estudo. As variáveis categóricas foram apresentadas em números absolutos e em frequências percentuais, ao passo que para as numéricas, se explorou a distribuição de cada variável na amostra estudada, por meio das medidas de tendência central e de dispersão, incluindo média, mediana, desvio-padrão e intervalo interquartil. A análise descritiva dos dados obtidos com os questionários de Baecke e IPAQ foi feita considerando-se os escores calculados em cada domínio e o escore total.

Em seguida, para investigar a correlação entre o nível de AF atual, a ingestão calórica e os construtos psicossociais potencialmente facilitadores da prática de AF (apoio social e autoeficácia para AF), calcularam-se coeficientes de correlação de Spearman entre os resultados obtidos com os diversos instrumentos.

No estudo de correlação entre os instrumentos, foram inicialmente ajustados modelos de regressão pelo método de mínimos quadrados, controlados por sexo e idade. A inspeção dos resíduos apontou a ocorrência de observações discrepantes, ocorrendo desvios grosseiros das suposições do modelo. A análise foi então refeita por meio de um método robusto de ajuste (estimação M). A função *rlm*, disponível no aplicativo R – versão 3.5.1, foi utilizada no ajuste robusto dos modelos de regressão.

Nos testes de hipótese, adotou-se o nível de significância estatística foi de 0,05.

3.3.4. Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido atendendo às normas nacionais de ética em pesquisa, envolvendo seres humanos, tendo como premissa a participação voluntária dos sujeitos, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O protocolo do estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq do Hospital das Clínicas da FMUSP, tendo sido aprovado em 12/12/2017.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Seleção dos participantes

Conforme previamente mencionado nesta dissertação, a seleção de participantes para o presente estudo ocorreu em dois momentos, sendo o inicial durante o recrutamento para ensaio clínico randomizado conduzido no SEAP, que teve como intervenção um programa de AF e para o qual foram selecionados e incluídos 38 sujeitos. No segundo momento de seleção, foram incluídos outros 23 sujeitos, sendo 18 selecionados a partir da estratégia de captação de participantes anteriormente descrita e 5 incluídos após consulta de arquivos do recrutamento prévio para o ensaio clínico, com identificação de voluntários que haviam sido selecionados para aquela pesquisa, mas que efetivamente não foram alocados para os grupos então estudados. Assim sendo, o presente estudo compreendeu a avaliação de 61 pessoas vivendo com HIV, que iniciaram em terapia antirretroviral sem apresentar alterações morfológicas corporais ou alterações metabólicas.

4.2. Características sociodemográficas e hábitos

A série de casos estudada de 61 PVH, foi composta por 53 (86,9%) indivíduos do sexo masculino e 8 (13,1%) do sexo feminino, sendo que 44,2% dos entrevistados se autodeclararam brancos e 13,1% pretos, com base na classificação de cor da pele adotada pelo IBGE, conforme detalhado na tabela 1.

Do total de participantes do estudo, 44 (72,1%) eram moradores da cidade de São Paulo, enquanto 16 (26,2%) relataram residir em outras cidades e apenas 1 (1,7%) em outro estado. Além disso, o local de nascimento dos entrevistados teve uma expressão de pessoas que são atendidas pelo serviço, mas não são oriundos do Estado de São Paulo, totalizando 50,8% de procedentes de outros estados da federação.

Com relação à ocupação, 55 (90,2%) sujeitos exerciam atividades remuneradas, enquanto 4 (6,6%) se autodeclararam desempregados.

Tabela 1. Características da população estudada. SEAP, São Paulo, 2014-8.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	53	86,9
Feminino	8	13,1
Cor da pele		
Branca	27	44,3
Parda	26	42,6
Preta	8	13,1
Local de nascimento		
São Paulo	30	49,2
Outros Estados	31	50,8
Local de moradia		
São Paulo capital	44	72,1
Outros municípios	16	26,2
Outros estados	1	1,7
Ocupação		
Atividade remunerada	55	90,2
Estudante	1	1,6
Afastado do trabalho sem remuneração	1	1,6
Desempregado	4	6,5
Estado civil		
Solteiro	42	69,0
Casado	7	11,4
União consensual	5	8,2
Separado/divorciado	7	11,4
Tabagismo		
Sim	20	32,8
Não	41	67,2

O consumo de álcool também foi contemplado na investigação conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da população estudada, segundo hábito de consumo de bebidas alcoólicas. SEAP, São Paulo, 2014-8.

Consumo de bebidas alcoólicas	N	%
1-2 vezes por semana	32	52,5
3-4 vezes por semana	3	4,9
Não consome	26	42,6

4.3. Atividade Física

Na avaliação do perfil autorrelatado de AF habitual, considerando-se o período de 12 meses prévios à entrevista de recrutamento para o estudo, os escores obtidos no Baecke, distribuíram-se conforme descrito na tabela 3.

Tabela 3. Escores de atividade física habitual da população estudada, segundo modalidade, Questionário de Baecke. SEAP, São Paulo, 2014-8.

Modalidade de AF	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Atividades físicas ocupacionais	61	2,69	0,74	0,75	2,63	3,88
Exercícios físicos de lazer	61	2,53	0,89	0,50	2,50	4,50
Atividades físicas de lazer e locomoção	61	2,75	0,68	1,25	2,75	4,25
Escore total	61	7,96	1,66	2,75	8,00	10,75

A AF atual, ou seja, a realizada na semana que antecedeu à coleta de dados foi aferida com auxílio do questionário IPAQ, obtendo-se os resultados em MET (equivalente metabólico), ou segundo níveis de AF, a partir da categorização dos escores totais calculados. As informações apuradas em categorias são apresentadas na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da população estudada segundo nível de AF atual nos (7 dias anteriores à entrevista) Questionário IPAQ. SEAP, São Paulo, 2014-8.

Nível de AF	N	%
Baixo	28	47,5
Moderado	20	33,9
Alto	11	18,6

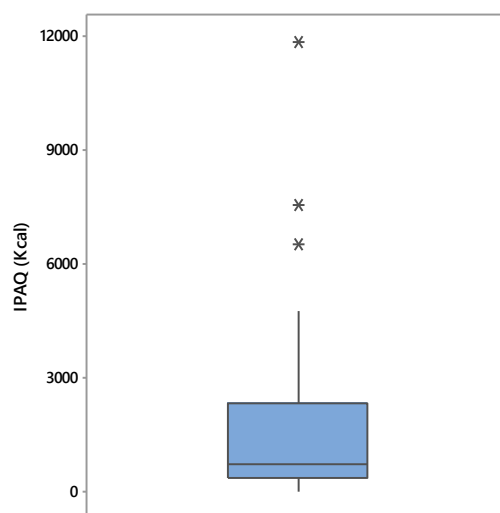
Dados faltantes para 2 pacientes. A categorização baseada em descritos no *Guideline* do questionário IPAQ.

A leitura dos dados apresentados na tabela nos permite observar que 47,5% dos pacientes da amostra avaliada apresentaram níveis de AF abaixo dos recomendados, considerando-se o valor mínimo semanal de 150 minutos. O grupo que compreende o nível moderado (20 participantes), atendeu minimamente à recomendação de 150 minutos/semana, independentemente da intensidade da AF realizada. Aqueles que atingiram a classificação Alto atingiram a recomendação mínima na combinação entre atividades vigorosas, moderadas e/ou caminhada.

A apresentação dos dados obtidos com o IPAQ pode também ser efetuada em Equivalente metabólico (MET), calculado a partir do autorrelato de AF realizadas. Para qualificar a análise e permitir com que os dados fossem mais bem interpretados, foi realizada a conversão dos dados originais em MET para kcal, utilizando-se a proposta de Heymsfield (2005).

Nesse sentido, na figura 1 ilustra-se dispêndio energético semanal, em kcal, calculado com base no autorrelato de AF.

Figura 1. Representação gráfica do dispêndio energético semanal da população estudada, com base nas AF atual do IPAQ. SEAP, São Paulo, 2014-8.

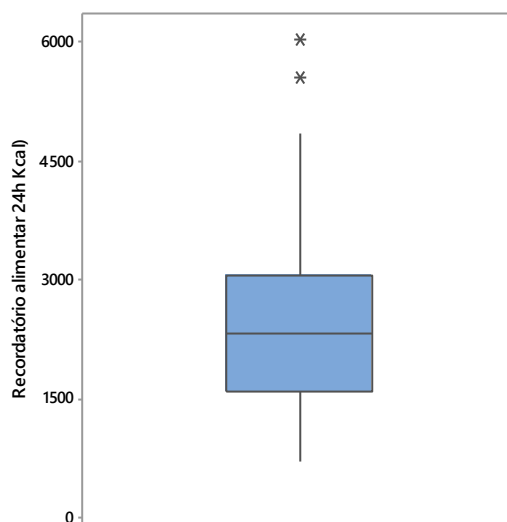


Apesar da existência de *outliers* e dos valores de dispêndio energético calculado a partir do relato de AF apresentarem grande amplitude de variação, verifica-se que o valor mediano corresponde a aproximadamente 1.000 kcal, semanais.

4.4. Recordatório Alimentar de 24 horas

A ingestão calórica é um elemento importante para que possamos analisar os elementos da balança energética. A distribuição dessa variável, expressa em quilocalorias (kcal) foi avaliada e é apresentada na figura 2. Verificou-se uma grande amplitude no total de kcal ingerido na dieta dos participantes, tendo em vista que o valor mínimo da ingestão calórica obtido foi próximo a 600 kcal e o máximo próximo a 4.600 kcal, excluindo os valores discrepantes, que se aproximaram a 6.000 kcal.

Figura 2. Representação gráfica da ingestão calórica, aferida pelo Recordatório Alimentar e expressão em kcal. SEAP, São Paulo, 2014-8.



4.5. Escala de Apoio Social para a prática de AF

Os fatores psicossociais que podem facilitar a prática de AF foram também considerados, com base nos construtos validados na literatura. O Apoio Social para a realização de AF foi avaliado separadamente no que concerne à AF leve (caminhada) e às de intensidade moderada a forte (AFMF). Assim, por exemplo, conforme detalhado na tabela 5, observamos que 46 (79,3%) dos sujeitos referiram que nunca tiveram companhia de pessoas que moram na mesma casa para realizar caminhadas. Essa condição é ainda reforçada quando analisamos as informações que referem convite de familiares para realizarem caminhada, dado para o qual 42 (72,4%) participantes apontaram nunca terem sido acionados, ao passo que 13 pacientes, que representam 22,4% dos participantes, informaram que, às vezes, são convidados para praticar caminhada. O incentivo à caminhada por familiares também foi avaliado e 74,1% dos participantes alegaram nunca terem sido incentivados.

Avaliamos também o quanto de Apoio Social os participantes tinham de amigos, ou qualquer outra pessoa que não residisse na mesma casa. Nesse aspecto, 34 (58,6%) participantes citaram que nunca fizeram

caminhada acompanhados por amigos, ao passo que 19 pacientes sinalizaram que, às vezes, têm companhia para a realização de caminhadas. Quanto a convites para caminhadas por parte dos amigos os números são ligeiramente distintos, com 29 (50,0%) participantes tendo relatado nunca terem sido convidados por amigos e 22 (38,0%) citado que, às vezes, foram convidados para realização de caminhada.

No que se refere ao incentivo de amigos para a realização de caminhada, temos que 30 (51,7%) nunca receberam esse estímulo 19 (32,8%) informaram terem sido, às vezes, estimulados e apenas 9 (15,5%) confirmaram ter sempre recebido estímulo de amigos para a prática de caminhadas.

Ao observarmos os dados gerados com o questionário de escala de Apoio Social para a realização de AF de intensidade média a forte (AFMF), é possível identificar que os entrevistados apontam para uma tendência de fragilidade no Apoio Social para sua realização. De forma bastante singular, observamos que os dados apresentados na tabela 6 ilustram que 52 sujeitos, representando 89,7% da população estudada, não realizaram atividades de intensidade moderada a forte, acompanhado por familiares; já os convites para as mesmas atividades se fizeram presentes em apenas 10,4 % dos pacientes; o incentivo às atividades mais vigorosas, feito por pessoas que moram na mesma casa teve uma tímida expressão, totalizando êxito em apenas 6,9 % dos casos.

Ainda analisando os dados gerados na tabela 6, observamos que 41 (70,7%) dos entrevistados não realizaram atividades vigorosas na companhia de amigos, enquanto os que tiveram companhia são expressos por 3,4% da população estudada. Quando observamos os dados gerados com o foco na AF realizada a convite de amigos, chegamos ao correspondente a 39 (67,2%) entrevistados que nunca foram convidados à prática de exercícios; a prática de atividades vigorosas realizadas por entrevistados que sempre foram convidados ficou restrita a 6 (10,3%) componentes da amostra.

Tabela 5. Distribuição da população estuda, segundo variáveis de Apoio Social para realização de caminhada, SEAP, São Paulo, 2014-8.

Variáveis	N	%
Faz caminhada com familiares		
Nunca	46	79,3
Às vezes	9	15,5
Sempre	3	5,2
Recebe convite de familiares para caminhada		
Nunca	42	72,4
Às vezes	13	22,4
Sempre	3	5,2
Recebe incentivo de familiares para caminhada		
Nunca	43	74,1
Às vezes	11	19,0
Sempre	4	6,9
Faz caminhada com amigos		
Nunca	34	58,6
Às vezes	19	32,8
Sempre	5	8,6
Recebe convite de amigos para caminhada		
Nunca	29	50,0
Às vezes	22	38,0
Sempre	7	12,0
Recebe incentivo de amigos para caminhada		
Nunca	30	51,7
Às vezes	19	32,8
Sempre	9	15,5

Dados faltantes de 3 pacientes.

Quando realizada a análise dos dados nas categorias estabelecidas nesse estudo, se torna evidente que o suporte social realizado por amigos e familiares para a prática de AF tende a ser expresso na faixa de moderado a

alto Apoio Social, visto que a maioria dos participantes 45 (77,58%) refere alto apoio social.

Tabela 6. Distribuição da população estudada, segundo Apoio Social para a prática de atividade física de intensidade moderada a forte (AFMF), SEAP, São Paulo, 2014-8.

Variáveis	N	%
Fez AFMF com familiares		
Nunca	52	89,7
Às vezes	1	1,7
Sempre	5	8,6
Recebe convite para AFMF de familiares		
Nunca	47	81,0
Às vezes	5	8,6
Sempre	6	10,4
Recebe incentivo de familiares para AFMF		
Nunca	46	79,3
Às vezes	8	13,8
Sempre	4	6,9
Faz AFMF com amigos		
Nunca	41	70,7
Às vezes	15	25,9
Sempre	2	3,4
Recebe convite de amigos para AFMF		
Nunca	39	67,2
Às vezes	15	25,9
Sempre	4	6,9
Recebe incentivo de amigos para AFMF		
Nunca	37	63,8
Às vezes	15	25,9
Sempre	6	10,3

Dados faltantes de 3 pacientes.

4.6. Escala de Autoeficácia para prática AF

A análise descritiva dos dados de Autoeficácia para realização de AF é apresentada em dois módulos, conforme proposto no questionário: caminhada e atividades de intensidade moderada e/ou vigorosa. A tabela 7 resume os dados apurados.

Tabela 7. Distribuição da população estudada, segundo Autoeficácia às atividades físicas, SEAP, São Paulo, 2014-8

Domínio	Sim	%	Não	%
Faz caminhada				
Quando cansado	22	38,0	36	62,0
Quando de mau humor	17	29,3	41	70,7
Quando sem tempo	49	84,5	9	15,5
Quando de férias	9	15,5	49	84,5
Quando está muito frio	25	43,1	33	56,9
Faz AFMV				
Quando cansado	25	43,1	33	56,9
Quando de mau humor	18	31,0	40	69,0
Quando sem tempo	44	75,9	14	24,1
Quando de férias	12	20,7	46	79,3
Quando muito frio	19	32,8	39	67,2

AFMV: atividade física de intensidade moderada a forte. Dados faltantes de 3 pacientes.

Dos resultados apresentados merecem destaque a indisposição e incapacidade para executar caminhada e AF de intensidade moderada a forte, principalmente nos cenários que envolvem estado de humor e férias. A não adesão a atividades de caminhada na situação hipotética de mau humor atinge 70,7% da amostra; já o mesmo cenário para atividades com intensidade moderada e forte aproxima-se dos 69%. Além disso, chama a atenção o fato da Autoeficácia para realizar atividades físicas quando em férias, ser baixa tanto para caminhada (15,5%) como para atividade mais vigorosas (20,7%).

De modo geral, ao se avaliar a Autoeficácia para prática de AF na amostra estudada de acordo com categorias estabelecida neste estudo verificamos que 42 (72,41%) indivíduos poderiam ser classificados como apresentado média Autoeficácia para a prática de AF, 2 (3,44%) estariam classificados em baixa Autoeficácia e apenas 14 (24,13%) enquadrados no alto nível de Autoeficácia para a realização de AF.

4.7. Avaliação Física Padronizada

Os participantes foram, ainda, submetidos à Avaliação Física Padronizada, cujos resultados são resumidos na tabela 8. Quando consideramos os dados antropométricos, verificamos que o Índice de Massa Corporal (IMC) condiz com o estudo de consumo energético, uma vez, na amostra estudada cerca de 75% apresenta massa corporal dentro dos parâmetros normais propostos pela OMS (2000): < 18,5kg/m², como baixo-peso; peso normal, IMC entre 18,5kg/m² e 24,9 kg/m²; sobrepeso, IMC entre 25kg/m² e 29,9kg/m²; obesidade grau I, IMC entre 30kg/ m² e 34,9kg/m²; obesidade grau II, IMC entre 35kg/m² e 39,9kg/m²; e obesidade grau III, IMC > 40kg/m². Já em relação à avaliação da razão cintura/quadril, verificamos que a população do estudo também obedece aos padrões estabelecidos pela OMS (2000), os quais o valor esperado é de < 1.0 para homens e <0,85 para mulheres. A amostra estudada, em linhas gerais, encontrava-se dentro do padrão de distribuição de gordura abdominal considerado como associado a um baixo risco cardiovascular, conforme os critérios acima estabelecidos.

A análise dos valores correspondentes às avaliações de força de preensão manual, teste de flexão de troncos, extensão de cúbitos e flexibilidade, foi realizada adotando-se como referência as recomendações do *Canadian Association of Sports Sciences* (1986) que estabelece classificação específica de acordo com sexo e idade dos avaliados. Na amostra do presente estudo os valores apurados direcionam a análise da Dinamometria para um padrão abaixo da média, considerando que o nível de força merece investimento nos exercícios de força para elevar os parâmetros aferidos. Analogamente, nos resultados do teste de flexão de tronco, que avalia a

resistência dos músculos abdominais e de membros inferiores, prevaleceu a classificação na categoria abaixo da média. Já a apuração dos resultados relacionados ao teste de extensão de cúbitos permite avaliar que a classificação dos achados se enquadra como sendo dentro da média esperada para sexo e idade dos participantes. A avaliação de flexibilidade realizada conduz as análises para o um nível fraco e/ou insuficiente de flexibilidade de membros inferiores.

Tabela 8. Característica da população estudada, segundo variáveis de Avaliação Física Padronizada. SEAP/HC-FMUSP, São Paulo, 2014-8.

Variáveis	Mediana (IIQ)
Índice de massa corporal (IMC)	23,32 (22,24 - 25,50)
Perímetro da cintura (cm)	81,65 (75,50 - 85,31)
Perímetro do abdômen (cm)	84,50 (80,00 - 89,70)
Relação cintura quadril (RCQ)	0,84 (0,80 - 0,88)
Força de preensão manual (kg)	69,00 (25,00 - 85,12)
Teste de flexão de tronco (repetições)	17,00 (11,00 - 26,5)
Extensão de cúbitos (repetições)	23,00(15,00 - 63,10)
Flexibilidade (cm)	21,00 (14,16 - 25,98)

IIQ: Intervalo Interquartil.

4.8. Referência à prática de AF em prontuário

Buscou-se com essa verificação analisar se houve algum registro em prontuário que pudesse expressar a incorporação da AF enquanto componente da linha de cuidado de PVH. Para tanto foram pesquisados relatos de AF referidos voluntariamente pelo paciente durante a consulta ou mediante questionamento médico, durante a coleta de dados de anamnese e, também, os registros de recomendação à prática de AF, na prescrição formulada pelo médico consultante.

Tabela 9. Distribuição do primeiro registro de AF em prontuário, segundo componente de anamnese ou recomendação de AF na prescrição médica. SEAP, São Paulo, 2014-8.

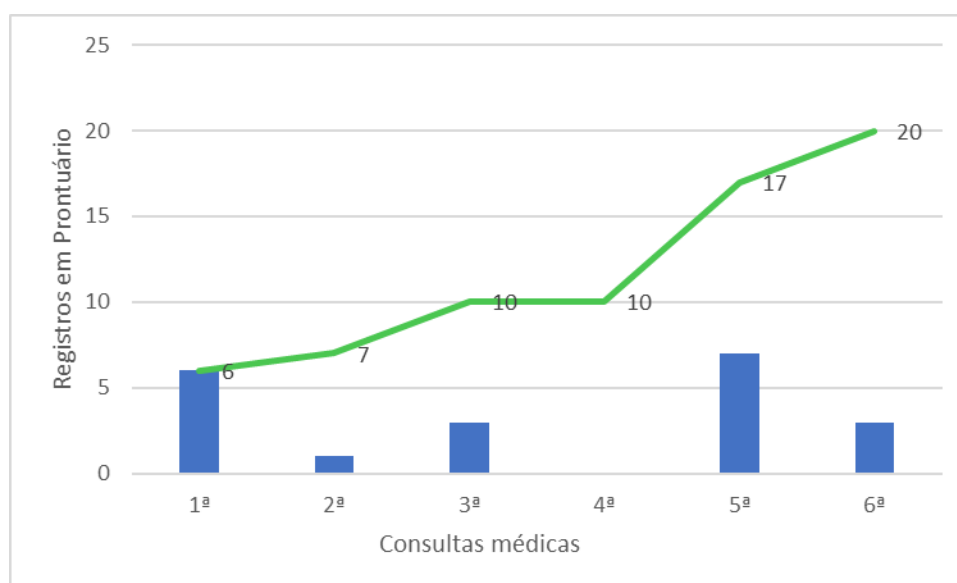
Registro	Sim	%	Anamnese	Recomendação/ Prescrição
Primeira consulta	6	10,0	4	2
Segunda consulta	1	1,7	1	0
Terceira consulta	3	5,0	0	3
Quarta consulta	7	11,7	4	3
Quinta consulta	7	11,7	4	3
Sexta consulta	3	5,0	1	2

Dados faltantes para 1 paciente.

Os resultados apontam para um cenário em que existe um baixo número de registros em prontuários que envolvam a temática de AF, seja em relação à coleta de dados sobre essa prática durante a anamnese clínica, seja na forma de recomendação para a realização na prescrição médica. Obviamente temos que ter um olhar sensível para esses dados, pois a fonte de informação é secundária, o que naturalmente reduz a fidedignidade da informação, uma vez que não é possível se certificar da abordagem utilizada nos atendimentos.

Outro aspecto que parece interessante é o momento da abordagem sobre AF durante o seguimento clínico dos pacientes, analisado de forma combinada para dados de anamnese ou de recomendação médica. Esses dados acumulados são apresentados de forma resumida na figura 3. Verifica-se que a frequência de abordagem sobre AF elevou-se ao longo do seguimento do paciente, passando de 6/60 (10%) na primeira consulta para 27/60 (45%) na sexta consulta médica, realizada em média após 18 meses de acompanhamento clínico.

Figura 3. Distribuição de registro de atividade física (AF) em prontuário. SEAP, São Paulo, 2014-8.



As colunas representam o número de pacientes que possui registro sobre AF a cada consulta e na linha relaciona-se o número acumulado de pacientes com tal registro em prontuário ao longo do seguimento clínico.

4.9. Associação entre nível de AF, padrão de ingestão calórica alimentar e fatores psicossociais facilitadores da mudança de comportamento (construtos de Apoio Social e de Autoeficácia para prática de AF)

Interessou-nos, ainda, avaliar potenciais associações entre o nível de AF atual, aferido com o questionário IPAQ, a ingestão calórica alimentar autorrelatada no recordatório alimentar de 24 horas e fatores psicossociais (construtos de Apoio Social e Autoeficácia) que podem atuar como facilitadores da mudança de hábitos (construtos de Apoio Social e Autoeficácia) com vistas ao incremento da prática de AF.

Inicialmente, de modo a auxiliar a interpretação dos estudos de correlação de variáveis, apresentamos na tabela 10 os resumos descritivos dos resultados obtidos com o questionário IPAQ (transformados em dispêndio energético semanal), a pontuação obtida nas Escalas de Apoio social e

Autoeficácia para a prática de AF e os dados de ingestão calórica, aferido a partir do Recordatório alimentar de 24h.

Tabela 10. Resumos descritivos dos resultados obtidos com aplicação dos instrumentos IPAQ, Escala de Apoio Social para AF, Escala de Autoeficácia para AF e Recordatório alimentar de 24h. SEAP, São Paulo, 2014-8.

Variável	N	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
IPAQ (dispêndio energético semanal em kcal)	59	2170,6	0	756,9	11855,6
Apoio Social (escore)	58	5,4	16	30	36
Autoeficácia (escore)	58	1,2	5	7	10
Caminhada					
AFMV	58	1,6	5	7	10
Total	58	2,2	10	14	20
Recordatório 24h (ingestão calórica alimentar em kcal)	59	1133,8	699,6	2322,5	6036,8

AFMV: atividades físicas moderadas e fortes.

No estudo de correlação analisamos o comportamento conjunto dos seguintes pares de variáveis:

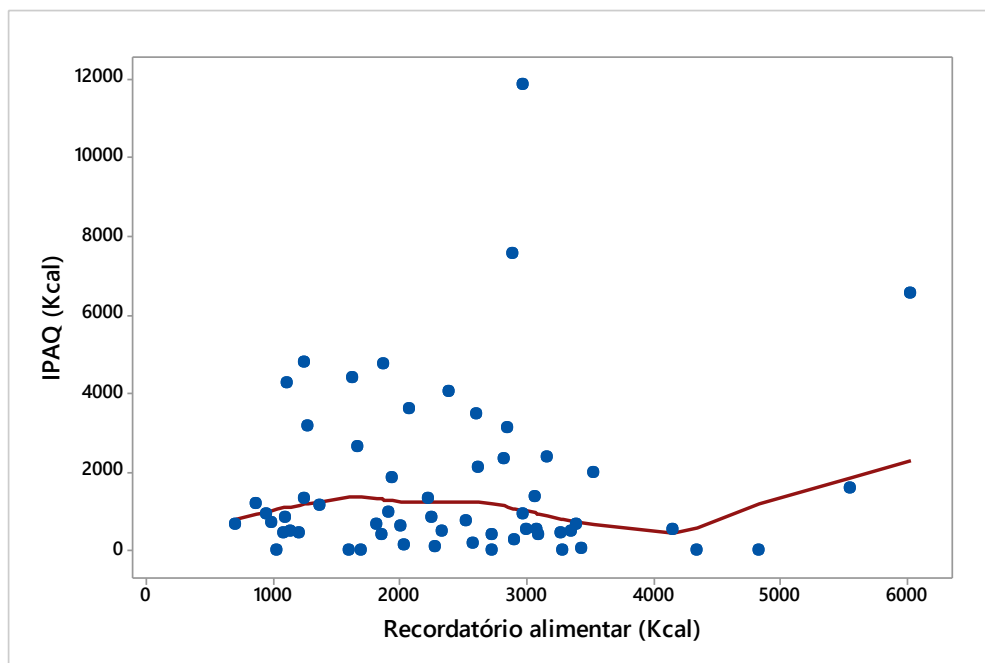
- AF atual e ingestão calórica;
- AF atual e apoio social para prática de AF;
- AF atual e escore total de Autoeficácia para prática de AF e
- Ingestão calórica e escore total de Autoeficácia para prática de AF.

Para cada par de variáveis são apresentados os diagramas de dispersão dos dados, com o cálculo dos correspondentes coeficientes de correlação de Spearman (figuras 4 a 6).

A análise conjunta dos resultados obtidos com o questionário IPAQ (AF atual) e a ingestão calórica aferida pelo Recordatório alimentar (R24hs) investigou a existência de correlação entre o dispêndio energético em kcal/semana e as calorias ingeridas na rotina alimentar do sujeito. Com os

dados da Figura 4 observa-se que não houve correlação entre IPAQ e Recordatório alimentar de 24 horas.

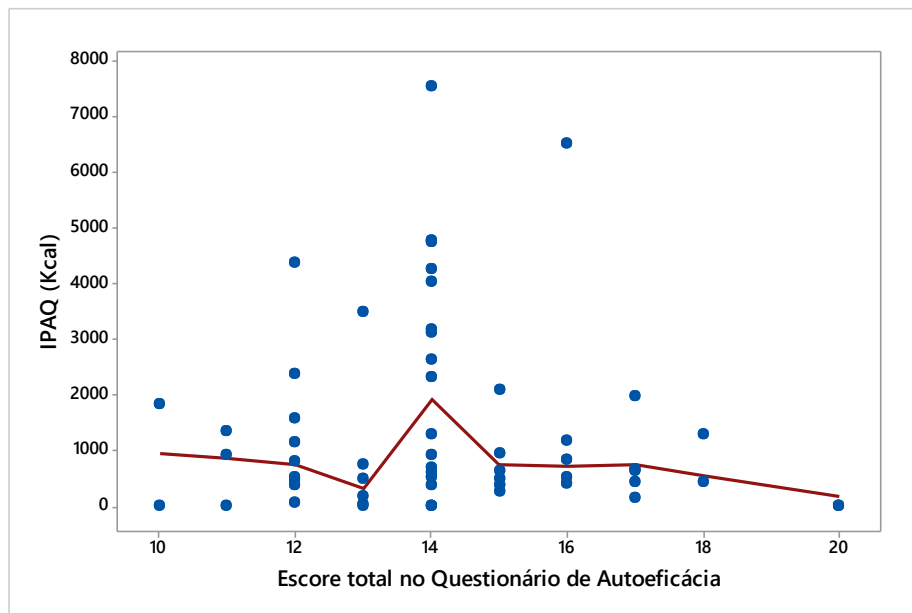
Figura 4. Diagrama de dispersão do dispêndio energético (IPAQ) e a ingestão calórica (Recordatório alimentar de 24h). SEAP, São Paulo, 2014-8.



Coefficiente de correlação de Spearman = -0,09 ($p=0,514$)

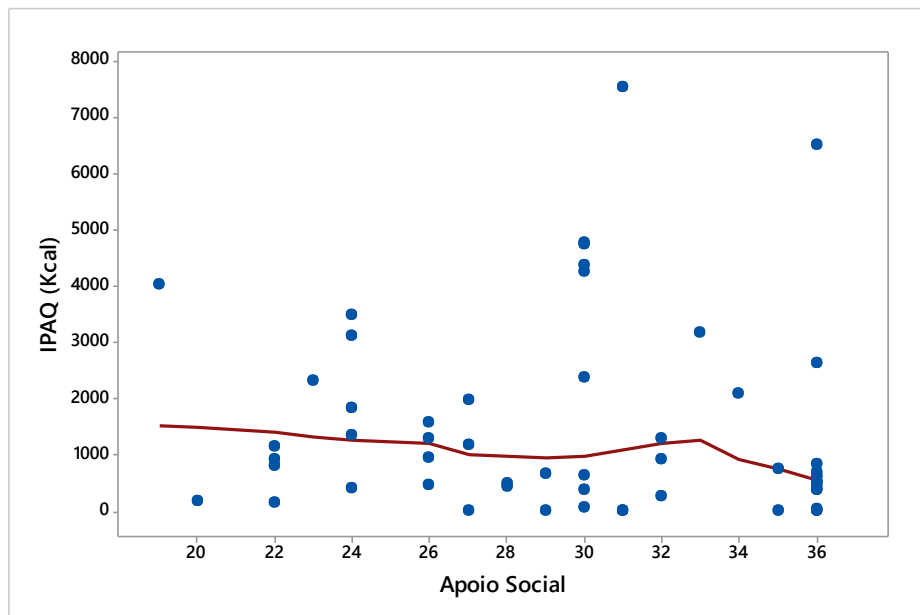
Analogamente, as figuras 5 e 6 ilustram que não houve correlação entre o dispêndio energético semanal, obtido com o questionário IPAQ, e os escores referentes aos construtos psicossociais potencialmente facilitadores da prática de AF (Apoio Social e Autoeficácia para AF).

Figura 5. Diagrama de dispersão do dispêndio energético semanal (IPAQ) e escore total na Escala de Autoeficácia para atividades físicas. SEAP, São Paulo, 2014-8.



Coeficiente de correlação de Spearman = -0,06 (p=0,685).

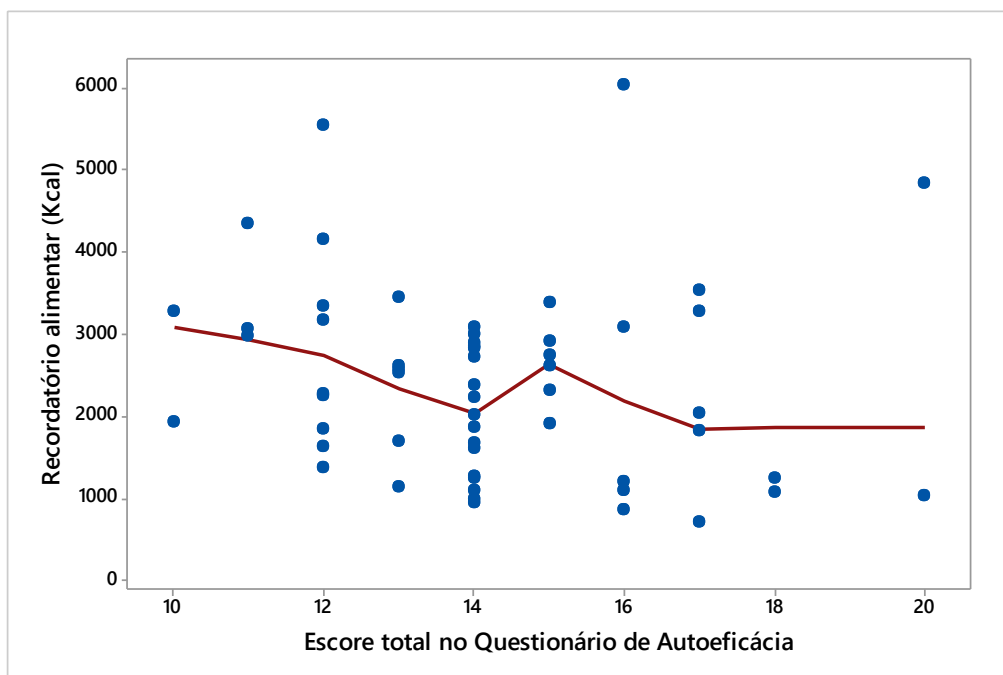
Figura 6. Diagrama de dispersão do dispêndio energético (IPAQ) e pontuação no Questionário de Apoio Social para atividades físicas. SEAP, São Paulo, 2014-8.



Coeficiente de correlação de Spearman = -0,22 (p=0,099)

Finalmente, apresenta-se na Figura 7 o comportamento conjunto das variáveis ingestão calórica (Recordatório alimentar de 24h) e Autoeficácia para a prática de AF. Nessa análise buscou-se avaliar se a confiança do sujeito em sua capacidade de praticar AF estaria correlacionada com o valor calórico da dieta por ele ingerida. Novamente, a análise desse par de variáveis não revelou a existência de correlação entre ambas.

Figura 7: Diagrama de dispersão da ingestão calórica (Recordatório alimentar de 24h) e escore total no Questionário de Autoeficácia para atividades físicas. SEAP, São Paulo, 2014-8.



Coeficiente de correlação de Spearman = -0,23 (p=0,081)

Na sequência do estudo de associação entre os instrumentos utilizados para a coleta de dados, apresentamos os modelos de regressão referentes aos mesmos pares de variáveis anteriormente descritos, após controle por sexo e idade, com base no método robusto de ajuste (estimação M).

Os resultados obtidos no ajuste do modelo de regressão com o IPAQ como variável resposta e Recordatório alimentar, sexo e idade como variáveis explicativas (Tabela 11), permite verificar que não há associação do IPAQ com o Recordatório para indivíduos do mesmo sexo e idade ($p=0,928$).

Tabela 11. Resultados obtidos no modelo de regressão com IPAQ como variável resposta e idade, sexo e Recordatório alimentar de 24h como variáveis explicativas. SEAP, São Paulo, 2014-8.

Variável	Coefficiente	Erro padrão	Estatística	p
Intercepto	3051,9	946,8	3,22	0,001
Idade	-41,3	21,5	-1,92	0,054
Sexo (Feminino)	-458,5	554,6	-0,83	0,406
Recordatório	0,01	0,2	0,09	0,928

No que tange ao dispêndio energético semanal e a Autoeficácia para prática de AF, ao analisarmos a tabela 12, evidencia-se que não há associação significativa entre as variáveis, após controle por sexo e idade ($p=0,466$).

Tabela 12. Resultados obtidos no modelo de regressão com IPAQ como variável resposta e idade, sexo e Autoeficácia para atividades físicas como variáveis explicativas. SEAP, São Paulo, 2014-8.

Variável	Coefficiente	Erro padrão	Estatística	p
Intercepto	2937,6	1081,2	2,72	0,007
Idade	-33,6	18,1	-1,86	0,063
Sexo (Feminino)	-419,5	459,4	-0,91	0,363
Autoeficácia	-49,4	68,1	-0,73	0,466

Diante do exposto entende-se que o dispêndio energético, promovido pela prática de AF autorrelatada no IPAQ, não tem associação com a confiança/crença depositada na realização de determinada atividade e/ou comportamento, ou seja, o processo de elaboração e planejamento de realização de AF não se traduz efetivamente.

O modelo de regressão com o IPAQ como variável resposta e considerando o Apoio Social para prática de AF, ilustrado na tabela 13, aponta para a inexistência de associação significativa entre os dados, após controle por sexo e idade ($p=0,254$), ou seja, o dispêndio energético semanal promovido pela AF é independente do quão amparado socialmente o sujeito está, entendendo-se, assim, que o padrão de AF é indiferente aos fatores extrínsecos que permeiam o Apoio Social, como ter companhia e ser convidado por amigos e familiares.

Tabela 13. Resultados obtidos no modelo de regressão com IPAQ como variável resposta e idade, sexo e Apoio Social para prática de AF como variáveis explicativas. SEAP, São Paulo, 2014-8.

Variável	Coefficiente	Erro padrão	Estatística	p
Intercepto	3487,5	1012	3,45	0,001
Idade	-29,9	18,6	-1,61	0,107
Sexo (Feminino)	-342,7	460,4	-0,74	0,460
Apoio Social	-34,9	30,5	-1,14	0,254

Por fim, avaliamos a associação entre a ingestão calórica, aferida por meio do recordatório alimentar de 24 horas e Autoeficácia para prática de AF, como forma de observar o comportamento dos indivíduos frente a essas variáveis (Tabela 14). As variáveis mostraram-se inversamente associadas ($p<0,04$). Portanto, na amostra estudada quanto maior a percepção de disponibilidade para prática de atividades físicas, menor foi a ingestão calórica do indivíduo.

Tabela 14. Resultados obtidos no modelo de regressão com Recordatório alimentar de 24h como variável resposta e idade, sexo e Autoeficácia para prática de AF como variáveis explicativas. SEAP, São Paulo, 2014-8.

Variável	Coefficiente	Erro padrão	Estatística	p
Intercepto	3983,1	1078,1	3,69	<0,001
Idade	6,8	16,5	0,41	0,682
Sexo (Feminino)	-95,8	418,9	-0,23	0,818
Autoeficácia	-127,1	62,1	-2,05	0,040

5. DISCUSSÃO

O advento da terapia antirretroviral e sua adoção como política pública brasileira no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), indubitavelmente aumentou a sobrevivência e qualidade de vida de PVH. No Brasil, desde 2012 acompanhamos a significativa diminuição da taxa de detecção de aids no país, que passou de 21,4 para 17,8/100.000 habitantes, em 2018. A redução dessa taxa de detecção tornou-se mais evidente a partir da recomendação de adoção no país da estratégia “testar e tratar” em dezembro/2013 (BRASIL, 2019).

Por outro lado, a possibilidade de se viver com HIV/aids por longos anos demandou a adoção de estratégias de saúde pública que pudessem atender às novas questões e necessidades dessa população. Nesse cenário as ações de cuidado integral, observando a relevância dos demais elementos que corroboram com o conceito e percepção de Saúde, transcendem às questões estritamente de natureza médica e abrem espaço para a atuação multidisciplinar e interdisciplinar, permitindo a potente intervenção e contribuição da nutrição, educação física, psicologia e serviço social como integrantes da linha de cuidado da PVH, conduzindo o indivíduo a acessar as suas potências individuais, com foco nas coletivas e de como elas se relacionam.

O presente estudo buscou responder às questões que passam pela promoção do cuidado integral, utilizando a atividade física como elo entre as demais áreas, avaliando como elas se inter-relacionam em serviço ambulatorial universitário promotor da linha de cuidado integral e especializado no atendimento a pessoas que vivem com HIV na cidade de São Paulo.

A importância dada neste trabalho para a seleção de PVH, em fase inicial de tratamento e na ausência de distúrbios metabólicos e alterações morfológicas corporais justifica-se, uma vez que a adoção de estratégias para contornar os efeitos adversos do uso prolongado de TARV já se mostrara bem estabelecida. Interessava-nos lançar mão da integralidade do cuidado na fase

inicial de tratamento, como um elemento potente na percepção e promoção de saúde e qualidade de vida vislumbrando de forma satisfatória um desfecho clínico sem fragmentação.

Para efetiva compreensão da potencialidade dessa linha de cuidado é necessário observarmos o perfil dos pacientes avaliados. Aproximadamente 87% da amostra foi composta por pacientes do sexo masculino, 69% de solteiros e 44,2% dos entrevistados se autodeclararam brancos, dados que vão ao encontro dos apurados no âmbito nacional e que refletem a dinâmica da epidemia brasileira de infecção por HIV/aids. Considerando-se as características do serviço, 72% da população estudada foi de moradores da cidade de São Paulo, embora a procedência original de 50,8% fosse de outros estados da federação. Além disso, 90,2% relatou exercer atividade remunerada e 39,4% dos participantes informaram ter mais de 13 anos de estudo, o que representa a conclusão do Ensino Médio, dado que supera a escolaridade descrita pelo Ministério da Saúde do Brasil no Boletim Epidemiológico de 2019 (BRASIL, 2019), segundo o qual aproximadamente 20,7% das pessoas que vivem com HIV no país, concluíram o Ensino Médio e 11,5% acessaram o Ensino Superior.

Os achados relacionados às AF habituais praticadas nos 12 meses anteriores à coleta, apurados pelo questionário Baecke (escore total variando de 2,75 a 10,75, média, 7,96 e mediana de 8,00), são similares aos observados por Florindo et al. (2006), no estudo de validação do questionário para PVH, que reuniu 21 sujeitos, usuários do mesmo serviço do presente estudo na cidade de São Paulo, em que se verificou em duas medidas, escores de 7,27 e 7,50, respectivamente. Os escores calculados em ambos os estudos citados demonstraram ser superiores ao encontrados por Morowatisharifabad et al. (2019) entre 122 PVH, com média de idade de 41,8 anos, acompanhadas na cidade de Kerman, Irã durante o ano de 2017, quando se apurou escore total de 6,89.

As AF atuais, reportadas no IPAQ, elucidam uma grande variabilidade dos resultados, assim como valores discrepantes, tomando-se como referência as recomendações de atividade física, preconizadas pela OMS

(2000), segundo as quais o ideal é atingir pelo menos 150 minutos/semana de atividades físicas. Sob essa orientação observamos que, de acordo com os dados autorrelatados, a amostra deste estudo apresentou nível baixo de AF, correspondendo a uma mediana de dispêndio energético semanal de 1.000 kcal. Assim também Gouvea-e-Silva et al. (2016), quando investigaram o nível de atividade física e síndrome lipodistrófica de PVH no município de Santarém Pará, descreveram AF atual, aferida pelo IPAQ em termos de dispêndio energético semanal, como de 1.645 kcal. Os achados de ambos os estudos contrastam marcadamente com relato descrito por Almeida et al. (2012), em população sem infecção por HIV seguida em serviço ambulatorial na Bahia. Naquele grupo de pacientes em que se buscava, evidenciar a atividade física como preditor da ausência de diabetes em adultos, registrou-se AF total, aferida como dispêndio energético total, de 4.782 kcal/semana. A análise comparativa dessas populações reforça a necessidade de se intervir, promovendo a AF entre PVH.

Fazendo contraponto ao dispêndio energético, a ingestão calórica avaliada na população atendida no SEAP-HCFMUSP apontou para uma dieta adequada ao perfil dos pacientes, mas com grande aporte calórico, quando comparada com o dispêndio energético relacionado a AF. A mediana da ingestão calórica foi de 2.322 kcal, o que permite concluir que a balança energética tende ao desequilíbrio. Dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, em conjunto com a Associação Brasileira de Nutrologia preconizam que pessoas que vivem com HIV têm uma necessidade energética de 30 kcal/kg/dia. Diante da caracterização da amostra é possível identificar o peso médio dos participantes como sendo de 70,54 kg, com amplitude de variação de 46,2 kg (valor mínimo) a 98,3 kg (valor máximo). Portanto, o valor médio de ingestão calórica, de acordo com os parâmetros apresentados, é de aproximadamente 2.116 kcal.

Dado que o padrão de AF da amostra estudada é predominantemente de baixa intensidade e que se observa um descompasso entre o dispêndio energético desses indivíduos e sua ingestão calórica, é importante avaliar potenciais fatores facilitadores de mudança de comportamento que possam

contribuir favoravelmente para a adoção de hábitos mais saudáveis e, particularmente, para incremento da AF. Para tal, consideramos neste estudo os construtos psicossociais previamente validados na literatura, de Apoio Social e de Autoeficácia para prática de AF.

Nesse pormenor, nossos achados revelaram alto escore em termos de Apoio Social para a realização de AF, principalmente nos domínios que contemplam pessoas que não morem na mesma casa, e seu suporte à em atividade de caminhada. Apesar disso, não identificamos correlação entre o Apoio Social para a prática de AF e a atividade física efetiva dos pacientes que iniciam TARV no SEAP-HCFMUSP, após controle por sexo e idade dos indivíduos. Embora tenhamos observado baixa adesão às companhias para atividades físicas, deve-se ter em mente que em estudo realizado em Ohio entre PVH em uso de TARV, maiores de 18 anos, Webel et al. (2016) ressaltaram a maior relevância da qualidade das relações sociais, em comparação à sua densidade e quantidade. Destacaram, ainda, esses autores que o sentimento de pertencimento social e o capital social propriamente dito, na concepção de Pierre Bourdieu, associavam-se a maior adesão à medicação administrada para o controle da infecção pelo HIV e ainda, aos domínios funcionais e de satisfação pessoal da Qualidade de Vida. Em contraposição, os autores não identificaram associação entre a rede de suporte social dos pacientes e os desfechos favoráveis de saúde e, tampouco, entre quaisquer das variáveis de recursos sociais e a prática de AF. Finalmente, concluíram que a qualidade das relações estabelecidas com a equipe de profissionais responsáveis pelo cuidado pode potencializar o efeito dos recursos de apoio social sobre desfechos favoráveis de saúde, em benefício das PVH.

A Autoeficácia para prática de AF, por sua vez, pode ser interpretada como sendo o grau de crença/confiança que o indivíduo deposita na realização de determinada atividade. Indivíduos com maior Autoeficácia apresentam habitualmente maiores níveis de atividades físicas e maior adesão a programas de promoção às AF, podendo a avaliação desse construto servir de parâmetro para a implementação e estruturação de

programas de atividade física, principalmente aqueles que envolvam mudança de comportamento (Rech et al, 2011). No que tange à Autoeficácia para prática de AF, a caracterizamos no presente estudo como média e, analogamente ao descrito para o Apoio Social, não verificamos correlação dos escores de Autoeficácia para prática de AF e a atividade física efetivamente relatada pelos pacientes avaliados após controle por sexo e idade dos indivíduos. Dito de outro modo, a Autoeficácia relatada pelos indivíduos não se traduz concretamente em AF nessa população.

Nesse contexto é necessário tentar compreender as razões pelas quais os sujeitos não expressaram a Autoeficácia relatada em AF efetivamente. Diante desse aspecto, pode-se explorar as barreiras e os distanciadores de um comportamento mais ativo, previamente descritos entre pacientes com outras doenças crônicas. Assim, por exemplo, ao revisarem estudos com pacientes portadores de doença renal em regiões como Estados Unidos, Canadá, Itália, Reino Unido Irlanda, Jordânia, Brasil e China, Hannan e Bronas (2017) compilaram dados acerca de potenciais barreiras à realização de AF, ficando evidente que os fatores percebidos são intrínsecos e variados. Os autores puderam caracterizar a fadiga e baixa energia como barreiras comumente referidas, ilustrando a percepção do estado de saúde como sendo um elemento importante na construção de estratégias de mudança de comportamento. De forma adicional, em uma amostra com 98 usuários de dois centros de hemodiálise na cidade de São Paulo, com idade média de 51,6 anos, Rosa et al. (2015) observaram que aproximadamente 37,8% referiu a ausência de companhia como barreira importante que os impedia de realizar exercícios físicos em seu tempo de lazer.

Em um estudo qualitativo descritivo, com entrevistas presenciais semiestruturadas, Gray et al., (2019), por sua vez, recrutaram falantes da língua francesa com idades entre 40 e 65 anos, em uso de TARV e em seguimento nos hospitais participantes que destacaram três categorias de barreiras: física, psicológica e social. As barreiras de natureza física envolveram sintomas como fadiga, falta de ar, distúrbios gástricos, dor muscular e articular, além de emagrecimento, gerando magreza anormal; as

barreiras psicológicas incluíram percepções negativas de si, percepção de riscos para a AF e falta de motivação para AF. Já as barreiras sociais tiveram destaque em cinco subtemas: a) ausência de suporte social, b) disponibilidade de tempo, c) limitações financeiras, d) limitações climáticas e ainda, e) falta de oferta de AF adaptadas. Fazemos destaque ao domínio de ausência de suporte social, no qual os autores, por um lado, levantaram a questão que envolve a superproteção da equipe médica e de parentes. Por outro, os profissionais da saúde que oferecem cuidado também aparecem como agentes facilitadores de AF, o que destaca a importância de se abordar nas consultas a prática de AF enquanto componente de cuidado, uma vez que essa é comprovadamente segura e recomendada para PVH.

Em outra perspectiva do presente estudo, interessou-nos, por fim, avaliar a correlação entre os escores de Autoeficácia para realização de AF e a ingestão calórica, apurada pelo recordatório alimentar. Nessa combinação de variáveis, pudemos identificar uma correlação inversa após controle por sexo e idade dos indivíduos, ou seja, à medida em que se elevava a Autoeficácia para AF, em suma, quanto maior fosse a confiança/crença do indivíduo em sua capacidade em realizar atividades físicas, menor foi sua ingestão calórica relatada.

A partir dos resultados do estudo de correlação entre as diversas variáveis de interesse do presente estudo, tendo a AF de PVH que iniciam TARV como eixo central, podemos especular que, embora tenhamos encontrado associação inversa estatisticamente significativa somente entre Autoeficácia e ingestão calórica, é importante frisar que a expressão das atividades físicas na amostra estudada foi limitada, o que permite sugerir que as estratégias de sensibilização para a adoção de hábitos saudáveis, incluindo a AF como componente da atenção e cuidado oferecidos pelo serviço, precisam ser intensificadas. Pensar em AF no contexto do SUS exige que a equipe que oferta o cuidado esteja alinhada aos objetivos da prática e supere a prática pela prática ou o fazer por fazer e consiga ressignificar as potencialidades da AF como promotora de efetivo cuidado integral, permitindo acesso às questões e temas que geralmente não conseguem ser explorados

dentro na rotina ambulatorial. É preciso imprimir um significado para a prática de AF, considerando a necessidade do sujeito e como ela se relaciona com a integralidade proposta pelo serviço, agregando multidisciplinaridade à composição do cuidado por meio de todos os saberes que ali se representam.

Cabe-nos, ainda, apontar as limitações do presente estudo. Inicialmente, é preciso destacar o fato de ter sido conduzido em um único serviço especializado no cuidado a PVH da cidade de São Paulo, com características próprias em termos de sua infraestrutura operacional (recursos humanos e equipamentos) e da população ali assistida, limitou a diversidade da população avaliada. Dessa forma, entende-se que o tamanho da amostra pode ter sido insuficiente para evidenciar potenciais associações entre as variáveis analisadas, além de possivelmente não ter permitido observar todas as particularidades da população de PVH no município. Diante do exposto, acreditamos que futuros estudos, com desenho multicêntrico e amostra de pacientes mais robusta de PVH que iniciam TARV, possam trazer elementos adicionais para elucidar os construtos que envolvem a motivação para AF, de forma que a AF possa ser efetivamente incorporada à rotina diária dos usuários dos serviços de saúde especializados, reunindo esforços que envolvam a elaboração de políticas públicas e de um padrão normal cultural da prática de AF.

Ao lado disso, é importante destacar que os construtos psicossociais de Apoio Social e de Autoeficácia para prática de AF podem não ter sido suficientemente capazes de delinear as múltiplas barreiras à mudança de comportamento que afetam as PVH. Sabe-se que esses construtos foram concebidos no modelo teórico proposto pela Teoria Sócio-Cognitiva (TSC), que tem como elemento central a avaliação das capacidades do sujeito para organizar e executar ações para a melhora de sua *performance/comportamento* em um contexto de promoção à saúde. De forma mais objetiva, fala-se da utilização da TSC como subsídio para investigar as construções que envolvem a mudança de comportamento; no nosso caso, a adoção de comportamentos saudáveis, como a prática de atividades físicas.

É fato que a abordagem proposta pela TSC, com base nos citados construtos psicossociais, contempla diversas dimensões relevantes para a compreensão da mudança de comportamento, entre elas, o reconhecimento racional por parte do indivíduo das vantagens e desvantagens do comportamento atual e do desejado; a percepção de si mesmo antes, durante e após a mudança comportamental; a percepção dos outros sobre o comportamento que se quer modificar; a autoconfiança do indivíduo na possibilidade de poder lidar com os percalços do processo de mudança de comportamento sem precisar retomar o comportamento não saudável (Autoeficácia), além da identificação e utilização de Apoio Social para tal (MENDONÇA, 2013). Contudo, é importante frisar que na perspectiva da TSC se passa ao largo dos contextos intersubjetivos, ou mesmo, das condições materiais de vida, que impactam sobremaneira as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como ressaltado no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos aplicados à saúde (MENDONÇA, 2013). Particularmente para PVH, que se apresentam em contextos sobrepostos de vulnerabilidade (desigualdade de gênero, exclusão social, estigma e discriminação, entre outros), torna-se evidente a limitação dos construtos psicossociais acima mencionados para abarcar a complexidade das barreiras impostas à mudança de comportamento para adoção de hábitos de vida saudável.

Torna-se, portanto, fundamental buscar elaborar, de forma dialógica com as PVH, planos terapêuticos individualizados ou singulares (PTS), nos quais as necessidades e particularidades de cada indivíduo sejam consideradas na elaboração da proposta de cuidado, adotando-se não apenas uma avaliação previa dos elementos que envolvam a Autoeficácia e o Apoio Social para a realização de AF, o padrão alimentar informado e o histórico de AF como partes integrantes desse PTS, mas também, e sobretudo, contemplando a especificidade das vulnerabilidades de cada um, visando a melhor construção do cuidado.

Entendendo o Cuidado como fruto de um diálogo entre cuidador e cuidado, nos quais os objetivos da intervenção, os meios para realizá-la e as

finalidades visadas possam ser definidos com saberes e experiências, científicos e não científicos dos profissionais e dos usuários, de modo compartilhado (AYRES et al., 2012), é que propomos que atividades e exercícios físicos sejam adotadas como ferramentas importantes de promoção à saúde das PVH. Como enfatizado por esses autores, entendemos que a efetividade de sua incorporação no cuidado integral a essas pessoas, todavia, dependerá do modo com que busque identificar e mobilizar os recursos necessários para prevenir, tratar ou recuperar situações de saúde tidas como obstáculos aos projetos de felicidade de cada uma dessas pessoas, suas comunidades e grupos populacionais. Ao se pensar na elaboração da estratégia de cuidado, observando a construção de um projeto de felicidade, em que estar mais ativo fisicamente dialogue com os grupos aos quais há referência de pertencimento por parte do indivíduo, contribui-se para que sua percepção de saúde possa ser melhor elaborada e atue como disparador na adoção de hábitos mais saudáveis e ativos.

Esperamos ter contribuído para a discussão da incorporação da atividade física na constituição da linha de cuidado integral à pessoa que vive com HIV, destacando que seu efeito benéfico para as PVH poderá ser potencializado se formos capazes como profissionais da saúde de planejá-la, considerando-se as necessidades do sujeito, suas relações e a comunidade que o acolhe.

6. CONCLUSÕES

Os achados do presente estudo nos permitem, concluir que a população estudada de PVH que inicia TARV sem alterações morfológicas corporais e alterações metabólicas:

- relata baixo nível atual de AF, tendo como referência as recomendações da OMS (2000);
- apresenta ingestão calórica não condizente com o dispêndio energético estimado pelo relato de AF;
- embora relate alto nível de Apoio Social para AF, não traduz em efetiva prática, seja de AF de baixa, moderada ou vigorosa intensidade. Verificou-se, ainda, baixo suporte para AF por parte de familiares ou de pessoas que vivem no mesmo domicílio e ausência de correlação entre Apoio Social para AF e atividade física efetivamente realizada;
- possui média Autoeficácia prática de AF, porém, esse construto psicossocial não se relacionou com a AF efetiva;
- exibe correlação inversa entre a ingestão calórica, aferida pelo Recordatório Alimentar de 24hs e os escores de Autoeficácia para AF, após controle por sexo e idade;
- apresenta parâmetros antropométricos comparáveis aos da população brasileira, estando os elementos relacionados à gordura abdominal em consonância com IMC, no padrão adequado para a população brasileira. Já os elementos que envolvem força de preensão palmar e teste de flexão de tronco foram enquadrados como abaixo da média e a avaliação de força de membros superiores, pelo teste de extensão de cúbitos, como dentro da média. A flexibilidade de membros inferiores foi classificada como fraca.

Além disso, observamos que:

- a baixa frequência de registros sobre AF em prontuários corrobora a necessidade de promover estratégias para que a prática de AF seja abordada com os usuários do serviço de saúde, particularmente, quando do início do tratamento antirretroviral;
- os construtos de Apoio Social e Autoeficácia observados denotam possibilidade de os serviços especializados investirem em abordagens visando mudança de comportamento com incremento de AF;

Para tal, precisam ser reconhecidas:

- as barreiras relativas à vulnerabilidade social e programática das PVH que limitam a adoção de AF como elemento de cuidado integral, de modo a permitir que tal prática seja ressignificada como potente ferramenta para promoção do autoconhecimento, dedicação a si e melhora da percepção do estado de saúde.

7. REFERÊNCIAS

Abramson JL, Vaccarino V. Relationship between physical activity and inflammation among apparently healthy middle-aged and older US adults. *Arch Intern Med.* 2002;162(11):1286-92.

Alencar TMD, Nemes, MIB, Velloso, MA. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2008. 13(6), 1841-1849

Almeida LAB, Pitanga FJG, Freitas MM, Pitanga CPS, Dantas EHM, Beck CC. (2012). Gasto calórico dos diferentes domínios de atividade física como preditor da ausência de diabetes em adultos. *Rev Bras Med Esporte.* 18(1), 17-21

Avanutrionline. Programa de Avaliação Nutricional. Avanutri & Nutrição Serviços e Informática. Disponível em <http://www.avanutrionline.com/>. [citado 30 Set 2019]

Ayres JRCM, Paiva V, França Jr., I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla C. Vulnerabilidade e direitos humanos - prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Livro I, Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

Blundell JE, Gibbons C, Caudwell P, Finlayson G, Hopkins M. Appetite control and energy balance: Impact of exercise. *Obes. Rev.* 2015;6 (Suppl 1):67-76.

Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2012. [citado 1 Out 2020]. Disponível em <http://www.aids.go>

v.br/pt-br/pub/2012/recomendacoes-para-pratica-de-atividades-fisicas-para-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado integral a pessoas que vivem com HIV pela atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2016. [citado 30 Out 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/cuidado-integral-pessoas-que-vivem-com-hiv-pela-atencao-basica>.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. 2018. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. [Acesso em 30 Out 2020]

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico HIV/aids. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF): Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2019. [citado 30 Out 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: 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 2019. Brasília (DF): 2020. 137p. [citado 25 Set 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco-pdf/view>.

Cade WT, Peralta L, Keyser RE. Aerobic exercise dysfunction in human immunodeficiency virus: a potential link to physical disability. *Phys Ther* 2004; 84:655-64.

Canadian Standardized Test of Fitness (CSTF) Operations manual, 3rd edn, Fitness and Amateur Sport, Ottawa: Minister of State. 1986.

Chirch LM, Hasham M, Kuchel GA. HIV and aging: a clinical journey from Koch's postulate to the chronic disease model and the contribution of geriatric syndromes. *Curr Opin HIV AIDS*. 2014 Jul;9(4):405-11.

De Carvalho BF, Policarpo S, Moreira AC. Nutritional status and quality of life in HIV-infected patients. *Nutr Hosp*. 2017 Jul 28;34(4):923-933.

Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013 Nov 2;382(9903):1525-33.

Erlandson KM, Schrack JA, Jankowski CM, Brown TT, Campbell TB. Functional impairment, disability, and frailty in adults aging with HIV-infection. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2014 Sep;11(3):279-90.

Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Houston Miller N, Hubbard VS, et al. AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk – a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2014; 63:2960-84.

Fisher, L. D. and van Belle, G. (1993). Biostatistics. John Wiley & Sons, New York.

Fornes NS, Martins IS, Velasquez-Melendez G, Latorre MR. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(1):12-8.

Florindo AA, Latorre MRDO, Santos ECM, Negrão CE, Azevedo LF, Segurado AAC. Validation and reliability of the Baecke questionnaire for the evaluation of physical activity among people living HIV/AIDS. *Cad de Saúde Pública*, 2006;3(22):535-41.

Fields-Gardner C, Fergusson P; American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition intervention in the care of persons with human immunodeficiency virus infection. *J Am Diet Assoc*. 2004 Sep;104(9):1425-41.

Geffken DF, Cushman M, Burke GL, Polak JF, Sakkinen PA, Tracy RP. Association between physical activity and markers of inflammation in a healthy elderly population. *Am J Epidemiol*. 2001 Feb 1;153(3):242-50.

Gouvea-e-Silva LF, Said RC, Kietzer KS, Freitas JJS, Xavier MB. Nível de atividade física e síndrome lipodistrófica em pacientes com HIV/aids. *Rev Bras Med Esporte*. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 147-152.

Glaner, MF. Importância da aptidão física relacionada à saúde. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum*. Florianópolis. 2003. v.5, n.2, p.75-85.

Gray L, Schuft L, Bergamaschi A, Filleul V, Colson SS, d'Arripe-Longueville F, et al. Perceived barriers to and facilitators of physical activity in people living with HIV: A qualitative study in a French sample. *Chronic Illness*. 2019.

Greene KB, Berger J, Reeves C, Moffat A, Standish, LJ, Calabrese C. Most frequently used alternative and complementary therapies and activities by participants in the AMCOA study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 1999; 10:60-73.

Guenter P, Muurahainen N, Simons G, Kosok A, Cohan GR, Rudenstein R, et al. Relationships among nutritional status, disease progression, and survival in HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1993 Oct;6(10):1130-8. PMID: 8105073.

Hannan M, Bronas UG. Barriers to exercise for patients with renal disease: an integrative review. *J Nephrol*. 2017 Dec;30(6):729-741.

Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. 2007; 39(8):1423-1434.

Hopkins M, Blundell JE. Energy balance, body composition, sedentariness and appetite regulation: pathways to obesity. *Clin Sci (Lond)*. 2016 Sep 1;130(18):1615-28.

Heymsfield S, Lohman TG, Wang ZM, Going SB. (2005). Human body composition: Methods and findings (2nd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics

Hughes S, Kelly P. Interactions of malnutrition and immune impairment, with specific reference to immunity against parasites. *Parasite Immunol*. 2006;28(11):577-588.

International Physical Activity Questionnaire. IPAQ scoring protocol. Disponível em <https://sites.google.com/site/theipaq/scoring-protocol>. [Acesso em 10 Nov 2020]

Iqbal R, Anand S, Ounpuu S, Islam S, Zhang X, Rangarajan S, et al. Dietary patterns and the risk of acute myocardial infarction in 52 countries: results of the INTERHEART study. *Circulation* 2008;118(19):1929-37.

Jones SP, Doran DA, Leatt PB, Maher B, Pirmohamed M. Short-term exercise training improves body composition and hyperlipidaemia in HIV-positive individuals with lipodystrophy. *AIDS*. 2001 Oct 19;15(15):2049-51.

Kraus WE, Houmard JA, Duscha BD, Knetzger KJ, Wharton MB, McCartney JS, et al. Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. *N Engl J Med*. 2002; 347:1483-92.

Mangili A, Murman DH, Zampini AM, Wanke CA. Nutrition and HIV infection: review of weight loss and wasting in the era of highly active antiretroviral therapy from the nutrition for healthy living cohort. *Clin Infect Dis*. 2006 Mar 15;42(6):836-42.

Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveria LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil / International physical activity questionnaire (IPAQ): study of validity and reability in Brazil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2001;6(2):5-18.

Mendonça LGT. Modelos teóricos como subsídios da prática da promoção da saúde em DST/aids no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos. In: Paiva V, Calazans G, Segurado A., Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre Indivíduos e comunidade – Livro II, Curitiba: Juruá, 2012. p73-100.

McArdle WD, Katch FL, Katch VL. Fisiologia do Exercício, energia, nutrição e desempenho humano. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016

Morowatisharifabad MA, Movahed E, Nikooie R, Farokhzadian J, Bidaki R, Askarishahi M, et al. Adherence to medication and physical activity among people living with HIV/AIDS. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019; 24:397-9.

Niu L, Luo D, Liu Y, Silenzio VM, Xiao S. The mental health of people living with HIV in China, 1998-2014: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153489. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4833336/>. [Citado em 30/11/2020].

Pedersen, B.K. The anti-inflammatory effect of exercise: its role in diabetes and cardiovascular disease control. *Essays Biochem* 2006; 42:105-17.

Pezzotti P, Napoli PA, Acciai S, Boros S, Urciuoli R, Lazzeri V, et al. Increasing survival time after AIDS in Italy: the role of new combination antiretroviral therapies. *AIDS*. 1999;13(2):249-55.

Perry AC, LaPerriere A, Klimas N. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS). In: Durstine, JL, Moore, GE, editors. *ACSM's exercise management for persons with chronic diseases and disabilities*. 2nd ed. Champaign: Human Kinetics; 2003;173-85

Rajshree T, Archana A, Durga PP, Kiran B, Sophia N. Nutritional status and its association with quality of life among people living with HIV attending public anti-retroviral therapy sites of Kathmandu Valley, Nepal. *AIDS Res Ther* 2015. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4417539/>. [Acesso 21/11/2020].

Rech CR, Sarabia TT, Fermino RC, Hallal PC, Reis R. Propriedades psicométricas de uma escala de autoeficácia para a prática de atividade física em adultos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(4):259-66.

Reis MS, Reis RS, Hallal PC. Validade e fidedignidade de uma escala de avaliação do apoio social para a atividade física. *Rev Saúde Pública* 2011;45(2):294-301.

Risher KA, Kapoor S, Daramola AM, Paz-Bailey G, Skarbinski J, Doyle K, et al. Challenges in the evaluation of interventions to improve engagement along the HIV care continuum in the United States: a systematic review. *AIDS Behav*. 2017; 21(7):2101-23.

Rosa CSC, Bueno DR, Souza GD, Gobbo LA, Freitas IF, Sakkas GK et al (2015) Factors associated with leisure-time physical activity among patients undergoing hemodialysis. *BMC Neph*. doi:10.1186/s12882-015-0183-5

Sewale Y, Hailu G, Sintayehu M, Moges NA, Alebel A. Magnitude of malnutrition and associated factors among HIV infected children attending

HIV-care in three public hospitals in East and West Gojjam Zones, Amhara, Northwest, Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2018; 11:788. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6215658/>. [Citado em 21/11/2020]

Smail RC, Brew BJ. HIV-associated neurocognitive disorder. *Handb Clin Neurol*. 2018; 152:75-97

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Projeto Diretrizes: AMB, CFM; 2011. 12p. Disponível em https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_na_sindrome_da_imunodeficiencia_adquirida_hiv_aids.pdf. [Citado em 28/11/2020].

Sparber A, Wootton JC, Bauer L, Curt G, Eisenberg D, Levin T, et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in HIV/AIDS clinical trials. *J Altern Complement Med*. 2000;6(5):415-22.

Standish LJ, Greene KB, Bain S, Reeves C, Sanders F, Wines RC, et al. Alternative medicine use in HIV-positive men and women: demographics, utilization patterns and health status. *AIDS Care*. 2001;13(2):197-208.

Tang AM, Quick T, Chung M, Wanke CA. Nutrition assessment, counseling, and support interventions to improve health-related outcomes in people living with HIV/AIDS: a systematic review of the literature. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;68(Suppl 3):S340-9.

Terry L, Sprinz E, Stein R, Medeiros NB, Oliveira J, Ribeiro JP. Exercise training in HIV-1-infected individuals with dyslipidemia and lipodystrophy. *Med Sci Sports Exerc*. 2006 Mar;38(3):411-7.

Thuppal SV, Jun S, Cowan A, Bailey RL. The nutritional status of HIV-infected US adults. *Curr Dev Nutr*. 2017;1(10):e001636. Disponível em:

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5998784/#:~:text=The%20mal%20nutrition%20of%20HIV%20has,requirements%20\(4%2C%205\).](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5998784/#:~:text=The%20mal%20nutrition%20of%20HIV%20has,requirements%20(4%2C%205).) [Citado em 25/11/2020].

Wanke CA, Silva M, Knox TA, Forrester J, Speigelman D, Gorbach SL. Weight loss and wasting remain common complications in individuals infected with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*. 2000 Sep;31(3):803-5.

Webel AR, Sattar A, Schreiner N, Phillips JC. Social resources, health promotion behavior, and quality of life in adults living with HIV. *Appl Nurs Res*. 2016; 30:204-9.

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:i-xii,1-253.

Zonta MB, Almeida SM, Carvalho MTM, Werneck LC. Functional assesment of patients with AIDS disease. *Braz J Infect Dis*. 2003. 7(5), 301-306.

Anexo I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

E-mail:

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV E INICIAM TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO ESPECIALIZADO DE SÃO PAULO.

2. PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: ALUÍSIO COTRIM SEGURADO
PESQUISADOR EXECUTANTE: ARDILES VITOR DOS SANTOS

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 12 MESES

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável_____

Rubrica do pesquisador_____

Anexo II. Questionário Sociodemográfico e de hábitos

Horário de início:

Término:

ANEXO - QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E HÁBITOS DE SAÚDE

1. Número de identificação para a pesquisa: ID: _____

Número de registro : REG: _____

Data da entrevista: DATAENTR _____

2. Qual é o seu sexo?

() M(1) () F(2) _____

3. Qual é a cor da sua pele?

() Branca(1) () Parda(2) () Preta(3) () Amarela(4) () Indígena(5)

() Outra, Qual? (6) _____

4. Qual é a sua data de nascimento?

____/____/____

5. Onde você nasceu?

Cidade: _____

Estado: _____

(5a) Onde você mora?

Bairro: _____

6. Qual é a sua renda mensal?

R\$ _____

(6a) Qual é a renda familiar mensal?

R\$ _____

(6b) Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar acima?

_____ () Não se aplica(99) _____

7. Qual é a sua ocupação atual?

(7a) Você recebe algum tipo de pensão/benefício?

() sim(1) () não(2) _____

(7b) Se você recebe algum tipo de pensão/benefício, qual é o motivo?

() tempo de serviço/idade(A) () invalidez(B) () licença saúde(temporária)(C)

() outras pensões(F) () Não se aplica(99) _____

(7c) Se você está afastado/aposentado, a quanto tempo?

_____ () Não se aplica (99) _____

(7d) Qual era a sua ocupação anterior?

_____ () Não se aplica(99) _____

(7e) Quantos salários mínimos você ganhava nesta ocupação?

8. Sabe ler ou escrever?

() sim(1) () não(2) _____

(8a) Quantos anos de estudo você completou? (exceto as reprovações).

(8b) (Para quem cursou o supletivo) – Qual foi o nível mais alto que você completou?

() fundamental incompleto(1) () fundamental completo(2)

() médio (in)completo(3) () superior (in)completo(4)

() pós-graduação (in)completo(5) () não se aplica(99) _____

9. Qual é o seu estado conjugal atual?

() solteiro(a)(1) () casado(a)(2) () unido(a) consensualmente(3)

() separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)(4) () viúvo(a)(5) _____

10. Com quem você mora no momento?

() marido, esposa, companheiro(a)(A) () filhos(B) () pais(C)

() amigos(D) () outros parentes(E) () sozinho(F) () não responde(999) _____

11. Você é gestante?

sim(1) não(2) não sabe(9) não se aplica(99) _____

12. De quantas pessoas você cuida? (excluindo você).

(12b) Quem são?

marido, esposa, companheiro(a) (A) filhos(B) pais(C)

amigos(D) outros(E) não se aplica(99) _____

13. Quantos filhos você tem?

14. Você fuma cigarros **atualmente**?

sim(1) não(2) _____

(14a) Se sim, quantos cigarros você fuma por dia?

_____ Não se aplica(99) _____

(14b) Há quanto tempo você fuma (meses/anos)?

_____ não se aplica(99) _____

(14c) Se **parou de fumar**, há quantos meses/anos você parou?

_____ Não se aplica _____

15. Se for o caso, qual foi a frequência do seu consumo de bebida(s) alcoólica(s) neste **último mês**?

1-2 vezes por semana(1) 3-4 vezes por semana(2)

5-6 vezes por semana(3) todos os dias(4) não se aplica(99) _____

(15a) Em um único dia você costuma tomar mais de 2 latas de cerveja ou taças de vinho ou mais do que 2 doses de qualquer outra bebida alcoólica?

sim(1) não(2) não se aplica(99) _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____ Data: __/__/____

Anexo III. Questionário de Baecke – Atividade Física Habitual

Número de identificação para a pesquisa:	ID:
	REG
	Data da entrevista: / /

ANEXO - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL

Por favor, circule a resposta apropriada para cada questão:

Nos últimos 12 meses:

- 1) Qual tem sido sua principal ocupação? 1 3 5
-
- 2) No trabalho eu sento:
nunca / raramente / algumas vezes / freqüentemente / sempre 1 2 3 4 5
- 3) No trabalho eu fico em pé:
nunca / raramente / algumas vezes / freqüentemente / sempre 1 2 3 4 5
- 4) No trabalho eu ando:
nunca / raramente / algumas vezes / freqüentemente / sempre 1 2 3 4 5
- 5) No trabalho eu carrego carga pesada:
nunca / raramente / algumas vezes / freqüentemente / sempre 1 2 3 4 5
- 6) Após o trabalho eu estou cansado:
muito freqüentemente / freqüentemente / algumas vezes / raramente / nunca 5 4 3 2 1
- 7) No trabalho eu sudo:
muito freqüentemente / freqüentemente / algumas vezes / raramente / nunca 5 4 3 2 1
- 8) Em comparação com outros da minha idade eu penso que meu trabalho é fisicamente:
muito mais pesado/ mais pesado / tão pesado quanto / mais leve / muito mais leve 5 4 3 2 1
- 9) Você pratica ou praticou esporte ou exercício físico nos últimos 12 meses:
sim / não
Qual esporte ou exercício físico você pratica ou praticou mais
freqüentemente? 1 3 5

	<input type="text"/>					
- quantas horas por semana?	<input type="text"/>	<1	1-2	2-3	3-4	>4
- quantos meses por ano?	<input type="text"/>	<1	1-3	4-6	7-9	>9
Se você faz um fez segundo esporte ou exercício físico, qual o tipo?:	<input type="text"/>	1		3		5
- quantas horas por semana?	<input type="text"/>	<1	1-2	2-3	3-4	>4
- quantos meses por ano?	<input type="text"/>	<1	1-3	4-6	7-9	>9
10) Em comparação com outros da minha idade eu penso que minha atividade física durante as horas de lazer é: muito maior / maior / a mesma / menor / muito menor		5	4	3	2	1
11) Durante as horas de lazer eu sudo: muito freqüentemente / freqüentemente / algumas vezes / raramente / nunca		5	4	3	2	1
12) Durante as horas de lazer eu pratico esporte ou exercício físico: nunca / raramente / algumas vezes / freqüentemente / muito freqüentemente		1	2	3	4	5
13) Durante as horas de lazer eu vejo televisão: nunca / raramente / algumas vezes / freqüentemente / muito freqüentemente		1	2	3	4	5
14) Durante as horas de lazer eu ando: nunca / raramente / algumas vezes / freqüentemente / muito freqüentemente		1	2	3	4	5
15) Durante as horas de lazer eu ando de bicicleta: nunca / raramente / algumas vezes / freqüentemente / muito freqüentemente		1	2	3	4	5
16) Durante quantos minutos por dia você anda a pé ou de bicicleta indo e voltando do trabalho, escola ou compras? <5 / 5-15 / 16-30 / 31-45 / >45		1	2	3	4	5
	Total em minutos	<input type="text"/>				

Anexo IV. Questionário IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) – Atividade Física Atual

Nome:	ID: :
	Data da entrevista: / /

ATIVIDADE FÍSICA

BLOCO B

Agora vamos conversar sobre suas atividades físicas do dia-a-dia.

Seção 1 - ATIVIDADES FÍSICAS DE DESLOCAMENTO:

As próximas perguntas se referem somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros. Pense somente naquelas atividades físicas que o(a) sr.(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos.

B 01. Em quantos dias da última semana, o(a) sr.(a) andou de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar a outro? **(Não inclua o pedalar por lazer ou exercício físico)**

_____ dias

nenhum **(PULE PARA A QUESTÃO B 03)**

NS/NR-9

B 02. Nos dias em que o(a) sr.(a) pedalou para ir de um lugar a outro, no total, quanto tempo gastou por dia?

_____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

B 03. Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar a outro? **(Não inclua caminhada por lazer ou exercício físico)**

_____ dias

nenhum **(SE NENHUM TAMBÉM NA QUESTÃO B 01 PULE PARA A B 05; SE ALGUMA FREQUÊNCIA SEMANAL NA B 01 PULE PARA SEÇÃO 2)**

NS/NR-9

B 04. Nos dias em que o(a) sr.(a) caminhou para ir de um lugar a outro, no total, quanto tempo gastou por dia? **(Não inclua as caminhadas por lazer ou exercício físico)**

_____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

A próxima questão deverá ser aplicada SOMENTE para quem respondeu ZERO/NENHUM nas questões B 01 e na B 03.

B 05. Por que o(a) sr.(a) não costuma se deslocar de um local para outro através de bicicleta ou caminhada?

Seção 2 - ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E LAZER:

As próximas perguntas se referem às atividades físicas que o(a) sr.(a) fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente naquelas atividades físicas que o(a) sr.(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos. Não inclua atividades que já tenha citado.

B 06. Sem contar qualquer caminhada que o(a) sr.(a) já tenha citado anteriormente, na última semana o(a) sr.(a) fez caminhada no seu tempo livre por recreação, esporte ou lazer por pelo menos 10 minutos contínuos?

sim-1

não **(PULE PARA QUESTÃO B 15)-2**

B 07. Sem contar qualquer caminhada que o(a) sr.(a) já tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** no seu tempo livre por recreação, esporte ou lazer?

_____ dias
NS/NR-9

B 08. Nos dias em que o(a) sr.(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo o(a) sr.(a) gastou por dia?

_____ horas e/ou _____ minutos
NS/NR-9

B 09. Onde o(a) sr.(a) realizou esta caminhada? _____

B 10. Há quanto tempo o(a) sr.(a) vem fazendo esta caminhada (semanas, meses ou anos)? _____

B 11. Em qual horário o(a) sr.(a) costuma fazer esta caminhada?

manhã: _____ -1
tarde: _____ -2
noite: _____ -3

B 12. Qual é o seu principal objetivo ao realizar esta caminhada?

saúde-1
estética-2
recreação/lazer-3
outros: _____ -4

B 13. O(A) sr.(a) teve recomendação de algum profissional para iniciar esta atividade?

sim- Qual? _____ -1
não-2

B 14. O(A) sr.(a) tem orientação/supervisão de algum profissional de saúde para realizar esta atividade?

sim- Qual? _____ -1
não-2

B 15. Na última semana o(a) sr.(a) fez **atividades físicas moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, musculação, ginástica, vôlei, basquete ou tênis?**

sim-1
não (PULE PARA QUESTÃO B 28)-2

B 16. Se sim, quais foram estas atividades?

B 16A: _____ B 16B: _____ B 16C: _____

B 17. Em quantos dias da **última semana** o(a) sr.(a) fez esta(s) atividade(s) física(s) moderada(s) no seu tempo livre?

B 17A: _____ dias
NS/NR-9
B 17B: _____ dias
NS/NR-9
B 17C: _____ dias
NS/NR-9

B 18. Nos dias em que o(a) sr.(a) fez este(s) tipo(s) de atividade(s) moderada(s), **quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia?**

B 18A: _____ horas e/ou _____ minutos
NS/NR-9

B 18B: _____ horas e/ou _____ minutos
NS/NR-9

B 18C: _____ horas e/ou _____ minutos
NS/NR-9

Caso a pessoa tenha feito apenas uma atividade moderada PULE PARA A QUESTÃO B 20

1. Você está tomando algo para suplementar sua dieta (vitaminas, minerais, outros produtos)? () Sim () Não

1.1. Se Sim, por favor descreva os seguintes itens:

Suplemento	Composição	Dose	Frequência

Obs.: _____

Não comemos todos os dias exatamente as mesmas coisas e para analisarmos melhor a sua alimentação, precisaremos repetir este recordatório alimentar.

- Você concorda que entremos em contato com você para refazê-lo, podendo este contato ser feito por telefone?

- Em caso afirmativo, qual a melhor forma de entrarmos em contato novamente com você? (telefone ou aqui no serviço em até 1 semana, caso tenha alguma consulta agendada com qualquer profissional, venha realizar exames ou pegar remédios).

Pedimos por gentileza que assine essa autorização.

Telefones: Casa: () _____ Celular: () _____

Trabalho: () _____

Recado: () _____ deixar recado com: _____

Melhor horário de contato por [tel:](#) _____

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do entrevistado: _____

Entrevistador (nome legível): _____

Anexo VII. Escala de Autoeficácia para Atividade Física

ANEXO 1. Escala de autoeficácia para prática de atividade física utilizada em adultos brasileiros, 2009

Escala de avaliação da autoeficácia para a prática de atividade física	
As questões abaixo estão relacionadas ao quanto você se sente capaz de realizar atividade física mediante algumas condições. Não existem respostas erradas. Por favor, assinale apenas uma opção para cada questão.	
Para responder as questões lembre-se que:	
Atividades físicas de intensidade moderada são aquelas que precisam de algum esforço físico, que te fazem respirar um pouco mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater um pouco mais forte.	
Atividades físicas de intensidade vigorosa são aquelas que precisam de um grande esforço físico, que te fazem respirar muito mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater mais forte.	
<p>Seção 1. Nesta seção considere somente a caminhada que você faz no seu tempo livre.</p> <p>1. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está cansado? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está de mau humor? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim</p> <p>3. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está sem tempo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim</p> <p>4. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está de férias? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim</p> <p>5. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando está muito frio? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim</p>	<p>Seção 2. Nesta seção considere as atividades físicas de intensidade moderada e/ou vigorosa (AFMV) (exemplo: correr, nadar, pedalar, jogar vôlei, futebol, etc.). Não inclua a caminhada.</p> <p>6. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está cansado? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim</p> <p>7. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está de mau humor? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim</p> <p>8. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está sem tempo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim</p> <p>9. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está de férias? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim</p> <p>10. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando está frio? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim</p>

Anexo VIII. Avaliação Física Padronizada

Nome:			Data:
RGHC:			ID:
Frequência Cardíaca em Repouso (Bpm's):		Frequência Cardíaca 1 minuto após o Teste (Bpm's):	OBS.:
Braço Esquerdo Pressão Arterial em Repouso (mmHg):		Braço Esquerdo Pressão Arterial 5 minutos após o Teste (mmHg):	OBS.:
Peso (kg)	Medida 1:	Medida 2:	Valor Final
Estatura (cm)	Medida 1:	Medida 2:	Valor Final:
IMC (kg/m ²)	Relação Cintura/Quadril:		
Perímetros (cm)			
Braço	Direito 1º valor:	Direito 2º valor:	Média:
Panturrilha	Direita 1º valor:	Direita 2º valor:	
Cintura	1º valor:	2º valor:	
Abdomen	1º valor:	2º valor:	
Quadril	1º valor:	2º valor:	
TESTES DE FLEXIBILIDADE WELLS			
1ª medida: (cm)	2ª medida: (cm)	3ª medida: (cm)	Média: (cm)
DINAMOMETRIA Destro: () Canhoto: ()	Direito 1: Direito 2:	Esquerdo 1: Esquerdo 2:	Valor: Categorização:
Força de Resistência			
Teste de Extensão de cúbitos (flexão de cotovelos)	Número máximo de Execuções corretas:		Classificação:
Teste de Flexão de Tronco no solo em 60" (1 minuto)	(nº de execuções corretas em 1 minuto):		Classificação:

Local, data e assinatura do Avaliador: _____