

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA



DISSERTAÇÃO

**Aconselhamento para a prática de atividade física e estágios de mudança de
comportamento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de
Pelotas/RS**

Vítor Häfele

Pelotas, 2016

VÍTOR HÄFELE

Aconselhamento para a prática de atividade física e estágios de mudança de comportamento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Física (linha de pesquisa: Epidemiologia da atividade física)

Orientador: Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

H111a Häfele, Vítor

Aconselhamento para a prática de atividade física e estágios de mudança de comportamento dos usuários das unidades básicas de saúde da cidade de pelotas/rs / Vítor Häfele ; Fernando Carlos Vinholes Siqueira, orientador. — Pelotas, 2016.

117 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Aconselhamento. 2. Atividade motora. 3. Centros de saúde. 4. Comportamento. I. Siqueira, Fernando Carlos Vinholes, orient. II. Título.

CDD : 796

Elaborada por Patrícia de Borba Pereira CRB: 10/1487

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira (orientador)

Prof. Dr. Airton José Rombaldi

Prof. Dr. Marcelo Cozzensa da Silva

Prof. Dra. Suele Manjourany Silva Duro

AGRADECIMENTOS

Existe uma palavra que para mim significa muito e acredito que nunca devemos nos esquecer. Essa palavra é gratidão, e vou aproveitar esse espaço para expressar um pouco dela.

Sou grato:

Aos meus pais, Ana e Jordão, que me ensinaram diversos princípios, como respeito, humildade e gratidão e por serem essas pessoas incríveis que dão o melhor de si para verem eu e meu irmão felizes.

Ao meu irmão, e colega de mestrado, que sempre foi meu grande amigo. Obrigado por tudo mano.

À minha namorada, e colega de mestrado, Mariana, por ser muito mais do que uma namorada, ser uma companheira para todos os momentos. Obrigado também por toda a ajuda e parceria durante nossa trajetória acadêmica.

À toda minha família que, com certeza, faz com que tudo seja mais fácil sabendo que tenho todos por perto.

Ao meu orientador, Caco, por todos os ensinamentos que me passou durante esses dois anos de orientação, por toda a paciência e dedicação ao trabalho e, além disso, pela amizade.

Ao professor Marcelo Cozzensa, que durante minha graduação me ensinou muito e foi uma pessoa fundamental para que eu conseguisse ingressar no mestrado.

Aos entrevistadores, Mariana, César, Otávio, Graciele e João Pedro, que me ajudaram na coleta de dados. Muito obrigado.

À Secretaria Municipal de Saúde por ter autorizado a realização da pesquisa.

Aos responsáveis pelas unidades básicas de saúde que me deram o suporte necessário para a coleta de dados.

Aos usuários das unidades básicas de saúde que participaram do estudo.

SUMÁRIO DO VOLUME

Projeto de pesquisa	8
Relatório do trabalho de campo	60
Artigo científico	67
Divulgação para a imprensa	92
Anexos	94

Resumo

HÄFELE, Vítor. Aconselhamento para a prática de atividade física e estágios de mudança de comportamento dos usuários das unidades básicas de saúde da cidade de Pelotas/RS. 2016. 116 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

Objetivo: descrever a prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física e a mudança de comportamento dos usuários de unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS. O estudo também verificou fatores associados ao aconselhamento para a atividade física. **Métodos:** Estudo transversal com amostra de 525 indivíduos com 18 anos ou mais usuários de unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS. Foram entrevistados 15 indivíduos em cada unidade de saúde enquanto estavam na sala de espera aguardando atendimento. Para verificar o aconselhamento para a prática de atividade física foi utilizada a seguinte questão: “Durante o último ano, em alguma vez em que o Sr (a) esteve na unidade básica de saúde, recebeu aconselhamento para praticar atividade física?”. Para verificar os estágios de mudança de comportamento foi utilizado o instrumento proposto por Dumith et al. publicado em 2008. **Resultados:** A prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física foi de 35,4%, estando associado ao aumento da idade, ao diagnóstico médico referido de hipertensão arterial, ao uso de algum medicamento de maneira contínua e ao maior número de vezes em que o sujeito esteve na unidade de saúde no último ano. As prevalências dos estágios de mudança de comportamento antes do aconselhamento foram: pré-contemplação 38,3%, contemplação 6,3%, preparação 24,0%, ação 6,3% e manutenção 25,1%. Após o recebimento do aconselhamento os valores modificaram para: 20,1%, 8,2%, 30,4%, 8,7% e 32,6%, respectivamente. **Conclusão:** O aconselhamento para a prática de atividade física precisa melhorar nas unidades básicas de saúde. No entanto, o aconselhamento apresentou influência positiva sobre os estágios de mudança de comportamento.

Palavras-chave: Aconselhamento; Atividade Motora; Modelos Teóricos; Comportamento; Centros de Saúde.

Abstract

HÄFELE, Vítor. Counseling to practice of physical activity and stages of change of users of basic health units from Pelotas, Southern Brazil. 2016. 116 f. Dissertation (Master's degree). Post Graduation Program in Physical Education, Federal University of Pelotas, Pelotas, Southern Brazil.

Purpose: To describe the prevalence of counseling to practice of physical activity and the change of behavior among users of basic health units in urban area from Pelotas, Southern Brazil. The study too verify some factors associated to counseling to physical activity. **Methods:** Cross-sectional study with sample of 525 people with 18 years old or more users of basic health units of urban area from Pelotas, Southern Brazil. Fifteen people were interviewed in each health unit while they were in waiting room. To verify the counseling to practice of physical activity was used the following question: "During the last year, in some time in that the Mr/Mrs was in basic health unit, did you receive counseling to practice physical activity?". To verify the stages of change of behavior was used the questionnaire proposed by Dumith et al. published in 2008. **Results:** The prevalence of counseling to practice of physical activity was 35.4%. It was associated with increase of age, medical diagnosis of hipertension, continuous-use medication and the higher number of times that people were in basic health unit in the last year. The prevalences of stages of change of behavior before of counseling was: precontemplation 38.3%, contemplation 6.3%, preparation 24.0%, action 6.3% and maintenance 25.1%. After the receipt of counseling the values changed to: 20.1%, 8.2%, 30.4%, 8.7% e 32.6%, respectively. **Conclusion:** The counseling to practice of physical activity must improve in basic health units. However, the counseling showed a positive influence on stages of change of behavior.

Key words: Counseling; Motor Activity; Theoretical Models; Behavior; Health Centers.

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA



Projeto de Dissertação

**Aconselhamento para a prática de atividade física e estágios de mudança de
comportamento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de
Pelotas/RS**

Vítor Häfele

Pelotas, 2015

Abreviaturas e Siglas

ABS – Atenção Básica à Saúde

AF – Atividade Física

EMC – Estágios de Mudança de Comportamento

EMCAF – Estágios de Mudança de Comportamento para a prática de Atividade Física

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC – Índice de Massa Corporal

IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

1 Introdução	13
1.1 O problema e sua importância	13
1.2 Objetivos	14
1.2.1 Objetivo geral	14
1.2.2 Objetivos específicos	14
1.3 Justificativa	14
1.4 Hipóteses	15
1.5 Definição de termos	16
2 Referencial teórico	17
2.1 Atividade física	17
2.2 Atenção Básica à Saúde	18
2.3 Perfil dos usuários de Unidades Básicas de Saúde	21
2.4 Aconselhamento para a prática de atividade física e alimentação saudável em Unidades Básicas de Saúde	28
2.5 Mudança de comportamento para a prática de atividade física na Atenção Básica à Saúde	35
2.6 Estágios de Mudança de Comportamento	36
3 Metodologia	42
3.1 Delineamento	42
3.2 População alvo	42
3.3 Amostra	42
3.4 Critérios de exclusão	42
3.5 Perdas e recusas	42
3.6 Definição operacional das variáveis dependentes.....	43
3.7 Definição operacional das variáveis independentes	43
3.8 Instrumento para coleta de dados	46
3.9 Seleção e capacitação para o trabalho de campo	47
3.10 Estudo Piloto	47
3.11 Logística do trabalho de campo e cálculo da amostra	47
3.12 Controle de qualidade	48
3.13 Tratamento estatístico	49
3.13.1 Processamento dos dados	49

3.13.2 Análise dos dados	49
4 Aspectos éticos	51
5 Cronograma	52
6 Divulgação dos resultados	53
Referências	54

1 Introdução

1.1 O problema e a sua importância

Os benefícios da prática de AF em diversos parâmetros da saúde estão comprovados na literatura (HASKELL et al., 2007; ADAMI et al., 2010). Sabe-se que, no mundo, a inatividade física é a causa de cerca de 6% da doença cardíaca coronária, 7% de diabetes tipo II, 10% de câncer de mama e 10% de câncer de cólon, além de ser responsável por cerca de 9% da mortalidade prematura por todas as causas (LEE et al., 2012). No entanto, cerca de 30% da população mundial é considerada insuficientemente ativa (HALLAL et al., 2012). Em Pelotas/RS, a proporção de indivíduos insuficientemente ativos subiu de 41,1% em 2002 (HALLAL et al., 2003) para 52% em 2007 (KNUTH et al., 2010). Quando analisados os usuários de Unidades Básicas de Saúde o percentual não difere muito dos citados anteriormente, sendo encontrados valores por volta de 32% para adultos e 58% para idosos (SIQUEIRA et al., 2009).

As UBS são caracterizadas como a porta de entrada para o SUS, sendo responsáveis por oportunizar para a população o acesso às ações primárias de saúde, com o objetivo de realizar a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, o aconselhamento para a prática de AF por parte dos profissionais de saúde nas UBS torna-se fundamental como estratégia de promoção da saúde (SIQUEIRA et al., 2009). Porém, essa prática ainda é pouco realizada e, além disso, focada em indivíduos que já possuem algum tipo de morbidade, visando mais o tratamento do que a prevenção de doenças (SINCLAIR et al., 2008; SIQUEIRA et al., 2009; SANTOS et al., 2012; LOPES et al., 2014).

Além da prática de aconselhamento para a AF, é fundamental analisar como os indivíduos agem após o seu recebimento. Nesse sentido, os EMC apresentam as intenções dos sujeitos acerca da prática de AF. Entretanto, no Brasil, encontrou-se apenas um estudo com esse modelo avaliando unicamente usuários de UBS, sendo uma intervenção que visava orientar e aconselhar a prática de AF e foi realizada em duas unidades de saúde de Florianópolis/SC (GOMES, DUARTE, 2008).

Portanto, o objetivo do presente estudo será verificar a prevalência de aconselhamentos para a prática de AF e sua associação com os EMC dos usuários das UBS da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Verificar a prevalência de aconselhamentos para a prática de AF e sua associação com os EMC dos usuários das UBS da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever as variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde;
- ✓ Descrever o conteúdo dos aconselhamentos;
- ✓ Descrever os motivos para a mudança de comportamento após o aconselhamento;
- ✓ Descrever as barreiras para não mudar o comportamento após o aconselhamento;
- ✓ Descrever qual profissional da UBS aconselhou a prática de AF;
- ✓ Descrever o nível de AF dos usuários no lazer;
- ✓ Analisar a associação das variáveis independentes com os desfechos aconselhamento para a prática de AF e EMC;
- ✓ Acompanhar os indivíduos que receberam aconselhamento nos últimos seis meses e aderiram ou pensaram em aderir para novas avaliações em seis e 12 meses.

1.3 Justificativa

A prática regular de AF possui grande importância para a promoção da saúde pública, visto que ela atua na prevenção e no tratamento de diversas doenças crônicas, como a diabetes tipo II, a hipertensão arterial, a osteoporose e a depressão (HASKELL et al., 2007; TEYCHENNE et al., 2008; ADAMI et al., 2010; CZARKOWSKA-PACZEK et al., 2011).

Tendo em vista os resultados apresentados na literatura científica sobre os benefícios da AF, o Ministério da Saúde através da Política Nacional de Promoção da Saúde aponta que a rede básica de saúde deve promover ações de aconselhamento junto à população visando desenvolver estilos de vida saudáveis, onde a AF é um fator importante nessa recomendação (BRASIL, 2010). Nesse sentido, os profissionais da área da saúde que atuam nas UBS devem desenvolver

ações que afetem de maneira positiva a saúde dos pacientes, dentre eles o aconselhamento para a prática de AF (SIQUEIRA et al., 2009). Contudo, torna-se importante analisar o quanto os profissionais de saúde das UBS estão aconselhando a AF.

Ademais, é de grande relevância verificar se os aconselhamentos realizados contribuem para a mudança de comportamento dos usuários das UBS. Contudo, os EMC classificam os indivíduos de acordo com sua intenção em modificar o seu comportamento (DUMITH et al., 2008). Sendo assim, é necessário comparar os EMC dos usuários que receberam ou não o aconselhamento para a prática de AF e ainda, analisar os EMC de antes e depois do aconselhamento, pois assim será possível verificar diferenças nas intenções em modificar o comportamento e não apenas observar se o paciente conseguiu ou não se tornar ativo após do aconselhamento.

Apesar disso, existe uma escassez de estudos no Brasil envolvendo o aconselhamento para a prática de AF com os EMC. O estudo que mais se assemelha foi realizado em duas unidades de saúde de Florianópolis/RS, sendo uma intervenção com o objetivo de aconselhar a prática de AF para os pacientes (GOMES, DUARTE, 2008).

Assim, tendo em vista a lacuna sobre o tema proposto na literatura e sua relevância no campo da saúde pública, o estudo torna-se importante no sentido de contribuir com o conhecimento do tema abordado, possibilitando o planejamento de intervenções baseadas nos resultados obtidos.

1.4 Hipóteses

- ✓ A prevalência de aconselhamento para a prática de AF no último ano será de 30% (SIQUEIRA et al., 2009).
- ✓ Aconselhamento para a prática de AF estará associado à menor prevalência dos estágios de pré-contemplação e contemplação e à maior proporção dos estágios de preparação, ação e manutenção (GOMES, DUARTE, 2008).
- ✓ A grande parte dos usuários das UBS serão mulheres com idade entre 18 e 49 anos, com baixa escolaridade e renda, portadores de HAS, insuficientemente ativos e com autopercepção de saúde boa (FACCHINI et al., 2006; PIMENTEL et al., 2011; TOMASI et al., 2011).

- ✓ O conteúdo do aconselhamento mais efetuado pelos profissionais da saúde será a caminhada (SILVA, 2008).
- ✓ O motivo mais citado pelos usuários para a mudança de comportamento após o aconselhamento será achar importante para a saúde.
- ✓ A principal barreira relatada pelos usuários para não mudar o comportamento será a falta de tempo (SANTOS et al., 2012).
- ✓ O profissional de saúde que mais aconselhará a prática de AF será o médico (SANTOS et al., 2012; LOPES et al., 2014).
- ✓ Cerca de 45% dos indivíduos serão considerados ativos no lazer (SIQUEIRA et al., 2009).
- ✓ A prática do aconselhamento estará associada aos indivíduos do sexo feminino, ao menor nível econômico, ao diagnóstico médico de doenças crônicas e ao uso de três ou mais medicamentos de maneira contínua (SIQUEIRA et al., 2009).
- ✓ Estarão associadas aos estágios de pré-contemplação e contemplação as mulheres com maior idade, com baixa escolaridade, com IMC menor que 25,0 Kg/m² e inativas no lazer (GOMES et al., 2010).
- ✓ Será verificado com os acompanhamentos nos seis e 12 meses seguintes das entrevistas que aumentarão o número de indivíduos nos EMC mais avançados (GOMES, DUARTE, 2008).

1.5 Definição de termos

Unidades Básicas de Saúde: locais destinados a promoção da saúde, a prevenção de doenças, ao diagnóstico, ao tratamento e a reabilitação dos pacientes. São consideradas como porta de entrada para o SUS com função de oportunizar para a população o acesso às ações primárias de saúde (BRASIL, 2012).

Atividade Física: qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN et al., 1985).

Aconselhamento à prática de atividade física: será definido como recebimento de orientação para a prática de atividade física por parte de algum profissional da saúde dentro da UBS durante o último ano (SIQUEIRA et al., 2009).

Mudança de Comportamento para a prática de atividade física: será definida através dos estágios de mudança de comportamento (DUMITH et al., 2007).

2 Referencial teórico

2.1 Atividade física

Adami et al. (2010) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de verificar o papel da AF na prevenção e no tratamento de diversas doenças crônicas. Foram incluídos nesta revisão 64 estudos, sendo eles observacionais e diretrizes internacionais, além de serem revisadas referências de revisões relevantes e ensaios clínicos. Os resultados evidenciaram que a AF deve ser utilizada como uma forma de prevenção e tratamento de muitas doenças crônicas, seguindo suas orientações internacionais.

O quadro a seguir apresenta os benefícios da prática de AF para a saúde e foi elaborado por Lee et al. (2012) baseado em outros três documentos (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; WARBURTON et al., 2010; WHO, 2010).

Quadro I – Benefícios da atividade física para a saúde de adultos

Fortes evidências de taxas reduzidas de:
Mortalidade por todas as causas
Doença cardíaca coronária
Pressão alta
Ataque súbito
Síndrome metabólica
Diabetes tipo II
Câncer de mama
Câncer de cólon
Depressão
Queda
Fortes evidências de:
Aumento do condicionamento cardiorrespiratório e muscular
Composição e massa corporal saudáveis
Melhoria da saúde óssea
Maior saúde funcional
Função cognitiva melhorada

Este mesmo artigo (Lee et al. 2012) teve como objetivo quantificar o efeito da inatividade física ($AF < 150$ min/sem) sobre as principais doenças não transmissíveis consideradas pela Organização das Nações Unidas (ONU) como ameaça à saúde da população mundial: doença cardíaca coronária, câncer de mama e de cólon e diabetes tipo II. Os resultados demonstraram que a inatividade física é causadora de cerca de 6% do acometimento de doença cardíaca coronária, 7% de diabetes tipo II, 10% de câncer de mama e 10% de câncer de cólon. Foi apontado também que 9% da mortalidade prematura por todas as causas é consequência da inatividade física. Ademais, se a inatividade física fosse eliminada do mundo, haveria um aumento médio da expectativa de vida de 0,68 anos. Baseados nos resultados, os autores concluíram que a inatividade física pode ter um efeito similar ao do tabagismo e obesidade na saúde dos indivíduos.

Apesar de todo o conhecimento sobre os benefícios da AF para a saúde, cerca de 1/3 da população mundial com quinze anos ou mais não alcançavam as recomendações de AF (HALLAL et al., 2012). Na cidade de Pelotas/RS, alvo do presente estudo, o percentual de sujeitos insuficientemente ativos aumentou aproximadamente 10% do ano de 2002 para 2007, passando de 41,1% (HALLAL et al., 2003) para 52% (KNUTH et al., 2010) respectivamente.

Em Pelotas/RS, foi realizada uma pesquisa a fim verificar no SUS o quanto a AF poderia reduzir os gastos com internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório e diabetes e com medicamentos para o tratamento do diabetes e da hipertensão. Verificou-se que se todas as pessoas da cidade fossem suficientemente ativas, haveria uma redução de aproximadamente 2,2 milhões de Reais nos gastos do SUS (BIELEMANN et al., 2010). Dados sobre o nível de AF de usuários de UBS são demonstrados no tópico da revisão de literatura “Perfil dos usuários de Unidades Básicas de Saúde”.

2.2 Atenção Básica à Saúde

A ABS, ganhou esse nome no Brasil através do Ministério da Saúde, porém é conhecida internacionalmente como Atenção Primária à Saúde. Ela é considerada a principal porta de entrada para o SUS. Sua função é oportunizar para a população o acesso às ações primárias de saúde, baseando-se nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação

social. Suas ações são voltadas tanto para o atendimento individual quanto para o coletivo, com o objetivo de realizar a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes (BRASIL, 2012).

A ABS é prestada principalmente pelas UBS, as quais são compostas pelos modelos Tradicional e Programa Saúde da Família, também denominado de Estratégia de Saúde da Família. O modelo tradicional, historicamente, é centrado na assistência à doença, apresentando o foco de suas ações voltado para o tratamento de doenças através de demandas espontâneas da população (BRASIL, 1994). No ano de 1994, com o objetivo de reorganizar a ABS, foi implementada no Brasil a ESF. Esse modelo de atenção prioriza as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito individual e familiar, intervindo nos fatores que colocam a saúde em risco (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

As equipes de saúde da família atuam em áreas geográficas específicas e populações definidas de acordo com a realidade social e com a relação saúde e doença que envolve um território, e essa área deve abranger de 600 à 1.000 famílias. As atividades de promoção da saúde podem ser realizadas nas unidades de saúde, na comunidade e nas casas dos pacientes. A equipe de saúde responsável pela ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (PAIM et al., 2011).

Em 2008, o Ministério da Saúde criou o NASF, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, ampliando a abrangência das ações da atenção básica (BRASIL, 2008). O NASF não se constitui como um serviço de unidades independentes, mas sim como um programa que deve estar ligado à ESF. Ele é constituído por profissionais de diversas áreas do conhecimento, dentre eles o educador físico, que devem atuar de forma conjunta com os profissionais da ESF (BRASIL, 2012).

O município de Pelotas/RS, juntamente com outras 188 cidades do Brasil com mais de 100 mil habitantes aderiu, no ano de 2002, ao Programa de Reorganização, Expansão e Consolidação da Saúde da Família com o objetivo de qualificar e ampliar as UBS, possibilitando a mudança do modelo tradicional para a ESF (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007). Em 2011 a cidade aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e em 2013 atingiu a proporção de 47,3% de cobertura populacional com a ESF (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

Pelotas/RS conta atualmente com 51 UBS, das quais 38 são UBS da zona urbana e de interesse deste estudo (Quadro II). Porém, duas UBS das 38 da zona urbana atendem populações específicas (UBS presídio e UBS puericultura) e, portanto, não farão parte da presente pesquisa (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

Quadro II – Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Pelotas/RS que farão parte do estudo, divididas de acordo com seus distritos sanitários

Distritos Sanitários	Áreas	Unidades Básicas de Saúde
Distrito Sanitário I (DS I Três Vendas)	Início pela Rua Zeferino Costa passando pela Estrada dos Maricas Br 116 (barragem), Rua Hipólito Ribeiro - rua 4 (Armando da Silva), Rua Ataliba de Figueiredo Paz, Rua Egídio Zanatto, Avenida 25 de Julho, Rua Joana Neutzling, João Goulart, Carúccio até Fernando Osório.	UBS Cohab Lindóia UBS Jardim de Allah UBS Py Crespo UBS Santa Terezinha UBS Sítio Floresta UBS União de Bairros UBS Vila Princesa
Distrito Sanitário II (DS II Três Vendas)	Início pelo Engenho Ildefonso Simões Lopes passando pela Estrada dos Maricas, Zeferino Costa, Avenida Salgado Filho, Fernando Osório, Avenida Dom Joaquim até Juscelino Kubitschek.	UBS Cohab Pestano UBS Getúlio Vargas UBS Sanga Funda UBS Tablada I UBS Tablada II UBS Vila Municipal
Distrito Sanitário III (DS Centro/Porto)	Início pela Avenida João Goularte passando pela Praça Vinte de Setembro, Rua Marcílio Dias, Rua Manduca Rodrigues, Rua Santos Dumont, Ceval, Doquinhas, Ocupação Paulo Guilayn, Estrada do Engenho, Avenida Ferreira Viana, Juscelino Kubitschek, Dom	UBS Balsa UBS CSU Cruzeiro UBS Fátima UBS Navegantes UBS SANSCA

	Joaquim, Fernando Osório até Francisco Carúccio.	
Distrito Sanitário IV (DS Fragata)	Início pela Avenida Presidente João Goulart passando pela Praça Vinte de Setembro, Rua Marcílio Dias, Br 392, Br 116, Avenida Cidade de Lisboa (abrangendo barragem), Avenida 25 de Julho, Br 116 e Avenida João Goulart.	UBS Cohab Fragata UBS Cohab Guabiroba UBS Dom Pedro I UBS FRAGET UBS PAM Fragata UBS Simões Lopes UBS Virgílio Costa
Distrito Sanitário V (DS Areal/Laranjal)	Estrada dos Maricas até Avenida Engenho Ildefonso Simões Lopes até Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira. Avenida Ferreira Viana, Avenida São Francisco de Paula, Estrada do Engenho Canal São Gonçalo até Pontal da Barra (beirando lagoa dos Patos até Colônia Z3, Avenida Adolfo Fetter abrangendo Vila da Palha, Estrada da granja e Estrada do cotovelo.	UBS Arco Íris UBS Areal Fundos UBS Areal I UBS Barro Duro UBS Bom Jesus UBS Colônia Z3 UBS CSU Areal UBS Dunas UBS Laranjal UBS Leocádia UBS Obelisco

2.3 Perfil dos usuários de Unidades Básicas de Saúde

Tomasi et al. (2011) realizaram uma pesquisa em 234 UBS (82 com modelo Tradicional e 152 com ESF) de 41 municípios com população acima de 100 mil habitantes, 21 da Região Sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e 20 da Região Nordeste (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte), com o objetivo de comparar o perfil da demanda atendida nas UBS de dois modelos de atenção (Tradicional e ESF). Em um dia de trabalho, foram registrados 26.019 atendimentos por profissionais, sendo que, 67% destes, ocorreram em UBS do ESF. A maior proporção registrada de atendimentos foi em mulheres entre 15 e 49 anos (36%), sendo superior no ESF, seguido por indivíduos com 50 anos ou mais (30%), significativamente maior nas UBS Tradicionais. As crianças menores de cinco anos apresentaram proporção de 15%, sem diferença estatisticamente significativa entre

os modelos. Os idosos foram responsáveis por 13% dos atendimentos, sendo superior nas UBS Tradicionais. As crianças entre cinco e catorze anos (10%) e os homens entre 15 e 49 anos (9%) foram os grupos que apresentaram as menores proporções de atendimento, sendo mais comum nas UBS Tradicionais. Em relação à escolaridade, foi verificado que 16% dos indivíduos atendidos eram analfabetos ou apenas sabiam assinar o nome, e esse resultado foi maior nas UBS do ESF. A categoria de escolaridade com maior proporção de sujeitos inseridos foi de ensino fundamental incompleto (36%), sem diferença entre os modelos de atenção.

Estudo desenvolvido em Porto Alegre/RS descreveu o perfil de utilização dos serviços de saúde de 2.988 indivíduos residentes em áreas de abrangência da ESF. As pessoas do sexo feminino, com 60 anos ou mais, com cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, sem cobertura por plano de saúde e com autopercepção de saúde ruim, tiveram maior probabilidade de utilizar a unidade de saúde da família. Em outros serviços de saúde, sexo, idade e autopercepção de saúde foram semelhantes a ESF, porém, observou-se maior utilização por pessoas com maior nível socioeconômico e com cobertura por plano de saúde (FERNANDES et al., 2009).

Pesquisa conduzida com 4.003 idosos residentes nas áreas de abrangência de 240 UBS de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil, mostrou que consultar em UBS esteve associado com menor renda familiar e melhor percepção de saúde no Sul e com menor escolaridade, pior autopercepção de saúde, não ter limitação para três ou mais atividades da vida diária (tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, caminhar, passar da cama para uma cadeira, lavar o rosto, empurrar um objeto grande, carregar 5kg, agachar-se, levantar os braços acima da cabeça e lidar com objetos pequenos) e ao modelo ESF no Nordeste (RODRIGUES et al., 2008)

Em Fortaleza/CE, verificou-se que as mulheres e as pessoas acima de 40 anos representaram, respectivamente, 72,2% e 54,5% dos atendimentos de uma Unidade de Saúde da Família (PIMENTEL et al., 2011).

Em relação ao perfil do usuário voltado para os problemas de saúde, Pimentel et al. (2011) observaram que o motivo mais comum de atendimento na Unidade de Saúde da Família investigada foi a HAS (15,2%). Encontraram também, que os sintomas mais frequentes nos indivíduos foram lombalgia (13,8%) e cefaleia (6,9%) e que a doença mais prevalente foi a HAS (37%).

Estudo de Facchini et al. (2006) com 4.060 adultos e 4.006 idosos residentes nas áreas de abrangência de 240 UBS de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil, apresentou prevalências de diagnóstico de HAS de 28% nos adultos e 63% nos idosos. Também foi demonstrado que 7% dos adultos e 20% dos idosos possuíam diagnóstico de diabetes mellitus. Ainda, 26% dos adultos e 29% dos idosos relataram sofrer de problemas de nervos. Em relação a percepção de saúde, cerca de 50% dos adultos e 36% dos idosos a referiram como excelente, muito boa ou boa.

Pesquisa realizada com 8.603 adultos da zona urbana de 23 estados brasileiros, analisou a associação entre o uso de serviços de saúde e a obesidade. Foi verificado que o atendimento médico em UBS foi 14% maior entre obesos e 18% maior entre os indivíduos com circunferência abdominal de risco muito aumentado após ajuste para as variáveis sociodemográficas e inatividade física. Entretanto, essa associação perdeu significância quando ajustada para hipertensão e diabetes autorreferidos (TOMASI et al., 2014).

Um estudo realizado exclusivamente com idosos portadores de condições crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença mental), mostrou que 45,2% dos 2.889 participantes da pesquisa tiveram consulta médica em UBS nos últimos seis meses. Além disso, foi demonstrada a prevalência de participação desses sujeitos em grupos de atividades educativas em UBS, sendo esse percentual de 16% na região Sul e 22% na região Nordeste do Brasil. Também foi observado que o maior uso de UBS foi de idosos com menos de 80 anos, com baixa escolaridade e pertencentes a área de abrangência da ESF (RODRIGUES et al., 2009).

Pires et al. (2013) verificaram, em 10 UBS de Belo Horizonte/MG, que a utilização desse serviço ocorreu devido a sua proximidade das casas das pessoas. Encontraram também que os procedimentos mais utilizados pelos usuários foram as consultas médicas e os atendimentos de enfermagem.

Estudo realizado por Tomasi et al. (2011) e já citado anteriormente, verificou que o atendimento básico de enfermagem (32,5%) foi o procedimento mais realizado nas UBS, com superioridade no modelo tradicional, seguido pelas visitas domiciliares (22,4%), que foram quatro vezes maior no ESF, e por consultas médicas (22%), sendo duas vezes maior nas UBS tradicionais.

Com a intenção de verificar o nível de AF de usuários de UBS, Siqueira et al. (2008) coletaram dados através do IPAQ curto de 4.060 adultos e 4.003 idosos pertencentes a área de abrangência de 240 UBS das regiões Sul e Nordeste do Brasil. A prevalência de inatividade física foi de 31,8% nos adultos e 58% nos idosos, sendo maior nos homens e na região Nordeste. Em ambos os grupos, a baixa renda familiar foi fator de risco para a inatividade física, já a baixa escolaridade, apresentou efeito apenas entre os idosos. Quanto a autopercepção de saúde, os indivíduos que à percebiam melhor eram mais ativos. O modelo de atenção que apresentou o maior percentual de indivíduos insuficientemente ativos foi a ESF pré-Programa de Reorganização, Expansão e Consolidação da Saúde da Família.

Ramalho et al. (2014) realizaram uma pesquisa com 415 indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos que procuraram atendimento em uma UBS que fica situada na área de abrangência do Programa Academia da Cidade do município de Belo Horizonte/MG. A prática de AF foi verificada através do IPAQ curto e a prevalência de sedentarismo foi de 33,7%, estando associada positivamente ao aumento da idade e negativamente ao conhecimento sobre a existência da Academia da Cidade. A mediana do gasto energético dos indivíduos foi de 831 MET-min/semana. O quadro III apresenta o perfil dos usuários das UBS de acordo com os estudos incluídos na revisão de literatura.

Quadro III – Perfil dos usuários de Unidades Básicas de Saúde

Autores, local, ano e referência	Delineamento	N e amostra	Principais resultados
Facchini. et al. Região Sul e Nordeste do Brasil. 2006.	Transversal	4.060 adultos e 4.006 idosos residentes nas áreas de abrangência de 240 UBS de sete estados do Sul e Nordeste do Brasil.	28% dos adultos e 63% dos idosos possuíam diagnóstico de HAS. 7% dos adultos e 20% dos idosos possuíam diagnóstico de diabetes mellitus. 26% dos adultos e 29% dos idosos relataram sofrer de problemas de nervos. Cerca de 50% dos adultos e 36% dos idosos

			avaliaram sua situação de saúde como excelente, muito boa ou boa.
Rodrigues. et al. Região Sul e Nordeste do Brasil. 2008.	Transversal	4.003 Idosos residentes nas áreas de abrangência de 240 UBS de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil.	Consulta em UBS esteve associada com menor renda familiar e melhor percepção de saúde no Sul e com menor escolaridade, pior autopercepção de saúde, não ter limitação para três ou mais atividades da vida diária e ao modelo ESF no Nordeste.
Siqueira. et al. Região Sul e Nordeste do Brasil. 2008.	Transversal	4.060 adultos e 4.003 idosos, residentes em áreas de abrangência 240 UBS de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil.	Prevalência de sedentarismo foi de 31,8% para adultos e 58% para idosos.
Fernandes. et al. Porto Alegre, RS. 2009.	Transversal	2.988 indivíduos residentes em áreas de abrangência da ESF na zona urbana.	Tiveram maior probabilidade de utilizar a unidade de saúde da família as pessoas do sexo feminino, com 60 anos ou mais, com cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, sem cobertura por plano de saúde e com autopercepção de saúde ruim. Em outros serviços de saúde, sexo, idade e

			autopercepção de saúde foram semelhantes a ESF, porém, observou-se maior utilização por pessoas com maior nível socioeconômico e com cobertura por plano de saúde.
Rodrigues. et al. Região Sul e Nordeste do Brasil. 2009.	Transversal	2.889 Idosos portadores de condições crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença mental) das áreas de abrangência de 240 UBS de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil.	Prevalência de consulta médica em UBS nos últimos 6 meses: 45,2%. Prevalência de participação em grupos de atividades educativas em UBS: 16% no Sul e 22% no Nordeste. Maior uso do serviço em idosos com menos de 80 anos, com baixa escolaridade e na ESF.
Pimentel. et al. Fortaleza, CE. 2011.	Transversal	244 indivíduos residentes na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família.	Mulheres e pessoas acima de 40 anos representaram, respectivamente, 72,2% e 54,5% dos atendimentos. O motivo mais comum de atendimento foi a HAS (15,2%). Os sintomas mais frequentes foram lombalgia (13,8%) e cefaleia (6,9%). A doença mais prevalente foi a HAS (37%).
Tomasi. et al. Regiões Sul e Nordeste do Brasil. 2011.	Transversal	240 UBS de sete estados do Sul e Nordeste do Brasil.	Foram registrados 26.019 atendimentos em um dia de trabalho. Maior proporção de

			atendimentos foi em mulheres entre 15 e 49 anos, sendo superior na ESF, seguido por indivíduos acima de 50 anos, significativamente maior nas UBS tradicionais. Atendimentos básicos de enfermagem foram os mais registrados (maior nas UBS Tradicionais). As consultas médicas foram duas vezes maior nas UBS Tradicionais. Já as visitas domiciliares foram quatro vezes maior na ESF.
Pires. et al. Belo Horizonte, MG. 2013.	Transversal	997 indivíduos que saíram da consulta em 10 UBS e 7 UPA.	A maior demanda foi por consultas médicas e atendimentos de enfermagem, resultantes de problemas leves. A utilização das UBS se dá devido ao fato de serem próximas as casas das pessoas.
Ramalho. et al. Belo Horizonte, MG. 2014.	Transversal	415 indivíduos com idade igual ou maior a 20 anos que procuraram atendimento em uma UBS que fica situada na área de abrangência do Programa Academia da	A prevalência de inatividade física foi de 33,7%. A mediana do gasto energético foi de 831 MET-min/semana. A inatividade física foi associada positivamente ao aumento da idade e negativamente ao conhecimento sobre a

		Cidade.	existência da Academia da Cidade.
Tomasi. et al. 23 estados brasileiros. 2014.	Transversal	8.603 adultos da zona urbana de 23 estados brasileiros.	Após ajuste para as variáveis sociodemográficas e inatividade física, o atendimento médico na UBS foi 14% maior entre obesos e 18% maior entre os indivíduos com circunferência abdominal de risco muito aumentado, porém, perdeu significância quando ajustado para hipertensão e diabetes autorreferidos.

2.4 Aconselhamento para a prática de atividade física e alimentação saudável em Unidades Básicas de Saúde

Siqueira et al. (2009) em um estudo em UBS com 4.060 adultos e 4.003 idosos de 41 municípios de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil, mostraram que a prevalência de aconselhamento para a prática de AF realizada por médicos alguma vez na vida foi de 28,9% entre os adultos e 38,9% entre os idosos, sendo sempre superior entre os idosos da região Nordeste, e nos adultos e idosos atendidos pela ESF. O desfecho do estudo esteve associado ao sexo feminino, ao menor nível socioeconômico, não ser fumante atual, ao diagnóstico médico de doenças crônicas e ao uso de três ou mais medicamentos de maneira contínua.

Pesquisa conduzida em Belo Horizonte/MG, com sujeitos moradores da área de abrangência de uma UBS, verificou que 59,3% receberam aconselhamento alguma vez na UBS, sendo 47,9% destes sobre alimentação saudável associada a AF, 31,8% apenas sobre AF e 20,3% apenas sobre alimentação saudável. A prática de aconselhamento foi estatisticamente superior entre os indivíduos que referiram três ou mais doenças. Analisou-se também quais profissionais da saúde estavam realizando o aconselhamento, e verificou-se que os médicos (93,6%) foram disparadamente os que mais efetuaram esse procedimento. Os outros profissionais

apresentaram as seguintes proporções: enfermeiros (7,1%), nutricionistas NASF (2,7%), auxiliares de enfermagem (1,0%), agentes comunitários de saúde (1,0%) e estagiários de nutrição (0,3%) (SANTOS et al., 2012).

Lopes et al. (2014) objetivaram verificar os fatores associados ao recebimento de aconselhamento sobre alimentação e AF em usuários de UBS. Do total de 1.616 entrevistados em quatro UBS, 51,1% relataram ter recebido o aconselhamento, estando associado a hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes, excesso de peso, usar medicamentos e participar do Programa Academia da Saúde. A pesquisa também demonstrou que a maioria dos aconselhamentos foram realizados por médicos (69,0%). Os outros profissionais representaram uma pequena parte do aconselhamento, sendo distribuídas as porcentagens da seguinte maneira: enfermeiros (6,1%), nutricionistas NASF (3,0%), estagiários de nutrição (2,6%), técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentistas com (0,5%).

No Canadá, foi realizado um estudo com 1.562 indivíduos com 18 anos ou mais que consultavam com um médico de família regularmente na atenção primária, objetivando verificar se as características dos pacientes, a familiaridade com o local de atendimento e as perspectivas da qualidade sobre o seu atendimento influenciavam sobre o recebimento de aconselhamento por médicos sobre dieta e exercício físico. Em relação ao aconselhamento direcionado para o exercício físico, cerca de 42% dos pacientes referiram recebê-lo frequentemente ou sempre. A associação ao desfecho se deu em pessoas do sexo masculino, com idade superior a 35 anos, com boa percepção de saúde, com doenças crônicas e os com maior pontuação nas escalas de comunicação e de capacitação (SINCLAIR et al., 2008).

Diferentemente das pesquisas citadas anteriormente, as quais entrevistavam os pacientes, Florindo et al. (2013) realizaram um estudo nacional nas UBS de todas as regiões do Brasil, com o objetivo de verificar a prática de aconselhamento à AF entrevistando médicos (n=182) e enfermeiros (n=347). Como resultado, 68,9% desses profissionais relataram utilizar de maneira regular o aconselhamento para a prática de AF em suas consultas de rotina nas UBS há pelo menos seis meses. Esses aconselhamentos foram realizados por 81,2% dos médicos e 62,4% dos enfermeiros entrevistados.

Mendonça et al. (2015) realizaram uma pesquisa em Belo Horizonte/MG, com o objetivo de analisar o efeito de ações educativas de promoção da saúde realizadas

com profissionais da ABS sobre sua prática de aconselhamento voltado para alimentação saudável e AF. Para isso, realizaram uma intervenção durante quatro meses consecutivos com 66 profissionais de saúde de uma UBS que compunham as ESF e o NASF. Cada encontro da intervenção foi composto por três etapas: apresentação do tema, atividade prática e discussão para incentivar a reflexão do profissional sobre sua prática de aconselhamento. Após a intervenção, verificou-se que houve redução da prática de aconselhamento sobre alimentação saudável e AF exclusivamente para usuários doentes e aumentou o aconselhamento de maneira geral.

Esse mesmo estudo de Mendonça et al. (2015), também objetivou verificar as barreiras para a prática do aconselhamento, e encontrou que a dificuldade de adesão do usuário (pré-intervenção 36,4%, pós-intervenção 45,8%) e a falta de tempo no atendimento (pré-intervenção 13,6%, pós-intervenção 22,9%) foram as barreiras mais prevalentes relatadas pelos profissionais.

Outro estudo já citado anteriormente, com médicos e enfermeiros de UBS, mostrou que 41,3% desses profissionais acreditam que a falta de conhecimento é uma barreira para o aconselhamento à prática de AF, 64,2% descrevem a falta de tempo como barreira e 77,8% consideram a falta de lugares para a prática de AF como uma barreira para o aconselhamento (FLORINDO et al., 2013).

Estudo nacional realizado no Canadá com médicos de cuidados primários, demonstrou que dos 13.166 entrevistados elegíveis, 69,8% relataram realizar aconselhamento verbal para programas de AF e 15,8% referiram fornecer prescrições escritas para programas de AF (PETRELLA et al., 2007). O quadro IV apresenta dados referentes ao aconselhamento para AF e alimentação saudável em UBS.

Quadro IV – Aconselhamento para a prática de atividade física e alimentação saudável em Unidades Básicas de Saúde

Autores, local, ano e referência	Delineamento	N e amostra	Principais resultados	Variáveis sobre aconselhamento para AF
Petrella. et al. Canadá. 2007.	Transversal	13.166 médicos de cuidados primários.	69,8% dos médicos relataram realizar aconselhamento	Perguntas para o paciente sobre nível de AF; avaliar a aptidão

			verbal para programas de AF e 15,8% relataram fornecer prescrições para programas de AF.	física do paciente; enviar o paciente para ser avaliado por outro profissional para ver sua aptidão física; aconselhamento verbal para AF; orientação escrita para AF.
Sinclair. et al. Nova Scotia, Canadá. 2008.	Transversal	1.562 indivíduos com 18 anos ou mais que consultavam com um médico de família regularmente .	42% dos entrevistados receberam aconselhamento sobre AF. Pessoas do sexo masculino, com idade superior a 35 anos e com boa percepção de saúde eram mais suscetíveis a receber aconselhamento.	Foi verificado se o paciente recebeu aconselhamento para realizar AF.
Siqueira. et al. Região Sul e Nordeste do Brasil. 2009.	Transversal	4.060 adultos e 4.003 idosos residentes nas áreas de abrangência de 240 UBS de sete estados do Sul e Nordeste do Brasil.	A prevalência de aconselhamento por médicos em alguma vez na vida na UBS para a prática de AF foi de 28,9% nos adultos e 38,9% nos idosos. A prevalência do desfecho foi maior na ESF. Sexo	Foi verificado se o paciente recebeu aconselhamento para realizar AF.

			feminino, menor nível socioeconômico, não ser fumante atual, diagnóstico médico de doenças crônicas e uso de três ou mais medicamentos de maneira contínua também estiveram associados ao desfecho.	
Santos. et al. Belo Horizonte, MG. 2012.	Transversal	499 usuários com idade igual ou superior a 18 anos pertencentes à área de abrangência de uma UBS.	59,3% receberam aconselhamento alguma vez na UBS. 47,9% receberam aconselhamento sobre alimentação saudável associada a AF. 31,8% receberam apenas sobre AF e 20,3% apenas sobre alimentação saudável. Médicos foram responsáveis por 93,6% destes. Aconselhamento mais frequente em pacientes com mais morbidades. 10% não aderiram a nenhuma	Profissional que realizou o aconselhamento; adesão as orientações; barreiras em caso de não adesão.

			orientação sobre a AF. Principais barreiras para aderir aos modos saudáveis de vida: falta de tempo e mudar hábitos.	
Florindo. et al. Brasil. 2013.	Transversal	182 médicos e 347 enfermeiros de 1.600 UBS de todas as regiões do país.	Prevalência de orientação sobre AF por no mínimo 6 meses foi de 68,9%, sendo 81,2% realizada por médicos e 62,4% por enfermeiros. 93,2% dos profissionais não estavam familiarizados com as recomendações de AF para a saúde. As orientações foram mais frequentes entre os profissionais que não percebiam a falta de tempo como barreira para o aconselhamento, que se sentiam preparados para fornecer o aconselhamento e os que trabalhavam em	Foi verificado se os profissionais aconselhavam ou tinham a intenção de começar a aconselhar a AF para seus pacientes.

			UBS com programas de AF para os pacientes.	
Lopes. et al. Belo Horizonte, MG. 2014.	Transversal	1.616 usuários de 4 UBS.	51,1% relataram ter recebido aconselhamento sobre alimentação e AF. Os médicos foram os que mais aconselharam (69%). As variáveis associadas ao aconselhamento foram: ter hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes, excesso de peso, usar medicamentos e participar do Programa Academia da Saúde.	Foi verificado se o paciente recebeu aconselhamento para realizar AF e qual profissional aconselhou.
Mendonça. et al. Belo Horizonte, MG. 2015.	Intervenção	66 profissionais de uma UBS.	Após a intervenção, verificou-se aumento da prática de aconselhamento sobre alimentação saudável e prática de AF e observou-se redução exclusivamente	Foram realizadas ações educativas de promoção da saúde com profissionais da UBS sobre sua prática de aconselhamento voltado para alimentação saudável e AF.

			para usuários doentes. A principal barreira relatada pelos profissionais para o aconselhamento foi a não adesão dos usuários.	
--	--	--	---	--

2.5 Mudança de comportamento para a prática de atividade física na Atenção Básica à Saúde

Silva et al. (2013) realizaram uma revisão sistemática de literatura cujo o objetivo foi determinar o efeito do aconselhamento para a prática de AF na mudança de comportamento de indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos da ABS. Foram incluídos para a análise final 13 estudos de intervenção, sendo dois compostos por indivíduos saudáveis, dois por sujeitos com sobrepeso e obesidade, sete por pessoas com problemas crônicos e outros dois sem levar em consideração a condição de saúde dos indivíduos. Verificou-se que apenas os estudos efetuados com indivíduos saudáveis não apresentaram diferença nos níveis de AF pré e pós-intervenção. As pesquisas realizadas com as outras populações alvo demonstraram os efeitos benéficos do aconselhamento através do aumento dos níveis de AF. Os autores acabam destacando que o baixo número de pesquisas com indivíduos saudáveis acaba tornando os resultados para essa população inconclusivos.

No Brasil, alguns estudos transversais vêm tentando demonstrar a adesão de usuários de UBS em relação ao recebimento de aconselhamento para a prática de AF por profissionais de saúde.

Em Belo Horizonte/MG, foram entrevistados 499 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos pertencentes à área de abrangência de uma UBS, a qual possuía quatro equipes de saúde da família. A análise dos dados apresentou que entre os 104 indivíduos que receberam aconselhamento sobre AF associada à alimentação saudável, 63% afirmaram aderir a todas as orientações. Quando a AF foi analisada isoladamente, mostrou que dos 69 pacientes aconselhados, 26% aderiram a todas as orientações, 35,4% aderiram a todas orientações por tempo

determinado, 32,4% aderiram apenas a algumas orientações e 10% não aderiram a nenhuma orientação. O estudo ainda descreveu as principais barreiras para a adesão dos 218 usuários que relataram dificuldades em aderir ao aconselhamento. As categorias mais prevalentes foram falta de tempo (27,5%), mudar hábitos (23%) e outros (preguiça, ansiedade, cansaço, falta de vontade) (35,7%) (SANTOS et al., 2012).

Toledo et al. (2013) em estudo conduzido em Belo Horizonte/MG com 417 indivíduos maiores de 19 anos que aguardavam atendimento na sala de espera de uma UBS, verificaram que dos 40,8% dos pacientes que receberam aconselhamento alguma vez na vida na UBS sobre alimentação saudável e prática de AF, 50,9% referiram adesão total ou parcial às orientações. Destes, 90,7% relataram perceber algum benefício para a saúde, nos quais maior disposição (66,7%), redução do peso (47,4%) e melhoria da saúde (25,6%) foram os mais citados. A adesão esteve associada a percepção de se ter uma alimentação saudável e participar das atividades do programa Academia da Cidade. Entre os 48,3% que não aderiram ao aconselhamento, encontrou-se como principais barreiras as seguintes categorias: dificuldade para mudar os hábitos (36,2%), falta de tempo (25,4%) e dificuldades financeiras (8,5%).

2.6 Estágios de Mudança de Comportamento

O modelo dos EMC começou a ser utilizado no início da década de 1980, com o objetivo de analisar como indivíduos fumantes conseguiam mudar seu comportamento para cessar o tabagismo através de programas de tratamento ou por si mesmos (PROCHASKA, DICLEMENTE, 1983). Após isso, os EMC começaram a ser utilizados em vários comportamentos relacionados à saúde, dentre eles a prática de AF (PROCHASKA et al., 1994).

Os EMC indicam que as pessoas acabam passando por várias etapas em sua busca por adotar algum tipo de comportamento. Durante essas etapas, os indivíduos podem se manter no mesmo estágio, passar para um estágio superior, ou ainda regredirem (NORCROSS et al., 2011).

Os EMC são classificados e definidos nas cinco categorias a seguir (NORCROSS et al., 2011):

- ✓ Pré-contemplação: estágio em que o sujeito não possui intenção em mudar o seu comportamento em um futuro previsível. Ele não tem consciência em relação ao seu problema e resiste sobre a mudança.
- ✓ Contemplação: estágio onde o indivíduo percebe que o problema existe e pensa em começar a agir, porém ainda não faz esforço para a ação.
- ✓ Preparação: estágio no qual a pessoa tem a intenção em agir no próximo mês e já começou com pequenas mudanças.
- ✓ Ação: estágio inicial em que o sujeito modificou seu comportamento dentro do período de um dia à seis meses. Esse estágio requer comprometimento de tempo e energia.
- ✓ Manutenção: estágio no qual o indivíduo adquiriu e manteve o comportamento por mais de seis meses. O indivíduo se esforça para prevenir uma recaída e consolidar os ganhos do estágio de ação.

Para a operacionalização dos EMC é importante que seja definido quais são os critérios para considerar AF regular, devendo ser informado qual a duração, a frequência e a intensidade da AF, tendo em vista que esses fatores podem alterar as categorias dos indivíduos em relação ao EMC (DUMITH et al., 2008). Para a presente pesquisa será considerada como AF regular a prática de AF em, no mínimo, três dias da semana e 20 minutos por dia, durante o tempo livre e que façam a respiração ficar mais forte do que o normal (DUMITH et al., 2007).

Em relação a prevalência dos EMCAF na população em geral, foi realizado um estudo transversal de base populacional na zona urbana da cidade de Pelotas/RS, no qual foram entrevistados 3.136 adultos com 20 anos ou mais. Os resultados mostraram que 38,3% dos indivíduos estavam no estágio de pré-contemplação, 13% no estágio de contemplação, 19,5% no estágio de preparação, 5,2% no estágio de ação e 24% no estágio de manutenção. Ainda, a probabilidade de estar no estágio de pré-contemplação foi maior para os idosos, casados, fumantes e indivíduos de menor nível socioeconômico (DUMITH et al., 2007).

Dumith et al. (2008) realizaram uma revisão de literatura na qual pode ser observado os fatores que estão associados aos EMCAF. De acordo com os estudos incluídos na revisão, eles apontam que possuem maior probabilidade de estarem nos estágios de ação e manutenção os homens, jovens, brancos, solteiros, com

maior escolaridade, não-fumantes, sem sobrepeso ou obesidade, com maior nível de AF e aptidão física.

No Brasil há uma carência de estudos analisando os EMCAF em usuários de UBS. Gomes et al. (2010) realizaram um estudo transversal com 467 mulheres de baixa renda com idades entre 20 e 65 anos residentes nas áreas de abrangência da ESF de um município de médio porte da Bahia. O objetivo da pesquisa foi verificar a prevalência dos EMCAF e verificar a associação dos estágios de pré-contemplação e contemplação (inativos) e estágio de preparação (irregularmente ativos) com as variáveis sociodemográficas e de saúde. Foram encontradas as seguintes prevalências dos EMCAF: 37,3% pré-contemplação, 24% contemplação, 19,7% preparação, 8,1% ação e 10,9% manutenção. Estiveram associados ao desfecho comportamento inativo (estágios de pré-contemplação e contemplação) as mulheres com maior idade, com baixa escolaridade, com o IMC menor que 25,0 Kg/m² e inativas no lazer.

Já em Florianópolis/SC, foi realizada uma intervenção cujo objetivo foi desenvolver, implementar e avaliar o aconselhamento para a prática de AF em adultos atendidos pela ESF. Participaram do estudo 51 adultos no grupo experimental e 52 no grupo controle de duas UBS. A pesquisa foi desenvolvida em três partes: a primeira foi constituída por uma descrição exploratória dos indivíduos; a segunda foi a intervenção, na qual os sujeitos receberam recomendação e orientação sobre AF em seis encontros domiciliares e quatro na UBS, durante um período de 120 dias; e a terceira fase se deu através da avaliação. Nos resultados, verificou-se que o grupo experimental obteve uma melhora estatisticamente significativa dos EMCAF, sendo que pré-intervenção haviam no estágio de contemplação 6,8% dos sujeitos, na preparação 27,3%, na ação 20,4% e na manutenção 45,5% e após a intervenção esses valores modificaram, respectivamente, para 2,3%, 11,4%, 15,8% e 70,5%. Além dos EMCAF, também houve melhora da percepção de saúde positiva e aumentou o índice de AF habitual (informações sobre o deslocamento para o trabalho e/ou escola, atividades esportivas, programas de exercícios físicos, lazer ativo e atividades de ocupação do tempo livre) (GOMES, DUARTE, 2008).

Na Suécia, foi efetuado um estudo clínico não controlado com usuários de 13 unidades de cuidados de saúde primários. O objetivo foi orientar sobre a prática de AF os pacientes que possuíam diagnóstico de AF insuficiente ou precisavam

aumentar sua AF para prevenir alguma doença no futuro e verificar após seis meses a mudança no comportamento. Todas as orientações eram escritas. Nos EMCAF, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre pré e pós-intervenção, havendo diminuição de indivíduos nos estágios de contemplação, preparação e recaída e aumentando o número de sujeitos nos estágios de ação e manutenção. Apenas o estágio de pré-contemplação não apresentou diferença estatisticamente significativa. Além disso, a intervenção aumentou o nível de AF e todas as dimensões da qualidade de vida dos pacientes (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) (KALLINGS et al., 2008). O quadro V mostra, de acordo com os estudos utilizados para a revisão de literatura, a mudança de comportamento para a prática de AF após o recebimento de aconselhamento na ABS.

Quadro V – Mudança de comportamento para a prática de atividade física na Atenção Básica à Saúde

Autores, local, ano e referência	Delineamento	N e amostra	Principais resultados
Gomes; Duarte. Florianópolis, SC. 2008.	Intervenção	51 adultos no grupo experimental e 52 no grupo controle de duas UBS.	Após a intervenção o grupo experimental apresentou melhora da percepção de saúde, do estágio de mudança de comportamento para AF e do índice de AF habitual (informações sobre o deslocamento para o trabalho e/ou escola, atividades esportivas, programas de exercícios físicos, lazer ativo e atividades de ocupação do tempo livre).
Kallings. et al. Suécia, 2008.	Estudo clínico não controlado	481 pacientes que receberam prescrição AF em 13 unidades de	A taxa de acompanhamento em seis meses foi de 62%. Houve aumento significativo do

		cuidados de saúde primários.	nível de AF autoreferido, dos estágios de ação e manutenção da AF e da qualidade de vida.
Gomes. et al. Guanambi, BA. 2010.	Transversal	467 mulheres de baixa renda com idade entre 20 e 65 anos residentes nas áreas de abrangência da ESF.	As prevalências dos EMCAF foram: 37,3% no estágio de pré-contemplação, 24,0% no de contemplação, 19,7% no de preparação, 8,1% no de ação e 10,9% no de manutenção. Estiveram associados ao comportamento inativo (pré-contemplação e contemplação) as mulheres com idades elevadas, com baixa escolaridade, eutróficas e inativas no lazer.
Santos. et al. Belo Horizonte, MG. 2012.	Transversal	499 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos pertencentes à área de abrangência de uma UBS.	59,3% receberam aconselhamento alguma vez na UBS. 47,9% receberam aconselhamento sobre alimentação saudável associada a AF. 31,8% receberam apenas sobre AF e 20,3% apenas sobre alimentação saudável. Médicos foram responsáveis por 93,6% destes. Aconselhamento mais frequente em pacientes com mais morbidades. 10% não

			aderiram a nenhuma orientação sobre a AF. Principais barreiras para aderir aos modos saudáveis de vida: falta de tempo e mudar hábitos.
Silva. et al. 2013. Tese de Doutorado.	Revisão Sistemática de Literatura	13 estudos que avaliaram intervenções com aconselhamento para a prática de AF em adultos na ABS.	Os estudos que avaliaram indivíduos com sobrepeso e obesidade e os estudos com pessoas com doenças crônicas indicaram uma melhoria nos níveis de AF. Já as pesquisas com pessoas saudáveis não apresentaram diferença quando comparado antes e após a intervenção.
Toledo. et al. Belo Horizonte, MG. 2013.	Transversal	417 indivíduos maiores de 19 anos que aguardavam atendimento em uma UBS.	40,8% receberam aconselhamento sobre alimentação saudável e prática de AF. Destes, 50,9% apresentaram adesão. Adesão esteve associada a percepção de se ter uma alimentação saudável e participar em serviço público de promoção da saúde. Principais barreiras para adesão foram: dificuldade para mudar de hábitos e falta de tempo.

3 Metodologia

3.1 Delineamento

O presente estudo se caracteriza como sendo transversal de base populacional e foi delineado para verificar a prevalência de aconselhamentos para a prática de AF e sua associação com os estágios mudança de comportamento dos usuários das UBS da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

3.2 População alvo

A população alvo do estudo será composta por indivíduos adultos e idosos, com 18 anos ou mais, usuários de UBS da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

3.3 Amostra

A amostra do estudo será formada por indivíduos adultos e idosos, com 18 anos ou mais, usuários de UBS da zona urbana da cidade de Pelotas/RS, que estarão aguardando atendimento na sala de espera e que estiveram na UBS no último ano, independentemente do motivo.

3.4 Critérios de exclusão

Serão excluídos do estudo:

- ✓ Indivíduos que relataram estar pela primeira vez na UBS;
- ✓ Sujeitos que estiveram na UBS pela última vez quando tinham idade inferior a 18 anos;
- ✓ Indivíduos que no último ano não utilizaram a UBS;
- ✓ Acompanhantes de pacientes que não são usuários da UBS;
- ✓ Pessoas impossibilitadas de se manifestarem livremente;
- ✓ UBS da zona urbana especiais (UBS presídio e UBS puericultura).

3.5 Perdas e recusas

O presente estudo não apresentará perdas, pois a coleta de dados em cada UBS terminará quando for atingida a cota de entrevistados estabelecida. Serão considerados como recusas os indivíduos que se negarem a responder o questionário. Já os indivíduos que começarem o questionário e não conseguirem acabar de responder por algum motivo, serão excluídos da pesquisa. Esses sujeitos não influenciarão no número final de entrevistas.

3.6 Definição operacional das variáveis dependentes

Aconselhamento à prática de AF: será definido como recebimento de orientação para a prática de AF por parte de algum profissional da saúde dentro da UBS durante o último ano (SIQUEIRA et al., 2009).

Mudança de comportamento para a prática de AF: será definida através dos EMC (DUMITH et al., 2007).

3.7 Definição operacional das variáveis independentes

Quadro VI – Variáveis independentes utilizadas para o presente estudo

Variável	Tipo de variável	Operacionalização
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino Feminino
Idade	Numérica discreta	Anos completos
Cor da pele	Categórica dicotômica	Branca Não branca
Situação conjugal	Categórica dicotômica	Com companheiro(a) Sem companheiro(a)
Escolaridade	Numérica discreta	Anos completos de estudo
Renda	Categórica ordinal	Em salários mínimos
Estatura	Numérica discreta	Altura em centímetros
Peso	Numérica discreta	Peso em Kg
Índice de Massa Corporal (IMC)	Categórica ordinal	Normal: 18,5-24,9 kg/m ² Sobrepeso: 25-29,9 kg/m ² Obesidade: ≥30 kg/m ²
Autopercepção de saúde	Categórica ordinal	Excelente Muito Boa Boa Regular Ruim
Hipertensão (autorreferida)	Categórica dicotômica	Sim Não
Diabetes (autorreferida)	Categórica dicotômica	Sim Não

Outra doença	Categórica dicotômica	Sim Não
Número de medicamentos utilizados de maneira regular	Numérica discreta	Quantidade de medicamentos utilizados de maneira regular
Tabagismo	Categórica nominal	Fumante Ex-fumante Nunca fumou
Atividade Física nos domínios do lazer e deslocamento (IPAQ)	Numérica discreta	Minutos por semana
Número de vezes em que esteve na UBS no último ano	Numérica discreta	Uma Duas Três Quatro Cinco ou mais
Motivo pelo qual foi na UBS no último ano	Categórica nominal	Consultar Vacinação Retirar remédios Exames de rotina Outro/qual
Aconselhamento para a prática de AF durante o último ano nas vezes em que esteve na UBS	Categórica dicotômica	Sim Não
Número de vezes em que recebeu aconselhamento para realizar AF no último ano na UBS	Numérica discreta	Uma Duas Três Quatro Cinco ou mais
Há quanto tempo foi o último aconselhamento	Numérica discreta	Meses
Local do aconselhamento	Categórica nominal	Consulta Sala de espera Grupo em que participa na UBS Outro
Profissional que realizou o aconselhamento	Categórica nominal	Médico Enfermeiro Professor de Educação Física Nutricionista Fisioterapeuta Outro

Conteúdo do aconselhamento	Categórica nominal	Fazer qualquer AF Caminhar Correr Jogar futebol Outro
Domínio do aconselhamento	Categórica nominal	Lazer Deslocamento Trabalho Doméstico Não especificado
Tipo de aconselhamento	Categórica nominal	Apenas verbal Verbal e escrito
Orientação sobre a frequência da AF	Categórica dicotômica	Sim Não
Orientação sobre a duração da AF	Categórica dicotômica	Sim Não
Orientação sobre a intensidade da AF	Categórica dicotômica	Sim Não
Nível de AF após o aconselhamento	Categórica nominal	Aumentou Diminuiu Permaneceu o mesmo
Adesão ao aconselhamento	Categórica nominal	Realizou todas as recomendações; Realizou todas as recomendações por tempo determinado; Realizou apenas algumas recomendações; Não realizou nenhuma recomendação.
Barreiras para adesão	Categórica nominal	Falta de tempo Preguiça Não ter local adequado Se machucou Falta de dinheiro Falta de companhia Acha chato, não gosta Outro
Motivos para adesão	Categórica nominal	Aconselhamento recebido Gostar de fazer AF Achar importante para a saúde Outro

3.8 Instrumento para coleta de dados

Para esse estudo será utilizado um instrumento estruturado composto por 56 questões relativas a variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de saúde, de aconselhamento para a prática de AF e de mudança de comportamento.

Para avaliar a AF dos usuários das UBS será utilizado o “International Physical Activity Questionnaire – Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ” versão longa, o qual foi validado em diversos países, incluindo países da América Latina (CRAIG et al., 2003). O referido instrumento é composto por perguntas que medem a prática de AF em quatro domínios: trabalho, deslocamento, atividades domésticas e lazer. Para a presente pesquisa optou-se por utilizar os domínios do lazer e do deslocamento, visto que os domínios do trabalho e doméstico apresentam uma tendência de superestimação dos resultados (HALLAL et al., 2010). O IPAQ foi desenvolvido para verificar a AF em indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, porém vários estudos foram realizados com pessoas com idade mais avançada e não foram encontradas diferenças em relação aos adultos (HALLAL et al., 2010).

As questões referentes ao aconselhamento (conteúdo, profissional que aconselhou, orientação sobre frequência, intensidade e duração da AF e a percepção sobre o nível de AF após o aconselhamento) foram retiradas da dissertação de mestrado e da tese de doutorado de Silva (2008) e Silva (2013), respectivamente. Já a variável sobre adesão ao aconselhamento (realizou todas as recomendações; realizou todas as recomendações por tempo determinado; realizou apenas algumas recomendações; não realizou nenhuma recomendação) foi baseada no artigo de Santos et al. (2012).

As perguntas sobre barreiras para a adesão a prática de AF e sobre o principal motivo pelos quais os pacientes realizam AF foram retiradas da dissertação de mestrado de Reichert (2004), sendo que a segunda questão é modificada.

O desfecho aconselhamento à prática de AF será verificado através da seguinte questão:

- durante o último ano, nas vezes em que o Sr(a) esteve na UBS, alguma vez recebeu aconselhamento para praticar AF? Essa questão foi adaptada para a presente pesquisa, sendo baseada no estudo de Siqueira et al. (2009).

O desfecho mudança de comportamento dos usuários das UBS será verificado através do questionário proposto por Dumith et al. (2007), que visa

padronizar a mensuração dos EMCAF. Para a operacionalização dessa variável, será considerada AF regular (pelo menos três dias por semana, com duração mínima de 20 minutos por dia) no tempo livre, e que façam a respiração ficar mais forte que o normal (DUMITH et al., 2007).

Esse mesmo questionário também será aplicado com o objetivo de verificar qual era o EMCAF dos sujeitos antes de receberem o aconselhamento.

O questionário será aplicado individualmente através de entrevistas face a face. As questões do instrumento de pesquisa estão disponíveis no Anexo I.

3.9 Seleção e capacitação para o trabalho de campo

Serão selecionados cinco estudantes da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas que participam do Projeto UBS+Ativa para a realização da coleta de dados. Todos passarão por capacitação relacionada a técnica de pesquisa, ao instrumento que será utilizado e a logística do trabalho. A capacitação terá uma duração de 20 horas.

3.10 Estudo Piloto

Será realizado um estudo piloto na UBS Areal Fundos para testar a aplicabilidade do questionário. Essa UBS foi escolhida devido ao fato do Projeto UBS+Ativa estar inserido nela. O estudo piloto fará parte do Trabalho de Conclusão de Curso do aluno de graduação Otávio de Andrade Leão a ser apresentado na Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas. Serão coletados dados de indivíduos com diabetes e/ou hipertensão durante duas semanas. Esta UBS será incluída na coleta de dados da dissertação, visto que o estudo piloto será conduzido no início de setembro e as entrevistas para a dissertação, nesta UBS, serão realizadas no fim de fevereiro.

3.11 Logística do trabalho de campo e cálculo da amostra

Primeiramente, será realizado um levantamento sobre a localização e o número de UBS existentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS, sendo esses dados coletados na Secretaria Municipal de Saúde.

Posteriormente, será realizado contato com o secretário da saúde do município para a entrega de uma carta de apresentação e autorização (ANEXO II), a

fim de obter o seu consentimento para a realização da pesquisa. Após a autorização, será efetuado o mesmo procedimento com todos os coordenadores das UBS (ANEXO III).

Concluída essa etapa, será iniciada a coleta de dados. As entrevistas serão realizadas individualmente na sala de espera, começando pelo primeiro sujeito que estiver na direita da sala de espera e continuando pelo seguinte a sua esquerda e assim sucessivamente.

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas sob o número do parecer 1.207.987.

Considerando a prevalência do desfecho em 45% (SIQUEIRA et al., 2009), um poder de 80% com nível de confiança de 95%, estima-se a necessidade para este estudo de um $n=412$ indivíduos. Com um acréscimo de 10% para perdas e recusas ($n=453$) e de 15% para análise multivariável serão necessários 521 indivíduos.

Considerando um n de 36 UBS na zona urbana de Pelotas, será considerada uma cota de 15 indivíduos em cada unidade. A coleta de dados será feita em um dia previamente pactuado em cada UBS e terminará ao ser atingida a cota de 15 indivíduos. Considerando o $n=4$ entrevistadores, em cada dia da semana serão coletados dados em 4 UBS. Neste caso, estima-se que o trabalho de campo será realizado em no máximo 30 dias. Cada entrevistador sempre deverá se apresentar na recepção da UBS antes do início da coleta de dados. A coleta de dados terá início no dia 5 de outubro de 2015 e seu término está previsto para o dia 5 de novembro de 2015.

3.12 Controle de qualidade

Durante a coleta de dados, 10% do total de entrevistas realizadas serão sorteadas e o controle de qualidade será realizado por telefone, em no máximo, 15 dias após a entrevista. O objetivo do controle de qualidade será de verificar a realização da entrevista e a completude da coleta de dados. Para isso, perguntas do início, meio e fim do instrumento serão novamente realizadas. Os entrevistadores serão mantidos cegos em relação à estratégia do controle de qualidade.

3.13 Tratamento estatístico

Será realizada uma análise descritiva para caracterizar a amostra, e posteriormente análise bivariada e multivariável para o teste das hipóteses iniciais do estudo. Para todos os testes de hipóteses será adotado um nível de significância de 5%.

Na análise bruta, no caso da comparação de variáveis categóricas dicotômicas, será realizado o teste do qui-quadrado. No caso de comparação de uma variável categórica dicotômica com outra ordinal, será realizado o teste do qui-quadrado para tendência linear.

A análise ajustada calculará as prevalências relacionadas ao aconselhamento para AF, EMC e os grupos das variáveis independentes, com respectivos riscos relativos, intervalos de confiança e valores p. Para a análise multivariável será utilizada a regressão de Poisson com variância robusta.

3.13.1 Processamento dos dados

Após a aplicação dos questionários face a face, todas as informações serão digitadas no programa EpiData 3.1 para a confecção do banco de dados do estudo e após, os dados serão analisados no programa STATA 13.1.

3.13.2 Análise dos Dados

A análise dos dados terá como objetivo:

- ✓ Descrever a amostra em relação às variáveis utilizadas no estudo para a população de adultos e idosos usuários de UBS no município de Pelotas;
- ✓ Explorar a análise bivariada e multivariável entre os desfechos recebimento de aconselhamento para AF e mudança de comportamento com as variáveis independentes. As análises do estudo levarão em consideração um modelo hierárquico que inclui as variáveis de interesse conforme mostrado abaixo:

1º Nível → Sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade e renda;

2º Nível → IMC, autopercepção de saúde, AF, tabagismo;

3º Nível → Diagnóstico médico de hipertensão e diabetes;

4º Nível → Tempo de utilização da UBS;

5º Nível → Aconselhamento e/ou mudança de comportamento.

4 Aspectos éticos

O presente projeto envolve exclusivamente realização de entrevistas, não incluindo coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. O estudo pode ser considerado de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde na publicação “International ethical guidelines for medical research involving humans subjects” (CIOMS/WHO, 1993). A participação dos indivíduos no estudo ocorrerá através de consentimento informado. A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar serão plenamente garantidos. A proposta desta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas e aprovada sob o número do parecer 1.207.987.

6 Divulgação dos resultados

A divulgação dos resultados será realizada através de:

- ✓ Dissertação de Mestrado em Educação Física;
- ✓ Artigo para publicação em periódico científico;
- ✓ Sumário, com os principais resultados do estudo, para a imprensa local;
- ✓ Participação em eventos.

Referências

ADAMI, P.E.; NEGRO, A.; LALA, N.; MARTELLETTI, P. The role of physical activity in the prevention and treatment of chronic diseases. **La clinica terapeutica**, Roma, v. 161, n. 6, p. 537-541, 2010.

BIELEMANN, R.M.; KNUTH, A.G.; HALLAL, P.C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista brasileira de atividade física e saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 9-14, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**, Brasília, p. 110, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**, Brasília, p. 60, 2010.

BRASIL. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2008.

BRASIL. Saúde Dentro de Casa. Programa de Saúde da Família. **Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde**, Brasília, 1994.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports**, Boston, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CIOMS/WHO. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. **Organizations of Medical Sciences (CIOMS)**, Genebra, 2002.

CRAIG, C.L.; MARSHALL, A.L.; SJOSTROM, M; BAUMAN, A.E.; BOOTH, M.L.; AINSWORTH, B.E.; PRATT, M.; EKELUND, U.; YNGVE, A.; SALLIS, J.F.; OJA, P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Indianapolis, v. 35, n. 8, p. 1381-1395, 2003.

CZARKOWSKA-PACZEK, B.; WESOŁOWSKA, K. PRZYBYLSKI, J. Physical exercise prevents osteoporosis. **Przegląd Lekarski**, Cracóvia, v. 68, n. 2, p. 103-106, 2011.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 34, n.3, p. 316-319, 2000.

DUMITH, S.C; DOMINGUES, M.R.; GIGANTE, D.P. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão da literatura. **Revista brasileira de cineantropometria e desempenho humano**, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 301-307, 2008.

DUMITH, S.C; GIGANTE, D.P; DOMINGUES, M.R. Stages of change for physical activity in adults from Southern Brazil: a population-based survey. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, Londres, v. 4, n. 1, p.1-25, 2007.

FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FERNANDES, L.C.L.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FLORINDO, A.A.; MIELKE, G.I.; GOMES, G.A.O.; RAMOS, L.R.; BRACCO, M.M.; PARRA, D.C.; SIMOES, E.J.; LOBELO, F.; HALLAL, P.C. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. **BMC public health**, Londres, v. 13, n. 794, 2013.

GOMES, M.A.; DUARTE, M.F.S. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família: programa ação e saúde Floripa – Brasil. **Revista brasileira de atividade física e saúde**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 44-56, 2008.

GOMES, M.A.; DUARTE, M.F.S.; PEREIRA, J.S.; DA SILVA, R.C.R.; PINTO, G.P. Atividade física em mulheres de baixa renda na atenção primária. **Revista brasileira de atividade física e saúde**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 246-252, 2010.

HALLAL, P.C.; ANDERSEN, L.B.; BULL, F.C.; GUTHOLD, R.; HASKELL, W.; EKELUND, U.L.F. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **Lancet**, Londres, v. 380, n. 9838, p. 247-257, 2012.

HALLAL, P.C.; GOMEZ, L.F.; PARRA, D.C.; LOBELO, F.; MOSQUERA, J.; FLORINDO, A.A.; REIS, R.S.; PRATT, M.; SARMIENTO, O.L. Lições Aprendidas Depois de 10 Anos de Uso do IPAQ no Brasil e Colômbia. **Journal of Physical Activity and Health**, Champaign, v. 7, Suppl. 2, p. 259-264, 2010.

HALLAL, P.C.; VICTORA, C.G.; WELLS, J.C.; LIMA, R.C.; Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine and science in sports and exercise**, Indianapolis, v. 35, n. 11, p. 1894-1900, 2003.

HASKELL, W.L.; LEE, I.M.; PATE, R.R.; POWELL, K.E.; BLAIR, S.N.; FRANKLIN, B.A.; MACERA, C.A.; HEATH, G.W.; THOMPSON, P.D.; BAUMAN, A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and science in sports and exercise**, Indianapolis, v. 39, n. 8, p. 1423-1434, 2007.

KALLINGS, L.V.; LEIJON, M.; HELLÉNIUS, M.L.; STAHL, A. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. **Scandinavian journal of medicine and science in sports**, Copenhagen, v. 18, n. 2, p. 154-161, 2008.

KNUTH, A.G.; BACCHIERI, G.; VICTORA, C.G.; HALLAL, P.C. Changes in physical activity among Brazilian adults over a 5-year period. **Journal of epidemiology and community health**, Londres, v. 64, n. 7, p. 591-595, 2010.

LEE, I.M.; SHIROMA, E.J.; LOBELO, F.; PUSKA, P.; BLAIR, S.N.; KATZMARZYK, P.T. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, Londres, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

LOPES, A.C.S.; TOLEDO, M.T.T.; CÂMARA, A.M.C.S.; MENZEL, H.J.K.; SANTOS, L.C. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 475-486, 2014.

MENDONÇA, R.D.; TOLEDO, M.T.T.; LOPES, A.C.S. Incentivo à prática de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 140-146, 2015.

NORCROSS, J.C.; KREBS, P.M.; PROCHASKA, J.O. Stages of change. **Journal of clinical psychology**, Brandon, v. 67, n. 2, p. 143-154, 2011.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PETRELLA, R.J.; LATTANZIO, C.N.; OVEREND, T.J. Physical Activity Counseling and Prescription Among Canadian Primary Care Physicians. **Archives of internal medicine**, Chicago, v. 167, n. 16, p. 1774-1781, 2007.

PIMENTEL, I.R.S.; COELHO, B.C.; LIMA, J.C.; RIBEIRO, F.G.; SAMPAIO, F.P.C.; PINHEIRO, R.P.; ROCHA FILHO, F.S. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 20, p. 175-181, 2011.

PIRES, M.R.G.M.; GÖTTEMS, L.B.D.; CUPERTINO, T.V.; LEITE, L.S.; VALE, L.R.; CASTRO, M.A.; LAGE, A.C.A.; MAURO, T.G.S. A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 211-222, 2013.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. **Journal of consulting and clinical psychology**, Washington, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

PROCHASKA, J.O.; VELICER, W.F.; ROSSI, J.S.; GOLDSTEIN, M.G.; MARCUS, B.H.; RAKOWSKI, W.; FIORE, C.; HARLOW, L.L.; REDDING, C.A.; ROSENBLOOM, D.; ROSSI, S.R. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health psychology**, Hillsdale, v. 13, n. 1, p. 39-46, 1994.

RAMALHO, J.R.O.; LOPES, A.C.S.; TOLEDO, M.T.T.; PEIXOTO, S.V. Nível de atividade física e fatores associados ao sedentarismo em usuários de uma unidade básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 426-432, 2014.

REICHERT, Felipe Fossati. **Barreiras à prática de atividades físicas: prevalência e fatores associados**. 2004. 119 f. Dissertação (Mestrado em epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2004.

RODRIGUES, M.A.P.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; PANIZ, V.M.V.; SIQUEIRA, F.V. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2267-2278, 2008.

RODRIGUES, M.A.P.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; PANIZ, V.M.V. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009.

SANTOS, R.P.; HORTA, P.M.; SOUZA, C.S.; SANTOS, C.A.; OLIVEIRA, H.B.S.; ALMEIDA, L.M.R.; SANTOS, L.C. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da Atenção Primária. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 14-21, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde 2007-2009. **Secretaria Municipal de Saúde**, Pelotas, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde de Pelotas 2014-2017. **Secretaria Municipal de Saúde**, Pelotas, 2013.

SILVA, Suele Manjourany. **Aconselhamento a hábitos saudáveis recebido de profissionais de saúde em 100 municípios brasileiros**. 2013. 177 f. Tese (Doutorado em epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

SILVA, Suele Manjourany. **Prática de atividade física em adultos: relato de recebimento de aconselhamento por profissionais de saúde e de mudança de comportamento**. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2008.

SINCLAIR, J.; LAWSON, B.; BURGE, F. Which patients receive advice on diet and exercise? Do certain characteristics affect whether they receive such advice?. **Canadian family physician**, Willowdale, v. 54, n. 3, p. 404-412, 2008.

SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; HALLAL, P.C. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 39-54, 2008.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes. **Atividade física e fatores associados em profissionais da Atenção Básica à Saúde e população residente na área de abrangência dos serviços de saúde de municípios das regiões sul e nordeste do Brasil**. 2009. 131 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SIQUEIRA, F.V.; NAHAS, M.V.; FACCHINI, L.A.; SILVEIRA, D.S.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; HALLAL, P.C. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 203-213, 2009.

TEYCHENNE, M.; BALL, K.; SALMON, J. Associations between physical activity and depressive symptoms in women. **International journal of behavioral nutrition and physical activity**, Londres v. 5, p. 27-38, 2008.

TOLEDO, M.T.T.; ABREU, M.N.; LOPES, A.C.S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 540-548, 2013.

TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; THUMÉ, E.; PICCINI, R.X.; OSORIO, A.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; TEIXEIRA, V.A.; DILÉLIO, A.S.; MAIA, M.F.S. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4395-4404, 2011.

TOMASI, E.; NUNES, B.P.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; PICCINI, R.X.; SILVA, S.M.; DILÉLIO, A.S.; FACCHINI, L.A. Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1515-1524, 2014.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. **U.S. Public Health Service**, Washington, 2008.

WARBURTON, D.E.R.; CHARLESWORTH, S.; IVEY, A.; NETTLEFOLD, L.; BREDIN, S.S.D. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. **International journal of behavioral nutrition and physical activity**, Londres, v. 7, n. 39, p. 1-220, 2010.

WHO. Global recommendations on physical activity for health. **World Health Organization**, Genebra, 2010.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo realizado foi parte da dissertação de mestrado na linha de pesquisa de Epidemiologia da Atividade Física do Programa de Pós-Graduação em Educação Física - Universidade Federal de Pelotas, a qual buscou investigar o recebimento de aconselhamento para a prática de atividade física e sua relação com os estágios de mudança de comportamento dos usuários das unidades básicas de saúde (UBS) da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

No mês de agosto de 2015 o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, sob o número do parecer 1.207.987 de 31 de agosto de 2015 (ANEXO IV). No dia 10 de setembro foi qualificado o trabalho perante a banca dos professores Airton José Rombaldi e Marcelo Cozzensa da Silva.

O estudo piloto foi realizado na UBS Areal Fundos, na qual o projeto UBS+Ativa está inserido, sendo o resultado utilizado para o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno de graduação Otávio de Andrade Leão, apresentado na Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas no ano de 2015. Foi escolhida esta unidade em específico devido ao fato do aluno que utilizou o trabalho estar inserido no projeto UBS+Ativa e querer entender aquela realidade. O estudo piloto foi realizado durante duas semanas do mês de setembro com entrevistas na sala de espera da UBS. No piloto foram entrevistados apenas pacientes que tinham diagnóstico médico de diabetes e/ou hipertensão. Após esse estudo, foram acrescentadas algumas questões mais específicas sobre o recebimento do aconselhamento no instrumento final. Essa UBS foi incluída na pesquisa da dissertação, pois acreditamos que por ser um período relativamente longo entre o estudo piloto e a pesquisa (cinco meses), não teria interferência nos resultados.

No mês de setembro de 2015, foi feito contato com a Secretaria Municipal de Saúde a fim de verificar quais documentos eram necessários entregar para obter a autorização para realizar a coleta de dados. Neste sentido, no dia 22 de setembro de 2015, foram entregues a carta de anuência (ANEXO II) e o projeto de pesquisa. Passadas duas semanas foi obtida a autorização para desenvolver a pesquisa.

Concluída essa etapa, foi dado início ao treinamento dos entrevistadores. Participaram da coleta de dados o pesquisador responsável, dois alunos de graduação e três alunos de mestrado da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas. A capacitação foi realizada pelo pesquisador

responsável e teve duração de quatro horas, onde foram abordados aspectos relacionados ao modo de agir dentro da UBS, estratégia para a coleta de dados, logística do trabalho de campo, familiarização com o questionário e aplicação entre os entrevistadores.

Terminado o treinamento, o pesquisador responsável começou os contatos com os responsáveis pelas UBS alvos do estudo (Quadro I), com o objetivo de informá-los sobre a pesquisa, entregar a carta de apresentação (ANEXO III) e obter o consentimento para a realização das entrevistas. Esse contato sempre antecedeu a coleta de dados da respectiva UBS, nunca sendo realizado no mesmo dia. Essa etapa ocorreu simultaneamente com a coleta de dados, visando não deixar um espaço muito longo entre o contato e a coleta de dados, o que poderia atrasar o desenvolvimento do trabalho de campo.

Durante o trabalho de campo, foi observado que as UBS Tablada I e Tablada II não estavam em funcionamento. Então, entramos em contato com a Secretaria de Saúde e fomos informados de que as duas unidades tinham sido fechadas e tinha sido criada a UBS Salgado Filho, a qual atende a população que frequentava essas duas UBS. Portanto, diminuiu de 36 para 35 o número de UBS presentes no estudo e, conseqüentemente, diminuíram 15 entrevistas. Entretanto, isso não foi problema para a amostra final, visto que no cálculo de tamanho de amostra eram necessários 521 indivíduos e foram entrevistados 525.

A coleta de dados teve duração de quatro meses, iniciando no dia 3 de novembro de 2015 e terminando no dia 23 de fevereiro de 2016 (Quadro I). Durante esse período, algumas dificuldades foram encontradas e serão discutidas a seguir.

Algumas UBS faziam o atendimento médico até próximo da metade do turno, fazendo assim com que o entrevistador tivesse pouco tempo para coletar os dados em cada UBS. Outro fator limitante foi o fato de que conforme estava sendo entrevistada uma pessoa, os outros pacientes que estavam na sala de espera iam sendo chamados. Algumas UBS, dependendo do dia, não faziam muitos atendimentos em um turno, tinham apenas três ou quatro pacientes. Ainda, algumas UBS não possuíam atendimento médico no período da tarde e, conseqüentemente, a sala de espera, muitas vezes, ficava vazia.

Para que esses fatores influenciassem o mínimo possível no trabalho de campo, foram necessárias algumas medidas. A primeira medida tomada foi conversar com os responsáveis pelas UBS para saber quais eram os dias e os

turnos de maior fluxo de pacientes na sala de espera. Além disso, no início da coleta de dados o pesquisador responsável se deslocava de ônibus até as UBS, depois começou a ir de carro, pois, muitas vezes, conseguia ir a duas UBS em um mesmo turno. Também, quando possível, eram deslocados dois entrevistadores para o mesmo local, a fim de fazer um número maior de entrevistas no turno.

O controle de qualidade foi realizado nas UBS em que o pesquisador responsável não atuou na coleta de dados. Foram realizadas ligações para 20% dos sujeitos entrevistados, os quais foram selecionados de forma aleatória. Durante o contato telefônico, foram feitas perguntas do início, meio e fim do questionário. Essas ligações ocorreram dentro de um período de 30 dias após a entrevista.

A codificação dos questionários começou a ser realizada em janeiro de 2016 e teve seu término uma semana após o encerramento da coleta de dados. Esse processo foi realizado pelo pesquisador responsável. Para a digitação dos dados foi utilizado o programa Epidata 3.1, o qual foi confeccionado e digitado pelo pesquisador responsável, durante o mês de março de 2016. A análise dos dados foi realizada no Stata 13.1. O modelo de análise proposto no projeto sofreu algumas modificações, sendo o modelo final apresentado no artigo. O Quadro I apresenta como foi conduzida a organização durante a coleta de dados do estudo.

Quadro I. Quadro organizacional referente ao trabalho de campo.

UBS	Situação	Endereço	Telefone	Responsável da UBS/Data do contato	Entrevistador/Dia da coleta
Cohab Lindóia	Coletado	Rua Ernani Osmar Blass, 344	32831414	Moraci 27/10/2015	Vítor 03/11/2015 Manhã Vítor/César 04/11/2015 Manhã
Jardim de Allah	Coletado	Av. Fernando Osório, 7430	32833769	Caroline 26/11/2015	Vítor 07/12/2015 Manhã 09/12/2015 Manhã
Py Crespo	Coletado	Rua Marquês de Olinda, 291	32230823	Izaque 26/10/2015	João Pedro 04/11/2015 Tarde
Santa Terezinha	Coletado	Praça Santa Cecília, 308	32230823	Daniela 26/10/2015	Graciele 09/12/2015 Manhã 10/12/2015 Manhã
Sítio Floresta	Coletado	Rua Ignácio Teixeira Machado, 299	32789188	Ivani 27/10/2015	Vítor 25/11/2015 Manhã 26/11/2015 Tarde
União de Bairros	Coletado	Av. Fernando Osório, 4434	32781089	Renata 26/10/2015	Vítor/Mariana 04/11/15 Tarde Vítor 05/11/15 Manhã
Vila Princesa	Coletado	Av. Princesa, 3205	32781564	Urânia 26/11/2015	Vítor 10/12/2015 Manhã 10/12/2015 Tarde 14/12/2015 Tarde
Cohab Pestano	Coletado	Rua Leopoldo Broad, 2297	32831841	Terena 27/10/2015	Vítor 17/02/2016 Manhã 18/02/2016 Manhã
Getúlio Vargas	Coletado	Rua Sete, 184	32833768	Viviane 27/10/2015	Graciele 04/11/2015 Manhã 04/11/2015 Tarde
Sanga Funda	Coletado	Av. Eng. Ildefonso Simões Lopes, 5225	32743266	Rosâna 27/10/2015	Vítor 18/11/2015 Manhã 18/11/2015 Tarde
Salgado Filho	Coletado	Av. Senador Salgado Filho, 912	32836202	Giovane 23/11/2015	Vítor 17/12/2015 Manhã 17/12/2015 Tarde
Vila Municipal	Coletado	Rua Luciano Galete, 600	32837626	Tatiana 23/11/2015	Vítor 01/12/2015 Manhã

					Vítor/Mariana 02/12/2015 Manhã 02/12/2015 Tarde
Balsa	Coletado	Rua João Thomaz Munhoz, 270	32722077	Sonia 26/11/2015	Vítor 11/01/2016 Manhã 13/01/2016 Manhã Vítor/Mariana 20/01/2016 Manhã
CSU Cruzeiro	Coletado	Rua Barão de Itamaracá, 690	32792609	Lenísia 05/01/2016	Vítor 06/01/2016 Tarde 07/01/2016 Tarde 11/01/2016 Manhã
Fátima	Coletado	Rua Baldomero Trapaga, 480	32224028	Daniela e Antônio 11/01/2016	Vítor 12/01/2016 Manhã
Navegantes	Coletado	Rua Dona Darci Vargas, 212	32794627	Margarete 18/12/2015	Vítor 07/01/2016 Manhã 08/01/2016 Manhã 11/01/2016 Tarde
SANSCA	Coletado	Rua Doutor Amarante, 939	32227980	Maria Melissa 06/01/2016	Vítor 14/01/2016 Manhã 25/01/2016 Manhã
Cohab Fragata	Coletado	Rua Paulo Simões Lopes, 230	32719425	Márcia 13/01/2016	Vítor 18/01/2016 Manhã 18/01/2016 Tarde 20/01/2016 Tarde
Cohab Guabiroba	Coletado	Rua Dr. Arnaldo da Silva Ferreira, 352	32789733	Juliana 18/01/2016	Vítor/Mariana 21/01/2016 Manhã Vítor 26/01/2016 Manhã
Dom Pedro I	Coletado	Rua Ulisses Batinga, 749	32713383	Sasquia 13/01/2016	Vítor 15/01/2016 Manhã 15/01/2016 Tarde 20/01/2016 Tarde
FRAGET	Coletado	Rua Jornalista Carlos Andrade, 81	32213500	Gonçalves 18/01/2016	Vítor/Mariana 20/01/2016 Manhã Vítor 21/01/2016 Manhã
PAM Fragata	Coletado	Av. Pinheiro Machado, 168	32210362	Georgina 18/01/2016	Vítor 22/01/2016 Manhã 25/01/2016 Tarde
Simões Lopes	Coletado	Av. Visconde da Graça, 107	32258008	Lilian 18/01/2016	Vítor/Mariana 19/01/2016 Manhã

Virgilio Costa	Coletado	Rua Major Francisco N. De Souza, 4412	32710715	Roseliane 13/01/2016	Vítor 14/01/2016 Tarde 15/01/2016 Tarde
Arco Íris	Coletado	Av. Peri Ribas, 523	32776203	Cristiane 15/02/2016	Vítor 16/02/2016 Manhã 18/02/2016 Manhã 18/02/2016 Tarde
Areal Fundos	Coletado	Av. Domingos de Almeida, 4265	32279949	Denise e Ana 27/11/2015	João Pedro 23/02/2016 Manhã 23/02/2016 Tarde
Areal I	Coletado	Rua Apolinário Porto Alegre, 290	32783531	Artenisa 18/12/2016	Vítor 04/01/2016 Manhã Vítor/Mariana 05/01/2016 Manhã 06/01/2016 Manhã
Barro Duro	Coletado	Praça Aratiba, 12	32269979	Cristiane 24/11/2015	Otávio 14/01/2016 Manhã 14/01/2016 Tarde
Bom Jesus	Coletado	Av. Itália, 350	32289364	Adiles 27/11/2015	Vítor 03/12/2015 Manhã Vítor/Mariana 03/12/2015 Tarde
Colônia Z3	Coletado	Rua Rafael Brusque, 147	32260418	Vera 24/11/2015	Otávio 07/12/2015 Manhã 09/12/2015 Manhã
CSU Areal	Coletado	Rua Guararapes, 50	32283488	Maria Aurora 30/11/2015	Vítor 16/12/2015 Manhã 16/12/2015 Tarde 18/12/2015 Manhã
Dunas	Coletado	Rua Tito Borges, 1988	32284666	Sandra 26/11/2015	Vítor 30/11/2015 Manhã 30/11/2015 Tarde
Laranjal	Coletado	Rua São Borja, 683	32264488	Rosa e Caroline 06/01/2016	Otávio 20/01/2016 Manhã 20/01/2016 Tarde
Leocádia	Coletado	Rua David Canabarro, 890	32822476	Cintia 25/11/2015	Vítor 14/12/2015 Manhã 15/12/2015 Manhã Vítor/Mariana 05/01/2016 Manhã

Obelisco	Coletado	Rua Bueno da Silva, 505	32822477	Leonardo 25/11/2015	Vítor 07/12/2015 Tarde 09/12/2015 Tarde
----------	----------	----------------------------	----------	------------------------	---

ARTIGO

O artigo será submetido para a Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde e já se encontra nas normas da mesma

Artigo original**Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em usuários de unidades básicas de saúde****Physical activity counseling and change of behavior in users of basic health units****Título resumido: Aconselhamento à atividade física**Vítor Häfele^{1,2,3}Fernando Vinholes Siqueira^{1,2,3}¹Escola Superior de Educação Física – Universidade Federal de Pelotas, Brasil²Programa de Pós-Graduação em Educação Física – Universidade Federal de Pelotas, Brasil³Grupo de Estudos em Epidemiologia da Atividade Física – Universidade Federal de Pelotas, Brasil**Contato:**

Vítor Häfele

Rua Luis de Camões, 625 - CEP 96055-630, Pelotas, RS, Brasil

Telefone: 53 3273.2752

E-mail: vitorhafele@hotmail.com

Palavras no texto: 3115

Palavras no resumo: 250

Palavras no abstract: 221

Número de referências: 22

Número de ilustrações: 4

Resumo

O objetivo do estudo foi descrever a prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física e a mudança de comportamento dos usuários de unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS e verificar fatores associados ao aconselhamento para a atividade física. Foi realizado um estudo transversal com amostra de 525 indivíduos com 18 anos ou mais usuários de 35 unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS. Para verificar o aconselhamento para a prática de atividade física foi utilizada a seguinte questão: “Durante o último ano, em alguma vez em que o Sr.(a). esteve na unidade básica de saúde, recebeu aconselhamento para praticar atividade física?”. Para verificar os estágios de mudança de comportamento foi utilizado o instrumento proposto por Dumith et al. publicado em 2008. A prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física foi de 35,4%, estando associado ao aumento da idade, ao diagnóstico médico referido de hipertensão arterial, ao uso de algum medicamento de maneira contínua e ao maior número de vezes em que o sujeito esteve na unidade de saúde no último ano. As prevalências dos estágios de mudança de comportamento antes do aconselhamento foram: pré-contemplação 38,3%, contemplação 6,3%, preparação 24,0%, ação 6,3% e manutenção 25,1%. Após o recebimento do aconselhamento os valores modificaram para: 20,1%, 8,2%, 30,4%, 8,7% e 32,6%, respectivamente. Conclui-se que o aconselhamento para a prática de atividade física deve melhorar nas unidades básicas de saúde. Ainda, o aconselhamento apresentou influência positiva sobre os estágios de mudança de comportamento.

Palavras-chave: Aconselhamento; Atividade Motora; Modelos Teóricos; Comportamento; Centros de Saúde.

Abstract

The aim of the study was describe the prevalence of counseling to practice of physical activity and the change of behavior among users of basic health units in urban area from Pelotas, Southern Brazil and verify some factors associated to counseling to physical activity. Cross-sectional study with sample of 525 people with 18 years old or more users of 35 basic health units of urban area from Pelotas, Southern Brazil. To verify the counseling to practice of physical activity was used the following question: “During the last year, in some time in that you were in basic health units, did you receive counseling to practice physical activity?”. To verify the stages of change was used the questionnaire proposed by Dumith et al. published in 2008. The prevalence of counseling to practice of physical activity was 35.4%. It was associated with increase of age, medical diagnosis of hipertension, continuous-use medication and the higher number of times that people were in basic health unit in the last year. The prevalences of stages of change before of counseling was: precontemplation 38.3%, contemplation 6.3%, preparation 24.0%, action 6.3% and maintenance 25.1%. After the receipt of counseling the values changed to: 20.1%, 8.2%, 30.4%, 8.7% and 32.6%, respectively. In conclusion, the counseling to practice of physical activity must improve in basic health units. Still, the counseling showed a positive influence on stages of change.

Key-words: Counseling; Motor Activity; Theoretical Models; Behavior; Health Centers.

1 **Introdução**

2 O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil possui como principal porta de entrada a
3 Atenção Básica à Saúde, a qual é ofertada para a população principalmente através das
4 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que normalmente estão localizadas nas áreas periféricas
5 da cidade, com o intuito de facilitar o acesso a população de maior vulnerabilidade¹. Esse
6 nível do sistema deve ofertar aos seus usuários ações de promoção da saúde, prevenção de
7 doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde das pessoas².

8 No ano de 2010, a Política Nacional de Promoção da Saúde apontou que a rede básica
9 de saúde devia utilizar o aconselhamento como uma ferramenta para mostrar os benefícios de
10 possuir estilos de vida saudáveis³. Nesse sentido, um dos tópicos abordados pelos
11 profissionais de saúde durante o contato do usuário com o sistema de saúde deve ser o
12 aconselhamento à prática de atividade física, visto que sua prática regular pode promover
13 diversos benefícios para a saúde⁴⁻⁶. Entretanto, alguns estudos verificaram esse tipo de
14 aconselhamento em UBS do Brasil e mostraram que a prevalência encontrada ainda é baixa^{7,8}.

15 Além de analisar a frequência de aconselhamento em UBS e quais os fatores a ele
16 associados, é necessário verificar como os indivíduos que são alvo dessa prática procedem
17 após recebê-lo no sentido de mudar seu comportamento. No Brasil, são poucos os estudos
18 encontrados tentando verificar esse aspecto, sendo encontradas pesquisas que avaliam
19 atividade física e alimentação saudável juntamente, os quais demonstraram que cerca da
20 metade dos indivíduos que receberam aconselhamento em UBS, acabaram aderindo, a no
21 mínimo, algumas recomendações^{8,9}.

22 Ainda sobre a mudança de comportamento, deve-se levar em consideração que os
23 indivíduos passam por etapas para adotar um novo padrão de comportamento. Nesse contexto,
24 os estágios de mudança de comportamento são utilizados para verificar as intenções dos
25 sujeitos em relação ao seu comportamento, neste caso, a prática de atividade física¹⁰. Ao

1 realizamos uma busca bibliográfica, com o objetivo de relacionar o aconselhamento para
2 atividade física em UBS do Brasil com os estágios de mudança de comportamento,
3 encontrou-se apenas uma intervenção realizada em duas unidades de saúde de
4 Florianópolis/SC¹¹.

5 Considerando a importância da prática de atividade física para a saúde, os objetivos e
6 as funções da Atenção Básica à Saúde, o presente estudo tem como objetivo descrever a
7 prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física e a mudança de
8 comportamento dos usuários de UBS da zona urbana da cidade de Pelotas/RS. O estudo
9 também verificou fatores associados ao aconselhamento para a atividade física.

11 **Métodos**

12 Foi realizado um estudo transversal de base populacional com indivíduos de 18 anos
13 ou mais usuários de UBS da zona urbana da cidade de Pelotas/RS. Para a constituição da
14 amostra foram consideradas no estudo todas as 37 UBS da zona urbana da cidade de
15 Pelotas/RS. No entanto, duas UBS que atendem populações específicas foram excluídas,
16 resultando em um n final de 35 UBS. O cálculo de tamanho de amostra foi baseado na
17 prevalência do desfecho em 45%⁷, com um poder de 80%, nível de confiança de 95%, sendo
18 estimado para este estudo um n=412 indivíduos. Com um acréscimo de 10% para perdas e
19 recusas (n=453) e de 15% para análise multivariável, totalizou 521 indivíduos.

20 A estratégia para a composição da amostra dos indivíduos foi de buscar 15 usuários
21 com 18 anos ou mais de cada UBS, totalizando o n final deste estudo. Esses indivíduos foram
22 abordados na sala de espera das UBS enquanto aguardavam atendimento. As entrevistas
23 foram realizadas individualmente na sala de espera, começando pelo primeiro sujeito que
24 estava na direita da sala de espera e continuando pelo seguinte a sua esquerda e assim

1 sucessivamente até atingir a cota definida. Para ser elegível na pesquisa, o sujeito deveria ter
2 estado na UBS durante o último ano, independentemente do motivo.

3 Para a realização da pesquisa foi solicitada autorização junto à Secretaria Municipal de
4 Saúde, através da entrega da carta de anuência e do projeto de pesquisa. Depois de obtida a
5 autorização, foi feito contato com os responsáveis pelas UBS a fim de explicar o estudo e
6 organizar a logística para a coleta de dados.

7 A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016
8 por seis entrevistadores previamente capacitados por um período de quatro horas, que
9 consistiu em detalhar a logística e a técnica de pesquisa. Todos os entrevistadores eram
10 estudantes da Escola Superior de Educação Física, da Universidade Federal de Pelotas
11 (graduação e pós-graduação) com experiência prévia em coleta de dados em trabalhos de
12 campo populacional. Antes da entrevista, todos os indivíduos abordados na sala de espera,
13 que fizeram parte do estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo
14 informado pelo entrevistador sobre a garantia de sigilo das informações.

15 O desfecho, aconselhamento para a prática de atividade física, foi operacionalizado
16 pela seguinte pergunta: “Durante o último ano, em alguma vez em que o Sr(a) esteve na UBS,
17 recebeu aconselhamento para praticar atividade física?”⁷.

18 As variáveis independentes incluídas na análise foram: sexo (masculino e feminino),
19 idade (18-29, 30-39, 40-49, 50-59 e 60 ou mais), cor da pele (branca e não branca observada
20 pelo entrevistador), situação conjugal (com e sem companheiro), renda mensal do
21 entrevistado em salários mínimos (sem renda, até 1 salário, 1,01-2, 2,01-3, 3,01 ou mais),
22 atividade física de lazer (insuficientemente ativos < 150 minutos por semana, ativos ≥ 150
23 minutos por semana, verificado pelo Questionário Internacional de Atividade Física, versão
24 longa), tabagismo (fumante, ex-fumante e nunca fumou), autopercepção de saúde (excelente,
25 muito boa, boa, regular e ruim), diagnóstico médico de hipertensão arterial (não e sim),

1 diagnóstico médico de diabetes mellitus (não e sim), índice de massa corporal – IMC,
2 coletado através do peso e altura referido (normal – até 24,9 Kg/m², sobrepeso – 25,0 até 29,9
3 Kg/m² e obeso – 30 ou mais Kg/m²), número de medicamentos referidos para uso contínuo
4 (nenhum, 1 ou 2, 3 ou mais) e número de vezes em que esteve na UBS no último ano (1 ou 2,
5 3 ou 4, 5 ou mais).

6 Os estágios de mudança de comportamento foram utilizados para verificar a intenção
7 do indivíduo acerca da prática de atividade física. Foram considerados em cinco categorias:
8 pré-contemplação (estágio em que o sujeito não possui intenção em mudar o seu
9 comportamento em um futuro previsível); contemplação (estágio onde o indivíduo percebe
10 que o problema existe e pensa em começar a agir nos próximos seis meses); preparação
11 (estágio no qual a pessoa tem a intenção em agir no próximo mês); ação (estágio inicial em
12 que o sujeito modificou seu comportamento dentro do período de um dia a seis meses);
13 manutenção (estágio no qual o indivíduo adquiriu e manteve o comportamento por mais de
14 seis meses)¹⁰.

15 Entre os entrevistados que responderam ter recebido aconselhamento para a prática de
16 atividade física, todos foram questionados sobre o estágio de mudança de comportamento em
17 relação à prática de atividade física no momento da pesquisa e foi investigado qual o seu
18 estágio em relação à mudança de comportamento para a prática de atividade física antes do
19 recebimento do aconselhamento. O critério para definir atividade física regular no
20 instrumento de definição dos estágios de mudança de comportamento, foi praticar atividade
21 física em, no mínimo, três dias da semana e 20 minutos por dia, durante o tempo livre e que
22 fizesse a respiração ficar mais forte do que o normal, mesmo critério utilizado por Dumith et
23 al.^{12,13}.

24 Para a elaboração do banco de dados foi utilizado o programa Epidata 3.1 e, após,
25 transferido para o pacote estatístico de análise dos dados Stata 13.1. Foi realizada análise

1 descritiva, incluindo as variáveis independentes socioeconômicas, demográficas,
2 comportamentais e de saúde e, as variáveis de aconselhamento para a prática de atividade
3 física. A análise bruta entre o desfecho e as variáveis independentes foi testada através do
4 teste qui-quadrado para heterogeneidade e qui-quadrado para tendência linear. Na análise
5 ajustada, foi utilizada a regressão de Poisson, com cálculo de razões de prevalência, intervalos
6 de confiança de 95% e valores de significância usando o teste de Wald para heterogeneidade e
7 tendência linear, considerando para associação o valor de $p < 0,05$. Todas as variáveis com
8 $p \leq 0,20$ foram mantidas no modelo de regressão com a finalidade de controlar para possíveis
9 fatores de confusão. As análises levaram em consideração um modelo hierárquico com seis
10 níveis que incluiu as variáveis independentes na seguinte ordem: 1º nível - sexo, idade, cor da
11 pele, situação conjugal e renda mensal; 2º nível - atividade física e tabagismo; 3º nível -
12 autopercepção de saúde; 4º nível - diagnóstico médico referido de hipertensão, diabetes e
13 IMC; 5º nível - número de medicamentos referidos para uso contínuo; 6º nível - número de
14 vezes em que esteve na UBS no último ano.

15 O protocolo do estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de
16 Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas
17 com o número do parecer 1.207.987 de 31 de agosto de 2015.

19 **Resultados**

20 Foram entrevistados 525 usuários nas 35 UBS da zona urbana da cidade de
21 Pelotas/RS. Do total estimado para a coleta da amostra, 100% foi realizado, não existindo
22 casos de perdas ou recusas. A amostra foi composta em sua maioria por mulheres (80,6%),
23 indivíduos de cor da pele branca (79,5%) e que possuíam companheiro (61,7%). A média de
24 idade foi de $46,1 \pm 17,2$ anos (variando de 18 a 84 anos). A mediana de renda per capita foi de
25 R\$ 788,00 (setecentos e oitenta e oito reais). Aproximadamente 47% dos indivíduos eram

fumantes ou ex-fumantes. A prevalência de indivíduos insuficientemente ativos no lazer foi quase quatro vezes maior do que de indivíduos ativos. Em relação ao recebimento de diagnóstico médico, 41,8% referiram ter diagnóstico médico de hipertensão arterial e 15,7% de diabetes mellitus. Na classificação pelo IMC, 29% dos entrevistados foram classificados como obesos. A maioria das pessoas referiu utilizar no mínimo um medicamento continuamente (59,8%). Mais da metade da amostra disse ter utilizado cinco ou mais vezes a UBS durante o último ano. Quanto à percepção de saúde, 50,8% percebem sua saúde como boa, muito boa ou excelente. A Tabela 1 apresenta detalhadamente os resultados descritivos.

A prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física entre aqueles que utilizaram a UBS no último ano foi de 35,4% (IC 95% 31,3 – 39,6). Dentre os indivíduos que receberam o aconselhamento, 73,4% foram aconselhados no mínimo em duas oportunidades, sendo o período referente ao último aconselhamento inferior a seis meses (75%). O aconselhamento ocorreu em grande parte durante as consultas (90,8%), foi realizado por médicos (80%), de forma verbal (97,2%), com o conteúdo principal a indicação de caminhada (70,3%) e para praticar a atividade física nos momentos de lazer (84,9%). Aproximadamente 57% dos usuários disseram receber orientação sobre a frequência para a prática de atividade física, 49,2% sobre a duração e 35,2% sobre a intensidade da atividade física. Em relação à mudança de comportamento após o recebimento do aconselhamento, 42,8% relataram o aumento da atividade física. Quanto à adesão ao aconselhamento, 65% disseram ter ao menos realizado alguma parte do aconselhamento por algum tempo. Para esses indivíduos, o principal motivo para mudar o comportamento foi achar a atividade física importante para a saúde (84,3%). Para os 71,7% que relataram não realizar todas as orientações, as principais barreiras foram preguiça (45,5%), falta de tempo (34,1%) e falta de companhia (27,6%) (Tabela 2).

A figura 1 mostra as prevalências dos estágios de mudança de comportamento para os indivíduos que receberam aconselhamento, comparando o estágio anterior e após o recebimento do aconselhamento. Antes do aconselhamento, as prevalências dos estágios de mudança de comportamento eram: pré-contemplação 38,3%, contemplação 6,3%, preparação 24,0%, ação 6,3% e manutenção 25,1%. Após o recebimento do aconselhamento para a prática de atividade física, os valores modificaram para: pré-contemplação 20,1% ($p<0,001$), contemplação 8,2% ($p=0,02$), preparação 30,4% ($p<0,001$), ação 8,7% ($p=0,25$) e manutenção 32,6% ($p<0,001$).

A Tabela 3 apresenta os resultados da associação bruta e ajustada entre as variáveis independentes e o desfecho aconselhamento para a prática de atividade física. Na análise bruta, o aconselhamento esteve associado com o aumento da idade, com o diagnóstico médico referido de hipertensão arterial e diabetes mellitus, com os indivíduos com obesidade, com quem referiu o uso de algum medicamento de maneira contínua e com os sujeitos que estiveram mais vezes na UBS durante o último ano. Na análise ajustada, permaneceram associadas ao desfecho o aumento da idade, o diagnóstico médico referido de hipertensão arterial, o uso de algum medicamento de maneira contínua e o maior número de vezes em que o sujeito esteve na UBS no último ano, sendo que para os três últimos citados a magnitude da diferença foi menor.

Discussão

A prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física encontrada nesse estudo foi de 35,4%. Esse achado foi semelhante à pesquisa realizada por Siqueira et al.⁷ (28,9% em adultos e 38,9% em idosos), a qual foi realizada em 240 UBS de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cabe destacar que a presente pesquisa verificou o aconselhamento recebido pelo paciente na UBS durante o último ano. Já o estudo de Siqueira

et al.⁷ descreveu a prevalência de aconselhamento em algum momento da vida, aumentando assim a probabilidade do sujeito ter recebido orientação para a prática de atividade física. Levando em consideração que as UBS estão inseridas no primeiro nível de atenção a saúde, esses locais devem promover ações para direcionar as pessoas para estilos de vida saudáveis e consequentemente a prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física deveria ser maior.

Nosso estudo descreve algumas variáveis sobre o recebimento do aconselhamento para a atividade física, visto que são poucas pesquisas que avaliam alguns desses fatores exclusivamente em usuários de UBS. Um fator positivo observado foi que grande parte dos indivíduos receberam aconselhamento em cinco ou mais vezes durante o último ano. Embora o aconselhamento tenha apresentado uma prevalência que deveria ser maior, nota-se que entre aqueles indivíduos que receberam aconselhamento, isso foi feito em mais de uma oportunidade. Esse fato caracteriza que naquelas UBS ou aqueles profissionais que aconselham a prática de atividade física, o aconselhamento faz parte de uma rotina nas suas ações.

O aconselhamento para a prática de atividade física foi realizado em sua grande maioria por médicos, indo ao encontro de outras pesquisas realizadas no Brasil sobre recebimento de aconselhamento por profissionais de saúde^{8,14,15}. O motivo dos médicos serem os profissionais que mais aconselham pode estar ligado ao fato de que as consultas médicas estão entre os procedimentos mais procurados pelos pacientes em UBS^{16,17}. Porém, atendimentos básicos de enfermagem também são muito solicitados¹⁶ e esse grupo profissional apresentou baixa prevalência de aconselhamento.

A maioria dos pacientes foram orientados a realizar atividade física durante seu tempo de lazer. Esse achado é importante no sentido de que se deve orientar as pessoas a

1 modificarem seu comportamento nos domínios em que elas possuem essa opção, como no
2 lazer e no deslocamento¹⁸.

3 Em relação à mudança de comportamento, 42,8% dos entrevistados relataram o
4 aumento da atividade física após o recebimento do aconselhamento, resultado superior ao
5 encontrado no estudo de Duro et al.¹⁵, no qual foram entrevistados indivíduos da zona urbana
6 de 100 cidades do Brasil, sendo que 31,1% referiram o aumento da atividade física após
7 receber aconselhamento de médicos ou profissionais de educação física. Nossa hipótese para
8 este achado está relacionado a possibilidade de na cidade de Pelotas a prevalência de
9 aconselhamento ser maior de que em outras cidades devido ao fato de existirem algumas
10 intervenções com atividade física em UBS do município e a grande presença dos programas
11 de pós-graduação em educação física e epidemiologia que podem estar determinando que o
12 aconselhamento e, conseqüentemente, a mudança de comportamento seja maior.

13 Quanto ao principal motivo para seguir ao aconselhamento mudando o
14 comportamento, a maioria das pessoas disseram ser por acreditar que a atividade física é
15 importante para a saúde. Provavelmente o achado seja devido ao fato de ser o médico o
16 profissional que mais aconselha e as pessoas ainda considerarem muito as indicações médicas
17 no sentido de cuidar da saúde.

18 Em relação às barreiras para aderir ao aconselhamento, nosso estudo vai ao encontro
19 da literatura^{8,9}, onde a preguiça e a falta de tempo estão entre os principais problemas para os
20 usuários de UBS mudarem seu comportamento. No entanto, temos uma hipótese que a
21 preguiça e a falta de tempo podem também representar um pouco da insegurança que as
22 pessoas percebem para realizar atividade física, principalmente relacionada a segurança
23 pública. Essa hipótese deve ser mais estudada em outras oportunidades.

24 Analisando os estágios de mudança de comportamento, foi possível observar que o
25 aconselhamento foi efetivo para o direcionamento dos indivíduos para a adoção de

comportamento ativo. Não foram encontrados estudos com o mesmo delineamento investigando esse fator, porém uma intervenção realizada com o objetivo de implementar e avaliar o aconselhamento para a prática de atividade física em adultos atendidos pela estratégia de saúde da família, também apontou que o aconselhamento pode ser eficaz para modificar o comportamento dos pacientes¹¹. Nossa hipótese para isso é de que talvez pela proximidade das UBS e de suas equipes de profissionais com a população adstrita, os aconselhamentos podem estar sendo mais efetivos do que aqueles feitos para a população em geral.

O número crescente de aconselhamento para a prática de atividade física nos indivíduos com mais idade é consistente com a literatura^{7,19}, fato que demonstra o envolvimento do serviço de saúde com essa população que necessita dessas orientações devido as mudanças fisiológicas que acomete as pessoas com o avançar da idade.

Observou-se no presente estudo, que estiveram associados ao desfecho na análise bruta o diagnóstico médico de hipertensão arterial, o diagnóstico médico de diabetes mellitus e a obesidade, corroborando com pesquisas que avaliaram populações da atenção básica à saúde^{7,8,14,19}. Entretanto, na análise ajustada, apenas o diagnóstico médico de hipertensão arterial manteve-se associado ao desfecho. Esses resultados são positivos levando em consideração todos os benefícios que a prática de atividade física pode gerar no controle dessas morbidades²⁰. No ano de 2012, foi publicado um estudo onde os autores referiram que para reduzir os níveis de pressão arterial, seriam mais eficazes medidas populacionais, incentivando a diminuição do consumo de sal, a alimentação saudável e a prática de atividade física²¹.

Similarmente ao estudo de Siqueira et al.⁷, verificou-se que quanto mais medicamentos as pessoas utilizam de maneira regular maior é a probabilidade de receber aconselhamento para a prática de atividade física. No mesmo sentido das doenças crônicas

1 citadas anteriormente, pacientes que consomem medicamentos de maneira contínua acabam
2 apresentando maiores necessidades em cuidados de saúde.

3 Os resultados mostraram associação entre o aconselhamento para a prática de
4 atividade física e o número de vezes em que o paciente esteve na UBS durante o último ano.
5 Pesquisa realizada por Dias-da-Costa et al.²², apontou que os indivíduos que consultaram com
6 maior frequência possuíam maior probabilidade para receber ações preventivas com relação à
7 saúde.

8 Considerando os resultados do presente estudo, conclui-se que o aconselhamento
9 para a prática de atividade física embora já seja realizado nas UBS ainda apresenta
10 prevalência muito baixa em relação aos benefícios que pode apresentar. Acreditamos que se a
11 baixa prevalência de aconselhamento apresentada determinou influência positiva em relação
12 aos estágios de mudança de comportamento, o aumento do aconselhamento poderá ter
13 impacto muito maior, beneficiando a população de usuários de UBS.

14 Assim, sugere-se que sejam realizadas intervenções com profissionais da saúde de
15 UBS a fim de estimular o aumento da prevalência de aconselhamento para a prática de
16 atividade física, tanto de maneira individual quanto coletiva.

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1 **Referências**

- 2 1. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de organização da atenção básica. Brasília, p. 40,
3 1999.
- 4 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção
5 Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, p. 110, 2012.
- 6 3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à
7 Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, p. 60, 2010.
- 8 4. US Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory
9 Committee Report. U.S. Public Health Service, 2008.
- 10 5. Warburton DER, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SSD. A systematic review
11 of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. Int J Behav Nutr Phys
12 Act. 2010; 7(39): 1-220.
- 13 6. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2010.
- 14 7. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, et al.
15 Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. Cad
16 Saude Publica. 2009; 25(1): 203-13.
- 17 8. Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA, Oliveira HBS, Almeida LMR, et al.
18 Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da Atenção
19 Primária. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(4): 14-21.
- 20 9. Toledo MTT, Abreu MN, Lopes ACS. Adesão a modos saudáveis de vida mediante
21 aconselhamento por profissionais de saúde. Rev. Saúde Públ. 2013; 47(3): 540-48.
- 22 10. Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. J clin psycho. 2011; 67(2): 143-
23 54.

- 1 11. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos
2 atendidos pela Estratégia Saúde da Família: programa ação e saúde Floripa – Brasil. Rev.
3 bras. ativ. fís. Saúde. 2008; 13(1): 44-56.
- 4 12. Dumith SC, Gigante DP, Domingues MR. Stages of change for physical activity in adults
5 from Southern Brazil: a population-based survey. Int J Behav Nutr Phys Act. 2007; 4(1): 1-
6 25.
- 7 13. Dumith SC, Domingues MR, Gigante DP. Estágios de mudança de comportamento para a
8 prática de atividade física: uma revisão da literatura. Rev. bras. cineantropom. desempenho
9 hum. 2008; 10(3): 301-7.
- 10 14. Lopes ACS, Toledo MTT, Câmara AMCS, Menzel HJK, Santos LC. Condições de saúde
11 e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo
12 Horizonte-MG. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014; 23(3): 475-86.
- 13 15. Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, Facchini LA. Adult Physical
14 Activity Counseling by Health Professionals in Brazil: A National Urban Population Survey.
15 J Phys Act Health. 2015; 12(8): 1177-83.
- 16 16. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al.
17 Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e
18 Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. Ciênc. saúde colet. 2011; 16(11):
19 4395-4404.
- 20 17. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale LR, Castro MA, et al. A
21 Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte:
22 problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. Saúde soc. 2013; 22(1): 211-22.
- 23 18. Florindo AA, Andrade DR. Experiências de promoção da atividade física na estratégia de
24 saúde da família. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2015.

- 1 19. Sinclair J, Lawson B, Burge F. Which patients receive advice on diet and exercise? Do
2 certain characteristics affect whether they receive such advice?. *Can Fam Physician*. 2008;
3 54(3): 404-12.
- 4 20. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease
5 attributable to selected major risks. 2009.
- 6 21. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Ezzati M, Bhala N, Amuyunzu-Nyamongo M, et al.
7 Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. *Lancet*. 2012; 380(9850): 1283-5.
- 8 22. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, et al.
9 Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns
10 fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saude Publica*. 2008;
11 24(2): 353-63.

Tabela 1. Descrição das variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde dos usuários das unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS (N=525).

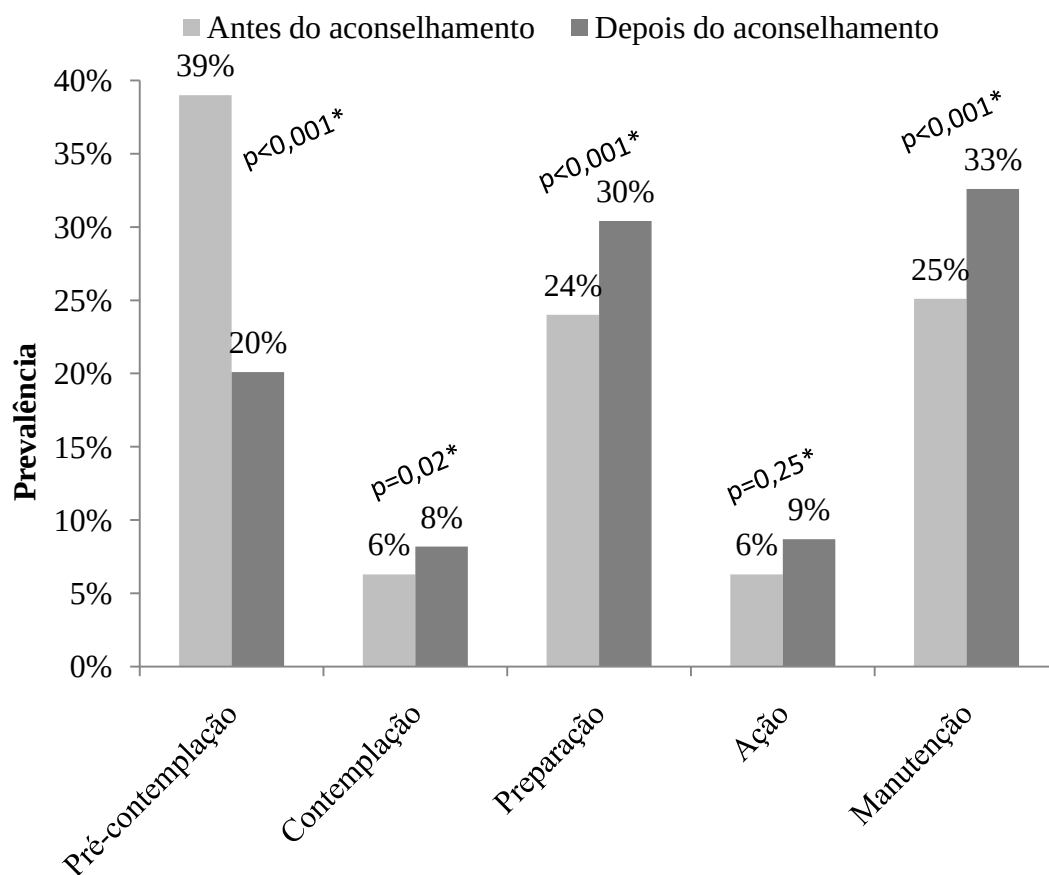
Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	102	19,4
Feminino	423	80,6
Idade		
18-29	115	21,9
30-39	87	16,6
40-49	83	15,8
50-59	101	19,2
60 ou mais	139	26,5
Cor da pele		
Branca	412	79,5
Não-Branca	106	20,5
Situação conjugal		
Sem companheiro (a)	201	38,3
Com companheiro (a)	324	61,7
Renda mensal (salários mínimos)		
Sem renda	115	23,0
Até 1	251	50,2
1,01-2	97	19,4
2,01-3	27	5,4
3,01 ou mais	10	2,0
Atividade física (lazer)		
Insuficientemente ativo	414	79,5
Ativo	107	20,5
Tabagismo		
Nunca fumou	276	52,9
Ex-fumante	127	24,3
Fumante	119	22,8
Autopercepção de saúde		
Excelente	16	3,1
Muito boa	46	8,9
Boa	201	38,8
Regular	206	39,7
Ruim	49	9,5
Diagnóstico médico referido de hipertensão arterial		
Não	304	58,2
Sim	218	41,8
Diagnóstico médico referido de diabetes mellitus		
Não	440	84,3
Sim	82	15,7
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Normal	155	37,4

Sobrepeso	139	33,6
Obesidade	120	29,0
Número de medicamentos referidos para uso contínuo		
Nenhum	210	40,2
1-2	123	23,6
3 ou mais	189	36,2
Número de vezes em que esteve na UBS no último ano		
1-2	125	24,0
3-4	121	23,3
5 ou mais	274	52,7

Tabela 2. Descrição das variáveis relacionadas ao recebimento de aconselhamento para atividade física dos usuários das unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS (N=185).

Variáveis	N	%
Número de vezes em que recebeu aconselhamento no último ano		
1	49	26,6
2-4	62	33,7
5 ou mais	73	39,7
Período do último aconselhamento		
Até 5 meses	123	75,0
6 meses ou mais	41	25,0
Local do aconselhamento		
Consulta	168	90,8
Grupo em que participava na UBS	9	4,9
Sala de espera	6	3,2
Onde verificou a pressão arterial	3	1,6
Profissional que realizou o aconselhamento		
Médico	148	80,0
Enfermeiro	18	9,7
Nutricionista	13	7,0
Profissional de educação física	6	3,2
Assistente social	4	2,2
Psicólogo	1	0,5
Conteúdo do aconselhamento		
Caminhar	130	70,3
Fazer qualquer atividade física	43	23,2
Andar de bicicleta	12	6,5
Ginástica	8	4,3
Ir a UBS falar com o educador físico	7	3,8
Hidroginástica	4	2,2
Alongamentos	3	1,6
Zumba	1	0,5
Pilates	1	0,5
Futebol	1	0,5
Domínio do aconselhamento		
Lazer	157	84,9
Trabalho	2	1,1
Deslocamento	1	0,5
Doméstico	1	0,5
Não foi especificado	22	11,9
Tipo do aconselhamento		
Verbal	175	97,2
Verbal e por escrito	5	2,8
Orientação sobre a frequência da atividade física		
Não	77	42,8
Sim	103	57,2

Orientação sobre a duração da atividade física		
Não	91	50,8
Sim	88	49,2
Orientação sobre a intensidade da atividade física		
Não	116	64,8
Sim	63	35,2
Percepção sobre a prática de atividade física após o aconselhamento		
Aumentou	77	42,8
Diminuiu	6	3,3
Permaneceu a mesma	97	53,9
Adesão ao aconselhamento		
Realizou todas as recomendações	51	28,3
Realizou todas as recomendações, mas parou	4	2,2
Realizou apenas algumas recomendações	53	29,5
Realizou algumas recomendações, mas parou	9	5,0
Não realizou nenhuma recomendação	63	35,0
Motivo para mudar o comportamento		
Devido ao aconselhamento do profissional de saúde	8	7,0
Gostar de fazer atividade física	9	7,8
Achar a atividade física importante para a saúde	97	84,3
Para manter o peso	1	0,9
Barreiras para mudar o comportamento		
Falta de tempo	42	34,1
Preguiça	56	45,5
Não ter local adequado	24	19,5
Lesão	3	2,4
Falta de dinheiro	19	15,4
Falta de companhia	34	27,6
Acha chato	14	11,4
Falta de segurança na rua	28	22,8
Outros	47	37,0



* Valores de p pelo teste de Qui-quadrado para heterogeneidade.

Figura 1. Estágios de mudança de comportamento antes e após o recebimento de aconselhamento para a prática de atividade física dos usuários das unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS (N=185).

Tabela 3. Prevalência, análises bruta e ajustada do desfecho aconselhamento para atividade física em relação às variáveis independentes, para os usuários das unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS (N=525).

Variáveis [nível]	%	Análise bruta RP (IC 95%)	p	Análise ajustada RP (IC 95%)	p
Sexo [1]			0,87*		0,22*
Masculino	34,6	1		1	
Feminino	35,5	1,02 (0,76-1,38)		1,16 (0,87-1,56)	
Idade [1]			<0,001**		<0,001**
18-29	21,7	1		1	
30-39	26,4	1,21 (0,74-2,00)		1,19 (0,73-1,95)	
40-49	30,1	1,38 (0,86-2,23)		1,38 (0,86-2,23)	
50-59	46,5	2,14 (1,42-3,21)		2,15 (1,44-3,23)	
60 ou mais	47,5	2,18 (1,47-3,22)		2,22 (1,50-3,29)	
Cor da pele [1]			0,75*		0,51*
Branca	35,1	1		1	
Não-Branca	36,8	1,04 (0,78-1,39)		1,10 (0,83-1,46)	
Situação conjugal [1]			0,74*		0,25*
Sem companheiro (a)	34,5	1		1	
Com companheiro (a)	35,9	1,04 (0,82-1,32)		1,15 (0,91-1,46)	
Renda mensal (salários mínimos) [1]			0,18**		0,27**
Sem renda	29,6	1		1	
Até 1	38,5	1,30 (0,99-1,80)		1,10 (0,80-1,51)	
1,01-2	29,9	1,01 (0,67-1,53)		0,96 (0,64-1,44)	
2,01-3	48,1	1,63 (1,00-2,64)		1,53 (0,96-2,43)	
3,01 ou mais	50,0	1,69 (0,85-3,34)		1,41 (0,68-2,92)	
Atividade física (lazer) [2]			0,16*		0,10*
Insuficientemente ativo	34,0	1		1	
Ativo	41,1	1,21 (0,93-1,57)		1,23 (0,95-1,58)	
Tabagismo [2]			0,32*		0,42*
Nunca fumou	35,6	1		1	
Ex-fumante	41,3	1,16 (0,89-1,50)		1,02 (0,78-1,32)	
Fumante	28,6	0,80 (0,58-1,11)		0,86 (0,63-1,18)	
Autopercepção de saúde [3]			0,14**		0,74**
Excelente	33,3	1		1	
Muito boa	28,3	0,85 (0,36-1,99)		0,83 (0,34-2,06)	
Boa	35,3	1,06 (0,50-2,22)		0,97 (0,45-2,10)	
Regular	35,4	1,06 (0,51-2,23)		0,90 (0,42-1,93)	
Ruim	46,9	1,41 (0,65-3,06)		1,09 (0,48-2,46)	
Diagnóstico médico referido de hipertensão arterial [4]			<0,001*		0,001*
Não	25,0	1		1	
Sim	50,5	2,02 (1,59-2,55)		1,67 (1,22-2,28)	
Diagnóstico médico referido de diabetes mellitus [4]			<0,001*		0,67*
Não	32,6	1		1	
Sim	51,2	1,57 (1,22-2,01)		1,07 (0,79-1,43)	

Índice de Massa Corporal (IMC) [4]			0,002**	0,18**
Normal	31,2	1	1	
Sobrepeso	27,5	0,88 (0,62-1,26)	0,70 (0,50-0,98)	
Obesidade	50,8	1,63 (1,21-2,19)	1,22 (0,91-1,65)	
Número de medicamentos referidos para uso contínuo [5]			<0,001**	0,04**
Nenhum	20,0	1	1	
1-2	39,3	1,97 (1,39-2,79)	1,53 (1,01-2,31)	
3 ou mais	50,5	2,53 (1,86-3,43)	1,65 (1,04-2,61)	
Número de vezes em que esteve na UBS no último ano [6]			<0,001**	<0,001**
1-2	16,9	1	1	
3-4	33,9	2,00 (1,26-3,18)	1,89 (1,11-3,22)	
5 ou mais	44,7	2,64 (1,75-3,98)	2,54 (1,55-4,16)	

* Valores de p calculados pelo teste de Wald para heterogeneidade

** Valores de p calculados pelo teste de Wald de tendência linear

DIVULGAÇÃO PARA A IMPRENSA

Pesquisa descreve o aconselhamento para a prática de atividade física e a mudança de comportamento em usuários de unidades básicas de saúde de Pelotas/RS

As unidades básicas de saúde possuem a função de desenvolver ações que incentivem a promoção da saúde dos indivíduos, onde o aconselhamento para a prática de atividade física é uma importante ferramenta para atingir esse objetivo, pois pessoas que praticam atividade física apresentam benefícios com relação a diversos aspectos da saúde. Nesse sentido, foi desenvolvida uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Pelotas, realizada por Vítor Häfele, sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Vinholes Siqueira, em que foram entrevistados 525 usuários em 35 unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

Os resultados do estudo mostraram que 35,4% dos entrevistados receberam aconselhamento para a prática de atividade física nos 12 meses anteriores a entrevista. O aconselhamento foi mais frequente entre as pessoas com maior idade, com diagnóstico médico referido de hipertensão arterial, que faziam uso de algum medicamento de maneira contínua e que estiveram mais vezes na unidade básica de saúde no último ano.

Além disso, a pesquisa também mostrou que os indivíduos que receberam aconselhamento para a prática de atividade física modificaram para melhor o estágio de mudança de comportamento relacionado ao período anterior e após o aconselhamento (os estágios de mudança de comportamento apresentam as intenções dos indivíduos em começar ou manter a prática regular de atividade física).

Dessa forma, os autores concluíram que o aconselhamento para a prática de atividade física em unidades básicas de saúde deve melhorar e que os estágios de mudança de comportamento foram influenciados positivamente pelo aconselhamento.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA Dados de identificação	
01. Número da UBS: ____	NUBS ____
02. N° do questionário: ____	NQUES ____
03. Nome da UBS: _____	
04. Qual é o seu nome? _____	
05. Qual é o número do telefone para contato? _____ (9) IGN	TEL _____
06. Qual é o seu endereço? _____ (9) IGN	
07. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	SEXO ____
08. Cor da pele: (0) Branca (1) Não branca (9) IGN	COR ____
09. Qual é a sua idade? ____ anos (999) IGN	IDADE ____
10. Qual é a sua situação conjugal? (0) Sem companheiro(a) (1) Com companheiro(a) (9) IGN	SITCONJ ____
11. Qual é a sua escolaridade? (Anos completos de estudo) _____ (99) IGN	ESCOLA ____
12. Qual é sua renda mensal em salário(s) mínimo(s)? _____ (9) IGN	RENDA ____
13. Durante o último ano, quantas vezes o(a) Sr(a) esteve nesta UBS? (0) Uma (1) Duas (2) Três (3) Quatro (4) Cinco ou mais (9) IGN	VEZUBS ____
14. Quais foram os motivos das suas vindas na UBS durante o último ano? (0) Consultar (1) Vacinação (2) Retirar remédios (3) Exames de rotina (4) Outro – Qual? _____ (99) IGN	MOTVIN ____
15. SE FOI CONSULTAR, qual foi o motivo da consulta? _____ _____ (88) NSA (99) IGN	MOTCON ____
Agora vamos falar sobre aconselhamento para a prática de atividade física nesta UBS	

16. Durante o último ano, nas vezes em que o Sr(a) esteve na UBS, alguma vez recebeu aconselhamento para praticar atividade física? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 31 (1) Sim (9) IGN	ACOAFANO ____
17. Quantas vezes o(a) Sr(a) recebeu o aconselhamento para praticar atividade física no último ano? (0) Uma (1) Duas (2) Três (3) Quatro (4) Cinco ou mais (8) NSA (9) IGN	VEZACO ____
18. Há quanto tempo foi o último aconselhamento? ____ meses (88) NSA (99) IGN	TEMULTACO ____
19. Qual foi o local do aconselhamento? (0) Consulta (1) Sala de espera (2) Grupo em que participa na UBS (3) Outro – Qual? _____ (88) NSA (99) IGN	LOCACO ____
20. Qual foi o profissional que lhe aconselhou? (0) Médico (1) Enfermeiro (2) Professor de educação física (3) Nutricionista (4) Fisioterapeuta (5) Outro/Qual? _____ (88) NSA (99) IGN	PROFACO ____
21. Qual foi o conteúdo do aconselhamento? (0) Fazer qualquer atividade física (1) Caminhar (2) Correr (3) Jogar futebol (4) Outro/qual: _____ (88) NSA (99) IGN	CONTACO ____
22. O aconselhamento foi para o(a) Sr(a) realizar atividade física: (0) No lazer (tempo livre) (1) No trabalho (2) No deslocamento (3) Nas atividades domésticas (4) Não foi especificado (8) NSA (9) IGN	DOMACO ____
23. O aconselhamento para a atividade física foi: (0) Apenas falado (1) Falado e recebeu por escrito (2) Apenas por escrito (8) NSA (9) IGN	TIPOACO ____

24. O(a) Sr(a) recebeu orientação sobre quantas vezes por semana a atividade física deveria ser feita? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FREAF ____
25. O(a) Sr(a) recebeu orientação sobre o tempo que a atividade física deveria ter? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	DURAF ____
26. O(a) Sr(a) recebeu orientação sobre a intensidade da atividade física? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM. Qual foi a intensidade orientada? (0) Leve (1) Moderada (2) Vigorosa (8) NSA (9) IGN	INTAF ____ INTOR ____
27. Após o aconselhamento, o(a) Sr(a) diria que o seu nível de atividade física: (0) Aumentou (1) Diminuiu (2) Permaneceu o mesmo (8) NSA (9) IGN	AFPOSACO ____
28. Após o aconselhamento, o(a) Sr(a) diria que: (0) Realiza todas as recomendações → PULE PARA A QUESTÃO 30 (1) Realizou todas as recomendações, mas agora parou (2) Realiza apenas algumas recomendações (3) Realizou apenas algumas orientações, mas agora parou (4) Não realizou nenhuma recomendação → NÃO RESPONDER A 30 (8) NSA (9) IGN	ADESACO ____
29. Por que o(a) Sr(a) não realizou todas as recomendações? Falta de tempo (0) Não (1) Sim Preguiça (0) Não (1) Sim Não ter local adequado (0) Não (1) Sim Se machucou (0) Não (1) Sim Falta de dinheiro (0) Não (1) Sim Falta de companhia (0) Não (1) Sim Acha chato, não gosta (0) Não (1) Sim Sente-se com falta de segurança na rua (0) Não (1) Sim Outro/qual: _____ (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	TEMPO ____ PREG ____ LOCAL ____ LESAO ____ DINHE ____ COMP ____ CHATO ____ INSEG ____ OUTRO ____
30. Qual desses motivos é o <u>PRINCIPAL</u> para o(a) Sr(a) realizar atividade física? (0) O aconselhamento recebido pelo profissional da saúde (1) Gostar de fazer atividade física (2) Achar importante para a saúde (3) Outro/qual: _____ (8) NSA (9) IGN	MOTAF ____
<i>Agora vamos falar sobre atividades físicas, como caminhadas, exercícios e esportes, feitas de maneira regular, e que façam a sua respiração ficar mais forte que o normal</i>	
31. O(A) Sr(a) faz atividade física regular, isto é, pelo menos 20 minutos em 3	

dias da semana? (0) Não (1) Sim → PULE PARA A QUESTÃO 34 (9) IGN	AFRE ____
32. O(A) Sr(a) pretende começar a fazer atividade física regular nos próximos 6 meses? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 35 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	PAFRE6 ____
33. O(A) Sr(a) pretende começar a fazer atividade física regular nos próximos 30 dias? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 35 (1) Sim → PULE PARA A QUESTÃO 35 (8) NSA (9) IGN	PAFRE30 ____
34. O(A) Sr(a) faz atividade física regular há mais de 6 meses? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	AFRE6 ____
SOMENTE PARA QUEM RECEBEU ACONSELHAMENTO. QUEM NÃO RECEBEU VAI PARA A QUESTÃO 39 AGORA PENSE NO PERÍODO ANTES DE RECEBER O ACONSELHAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	
35. O(A) Sr(a) fazia atividade física regular, ANTES DE RECEBER O ACONSELHAMENTO, isto é, pelo menos 20 minutos em 3 dias da semana? (0) Não (1) Sim → PULE PARA A QUESTÃO 38 (9) IGN	ACAFRE ____
36. Nos 6 meses anteriores ao recebimento do aconselhamento, o(a) Sr(a) pretendia começar a fazer atividade física regular? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 39 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ACPAFRE6 ____
37. Nos 30 dias anteriores ao recebimento do aconselhamento O(A) Sr(a) pretendia começar a fazer atividade física regular? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 39 (1) Sim → PULE PARA A QUESTÃO 39 (8) NSA (9) IGN	ACPAFRE30 ____
38. O(A) Sr(a) fazia atividade física regular há mais de 6 meses, antes de receber o aconselhamento? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ACAFRE6 ____
IPAQ – Atividades físicas de recreação, esporte, exercício e de lazer	
Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana habitual unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer.	

Pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos contínuos.		
39. Em uma semana habitual, quantos dias o(a) Sr(a) faz caminhadas no seu tempo livre? _____ dias por semana (0) Nenhum → PULE PARA 41 (9) IGN	CAMDIA ____	
40. Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia? _____ minutos (888) NSA (999) IGN	TEMCAM ____	
41. Em uma semana habitual, quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por ex.: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc. _____ dias por semana (0) Nenhum → PULE PARA 43 (9) IGN	AFFOR ____	
42. Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades fortes, quanto tempo no total elas duram por dia? _____ minutos (888) NSA (999) IGN	TEMPOR ____	
43. Em uma semana habitual, quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas MODERADAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc. _____ dias por semana (0) Nenhum → PULE PARA 45 (9) IGN	AFMED ____	
44. Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades moderadas, quanto tempo no total elas duram por dia? _____ minutos (888) NSA (999) IGN	TEMMED ____	
IPAQ – Atividades físicas como meio de transporte		
Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros. Pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro.		
45. Em uma semana habitual, quantos dias você anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício) _____ dias por semana (0) Nenhum → PULE PARA 47 (9) IGN	BICDIA ____	
46. Nos dias que você pedala, quanto tempo no total você pedala por dia para ir de um lugar para outro? _____ minutos (888) NSA (999) IGN	TEMBIC ____	
47. Em uma semana habitual, quantos dias você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (NÃO inclua caminhada por lazer ou exercício) _____ dias por semana (0) Nenhum → PULE PARA 49 (9) IGN	CAMDES ____	
48. Nos dias que você caminha, quanto tempo no total você caminha por dia para ir de um lugar para outro? _____ minutos (888) NSA (999) IGN	TEMCAMDES ____	
Agora vamos falar sobre sua saúde		

49. Como o(a) Sr(a) considera a sua saúde? (0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (9) IGN	AUTSAU ____
50. Em alguma consulta, algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem hipertensão (pressão alta)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	HIPERT ____
51. Em alguma consulta, algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	DIABET ____
52. Em alguma consulta, algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) possui outra doença? (0) Não (1) Sim SE SIM, quais? (88) NSA (99) IGN	OUTDOEN ____ OUTQUAL1 ____ OUTQUAL2 ____ OUTQUAL3 ____
53. O(a) Sr(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumei (1) Já fumei, mas parei (2) Sim, fumo um ou mais cigarros por dia a pelo menos um mês (9) IGN	FUMO ____
54. O(A) Sr(a) faz uso de medicamentos de maneira regular? (0) Não (1) Sim SE SIM, quantos? ____ (88) NSA (99) IGN	MEDIC ____ NMEDC ____
55. Qual é a sua altura: ____ cm (9) IGN	ALT ____
56. Qual é o seu peso corporal: ____ kg (9) IGN	PESO ____
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO	

ANEXO II – Carta de anuência entregue para a Secretaria Municipal de Saúde

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**



Carta de anuência

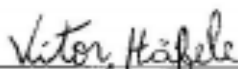
Prezada Sra. Eliedes de Freitas Ribeiro
Diretora de Ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde

Eu, Vítor Häfele, estou planejando realizar a pesquisa intitulada “Aconselhamento para a prática de atividade física e estágios de mudança de comportamento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS”, cujo projeto faz parte do grau de exigência para realização de Dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFPel, sob orientação do Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira e co-orientação da Prof. Dra. Denise Silva da Silveira, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. (Projeto em anexo). Por consequência, venho através desta carta solicitar sua autorização para a coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde da zona Urbana da cidade de Pelotas/RS (exceto as Unidades Básicas de Saúde puericultura e presídio). Informo que não haverá custos para a instituição e, não irei interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas das Unidades Básicas de Saúde.

Esclareço que tal autorização é uma pré-condição para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

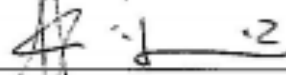
Agradeço antecipadamente seu apoio e compreensão, certo de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica em nossa região.

Pelotas, 22 de setembro de 2015.



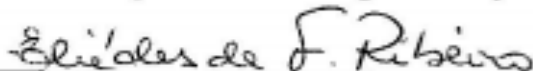
Vítor Häfele

Mestrando do Curso de Pós-Graduação em Educação Física ESEF/UFPel



Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira
Escola Superior de Educação Física

Conforme o exposto acima, estou de acordo em colaborar com a pesquisa “Aconselhamento para a prática de atividade física e estágios de mudança de comportamento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS”, e permitir a consulta de dados e informações que possam contribuir para o pesquisador, de acordo com os preceitos éticos preservando a integridade da pessoa física.



Eliedes de Freitas Ribeiro

Diretora de Ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO III – Carta de apresentação para os responsáveis das unidades básicas de saúde

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Projeto “Aconselhamento para a prática de atividade física e estágios de mudança de comportamento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS”

Pelotas, de setembro de 2015

Prezado Sr(a) Coordenador(a) da Unidade Básica de Saúde;

É com grande satisfação que encaminho a Vossa Senhoria a solicitação para a execução da Coleta de Dados do referido projeto nesta Unidade Básica de Saúde. Os dados coletados possibilitarão a execução da minha dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação Nível Mestrado da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (ESEF/UFPel).

O estudo citado acima inclui entrevistas com 15 usuários de cada uma das UBS da zona urbana da cidade de Pelotas/RS e tem como objetivo geral descrever o recebimento de aconselhamento à prática de atividade física na UBS e o posterior estágio de mudança de comportamento.

As estratégias de investigação terão caráter absolutamente confidencial, sem expor os indivíduos e sem nenhum prejuízo ao andamento das atividades da UBS. Todas as coletas serão realizadas na sala de espera durante o período de espera da consulta.

O projeto está aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, cumprindo rigorosamente as recomendações éticas previstas na legislação vigente.

Destaco que Vossa colaboração será fundamental para o êxito do trabalho, permitindo a obtenção de informações de boa qualidade sobre o tema na população adstrita as UBS.

Agradeço antecipadamente vossa acolhida e permaneço à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente;

Vítor Häfele

Mestrando do Curso de Pós-Graduação em Educação Física ESEF/UFPel

ANEXO IV – Documento de aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO FÍSICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aconselhamento para a prática de atividade física e estágios de mudança de comportamento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS

Pesquisador: Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47961115.3.0000.5313

Instituição Proponente: Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.207.987

Apresentação do Projeto:

Os benefícios da prática de atividade física para a saúde dos indivíduos estão bem documentados na literatura. Sendo as Unidades Básicas de Saúde consideradas como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e tendo a função de oportunizar as pessoas a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, é fundamental verificar se os profissionais de saúde estão promovendo o aconselhamento para a prática de atividade física e, além disso, analisar qual é o estágio de mudança de comportamento que o usuário se encontra após recebê-lo.

Objetivo da Pesquisa:

Será verificar a prevalência de aconselhamentos para a prática de atividade física e sua associação com os estágios de mudança de comportamento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS. Para isso, será realizado um estudo transversal de base populacional com indivíduos de 18 anos ou mais usuários de Unidades Básicas de Saúde da zona urbana da cidade de Pelotas, que estarão aguardando atendimento na sala de espera. Os critérios de exclusão serão: indivíduos que relataram estar na sua primeira consulta na UBS; Sujeitos que consultaram pela última vez quando tinham idade inferior a 18 anos; Indivíduos que no último ano não utilizaram a UBS; acompanhantes de paciente que não são usuários da UBS; pessoas

Endereço: Luis de Camões, 625

Bairro: Tablada

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3273-2752

CEP: 96.055-630

E-mail: schivi@terra.com.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO FÍSICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



Continuação do Parecer: 1.207.987

impossibilitadas de se manifestarem livremente. Para verificar os estágios de mudança de comportamento será utilizado o instrumento proposto por Dumith et al. 2008, o qual divide os indivíduos em cinco categorias de acordo com suas intenções em relação a prática de atividade física.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo será realizado apenas com entrevistas, na sala de espera das UBS, sem coleta de material biológico, o que caracteriza um estudo de riscos inexistentes para os participantes. Além disto, todos os cuidados serão tomados para a coleta de informação de forma sigilosa e em local na sala de espera que garanta confidencialidade.

Os benefícios de participar da pesquisa relacionam-se ao fato de que os resultados serão incorporados ao conhecimento científico de uma área de investigação ainda muito necessitada de informações em relação a atividade física desta população específica de usuários de UBS. Outros benefícios fazem relação ao fato de os resultados poderem ser posteriormente repassados aos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde alvos do estudo. Também servirão como base para futuras elaborações e implementações de políticas públicas que visem o aumento da prática de atividade física entre os usuários de Unidades Básicas de Saúde além da promoção da saúde um dos objetivos da estratégia saúde da família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto está bem apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com o solicitado.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a)

O CEP considera o protocolo de pesquisa adequado, conforme parecer do relator, considerando as normas éticas de pesquisa em seres humanos. Solicita-se que o pesquisador responsável retorne com o RELATÓRIO FINAL ao término do estudo, considerando o cronograma estabelecido.

Endereço: Luis de Camões, 625

Bairro: Tablada

CEP: 96.055-630

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3273-2752

E-mail: schivi@terra.com.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO FÍSICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



Continuação do Parecer: 1.207.987

Att,

Suzete Chiviakowsky Clark

Presidente: CEP/ESEF/UFPEL

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TConsentimento.docx	06/08/2015 10:55:42		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	06/08/2015 10:58:14		Aceito
Outros	Instrumento de Pesquisa.docx	06/08/2015 10:59:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Vitor 06082015-2 CEP.docx	06/08/2015 16:31:55		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_564798.pdf	06/08/2015 16:32:38		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 31 de Agosto de 2015

**Assinado por:
Suzete Chiviakowsky
(Coordenador)**

Endereço: Luis de Camões,625

Bairro: Tablada

CEP: 96.055-630

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3273-2752

E-mail: schivi@terra.com.br

ANEXO V – Normas da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde

Instruções aos autores

1 ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde (Rev Bras Ativ Fís Saúde), periódico oficial da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, publica artigos veiculando os resultados de pesquisas e estudos sobre a temática da atividade física e saúde em diferentes subgrupos populacionais. A revista aceita artigos que se enquadrem em uma das seguintes categorias: artigos originais, revisões sistemáticas, editoriais e cartas ao editor. Além de artigos nestas categorias, interessam à revista manuscritos que se encaixem no escopo das seguintes seções especiais: da pesquisa à ação; pesquisa e pós-graduação em atividade física e saúde; e, experiências curriculares inovadoras em atividade física e saúde. Estudos epidemiológicos, clínicos, experimentais ou qualitativos focalizando a inter-relação “atividade física e saúde”, assim como os estudos sobre os padrões de atividade física em diferentes grupos populacionais, validação de métodos e instrumentos para medida da atividade física e estudos de intervenção para promoção da atividade física são exemplos de estudos que atendem à política editorial da revista.

É um periódico multidisciplinar que aceita contribuições de pesquisadores cujos esforços de investigação contribuam para o desenvolvimento da “área de atividade física e saúde”. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de que o trabalho não foi previamente publicado e nem está sendo analisado por outra revista, enquanto estiver em avaliação pelo conselho editoria da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Como forma de atestar formalmente que assumem esta responsabilidade, os autores deverão assinar declaração de acordo com o modelo fornecido pela revista. Os manuscritos devem ser inéditos e todos os autores devem ter contribuído substancialmente para o seu desenvolvimento de modo que estes possam assumir responsabilidade pela autoria dos mesmos (ver critérios de autoria no item 3.7). Admite-se a submissão de manuscrito contendo resultados de estudos que tenham sido preliminarmente publicados na forma de resumos.

2 AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde adota o sistema de revisão por pares. Isto quer dizer que os manuscritos submetidos à revista serão apreciados por dois ou mais revisores, indicados por um dos editores associados. O editor associado analisa os pareceres dos revisores e emite um relatório final conclusivo que é então enviado ao editor assistente para comunicação da decisão aos autores. O processo de revisão adotado é duplo-cego, assim nem os revisores ad hoc saberão quem são os autores do manuscrito nem os autores saberão quem foram os revisores do mesmo. A revista tem em seu corpo editorial revisores ad hoc (nacionais e internacionais) com experiência de pesquisa em atividade física e saúde.

O fluxo editorial inicia com uma avaliação preliminar, na qual o editor assistente analisa se o manuscrito foi preparado de acordo com a presente normatização (“Instruções aos Autores”). Se a formatação não estiver em conformidade com estas normas, o artigo é devolvido aos autores para reformulação. É importante lembrar que a submissão de manuscrito em desacordo com o disposto nesta norma é motivo suficiente para recusa. O processo de avaliação do manuscrito só é iniciado quando todos os documentos exigidos forem enviados (declaração de responsabilidade, declaração de conflito de interesses, declaração de autoria e cópia da certidão do Comitê de Ética para estudos com Seres Humanos ou com animais). Além disso, será exigido também a declaração de transferência de direitos autorais, conforme descrito no item 3.5 desta norma.

Na fase seguinte, um dos editores-chefes é designado para efetuar uma análise do manuscrito considerando: a compatibilidade em relação à política editorial da revista; e, a contribuição potencial do artigo para o avanço do conhecimento em atividade física. Se aprovado nesta fase, o manuscrito segue então para a próxima etapa do processo de avaliação, caso contrário, a recusa é imediatamente comunicada aos autores.

A terceira etapa na avaliação dos manuscritos tem início quando um dos editores associados é designado pelo editor-chefe para acompanhar o processo de avaliação do manuscrito. Nesta etapa, inicialmente, o editor associado julga o potencial do artigo, considerando o rigor científico, a originalidade e a qualidade linguística. Se aprovado nesta etapa, o manuscrito é encaminhado para análise por, no mínimo, dois revisores ad hoc, caso contrário, a recusa é imediatamente

comunicada aos autores. Se o manuscrito alcançar a fase de análise pelos revisores ad hoc, o editor associado aguarda os pareceres para subsidiar a sua decisão quanto ao aceite ou recusa do manuscrito.

A decisão em relação ao manuscrito será comunicada aos autores considerando três possibilidades: (1) RECUSADO, sem possibilidade de nova submissão; (2) REVISÕES REQUERIDAS; e, (3) ACEITO.

Caso a decisão editorial seja “revisões requeridas”, o autor terá trinta (30) dias a contar da data que foi comunicado sobre a decisão editorial, para reenviar a carta resposta aos revisores junto com o manuscrito corrigido.

Após aceite, os autores irão receber a prova tipográfica de seu artigo, a qual deve ser revisada e reenviada à RBAFS no prazo máximo de 48 horas.

3 PREPARAÇÃO E ENVIO DOS MANUSCRITOS

3.1 Submissões

A Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde aceita submissões espontâneas em seis categorias:

a) Artigos originais

Destina-se à veiculação de resultados de pesquisas conduzidas a partir da aplicação de métodos científicos rigorosos, passíveis de replicação e/ou generalização, abrangendo tanto as abordagens quantitativas quanto qualitativas de investigação em atividade física e saúde. Outras contribuições como revisões, relatos, estudo de casos, opiniões e pontos de vista não serão tratadas como artigos originais.

b) Artigos de revisão

Destina-se à veiculação de revisões sistemáticas por meio das quais os autores possam apresentar uma síntese de conhecimentos já disponíveis sobre um tópico relevante em atividade física e saúde.

c) Cartas ao editor

Trata-se de um espaço destinado ao leitor ou pesquisador que deseja submeter uma reflexão ou aprofundamento sobre o conteúdo de um artigo publicado na revista.

d) Seção especial “Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física e saúde”

É uma seção destinada à veiculação de artigos apresentando as bases conceituais, modelos lógicos e resultados de intervenções para promoção da atividade física e saúde. Busca-se nesta seção dar visibilidade a experiências de intervenção profissional que denotem um esforço de aplicação do conhecimento científico já produzido no desenvolvimento de ações de promoção da atividade física e saúde.

e) Seção especial “Pesquisa e pós-graduação em atividade física e saúde”

É uma seção destinada à veiculação de artigos apresentando experiências de pesquisa e de formação de pesquisadores. Interessam para esta seção as contribuições que descrevam modos de organização de grupos de pesquisa ou de trabalho em rede com vistas ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e ações de formação ou capacitação de recursos humanos para investigação em atividade física e saúde.

f) Seção especial “Experiências curriculares inovadoras em atividade física e saúde”

É um espaço destinado ao relato de experiências curriculares inovadoras na formação inicial (graduação) que tenham foco em atividade física e saúde.

Além dos artigos publicados nas categorias supramencionadas, por convite do Conselho Editorial, a revista poderá publicar também editoriais, comentários e posicionamentos. Contate a revista na eventualidade de dúvida quanto à aderência de um manuscrito em relação à política editorial ou quanto à classificação do manuscrito numa das categorias de submissão espontânea.

3.2 CONFLITO DE INTERESSES

A transparência do processo de revisão por pares e a credibilidade dos artigos publicados dependem, ao menos em parte, de como o conflito de interesses é tratado durante a redação, revisão por pares e tomada de decisão pelos editores. Este tipo de conflito pode emergir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar na elaboração ou avaliação dos manuscritos. Assim, tanto os autores quanto os revisores devem comunicar à revista sobre a existência de conflito de interesses de qualquer natureza. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar a existência de conflito financeiro ou de qualquer outra

natureza que possa ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. Por sua vez, também os revisores ad hoc devem declinar da revisão de um manuscrito quando houver qualquer conflito de interesses que possa influir em sua opinião. No momento da submissão de um manuscrito os autores devem encaminhar também a declaração de conflito de interesses elaborada conforme modelo adotado pela revista.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os autores devem informar, no texto, se a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa em consonância com o disposto na Declaração de Helsinki, na resolução nº 196/96 ou 466/12 (para pesquisas realizadas a partir de 12 de dezembro de 2012) do Conselho Nacional de Saúde e demais dispositivos normativos vigentes. Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, conforme estabelecido pelo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA), as normas e os princípios éticos vigentes quanto à experimentação animal devem ser respeitados. Os ensaios clínicos devem ser devidamente registrados no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), ou no Ministério da Saúde (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>), ou em outros bancos de dados internacionais (ex.: ClinicalTrials- <http://clinicaltrials.gov/>). Os autores devem enviar juntamente com o manuscrito a cópia da certidão e ou declaração atestando a observância às normas éticas de pesquisa, inclusive cópia da aprovação do protocolo de pesquisa em Comitê de Ética com seres humanos. Estudos que não atendam a tais requisitos não serão aceitos para publicação na revista.

3.4 IDIOMA

Aceitam-se manuscritos escritos na forma culta em um dos seguintes idiomas: português, espanhol ou inglês. Os manuscritos em português e espanhol devem ser acompanhados dos resumos no idioma original e em inglês. Aqueles submetidos em língua espanhola devem ter também um resumo em português. Os manuscritos em língua inglesa deverão incluir o resumo no idioma original e em português. Para as submissões em português ou espanhol, oferece-se a opção de tradução integral do manuscrito para o inglês, com custo para os autores.

3.5 DIREITOS AUTORAIS

Os autores deverão encaminhar no momento da submissão do artigo, a declaração de transferência de direitos autorais assinada. Esta declaração deverá ser preparada em conformidade com o modelo fornecido pela revista (<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/index>). Artigos aceitos para publicação passam a ser propriedade da revista, não podendo ser reproduzidos, mesmo que de forma parcial, incluindo a tradução para outro idioma, sem a autorização por escrito da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.

3.6 AGRADECIMENTOS/FINANCIAMENTOS

Ao final do texto, os autores devem mencionar as fontes de financiamento para o estudo e os nomes de instituições, agências ou pessoas que devam ser nominalmente agradecidas pelo apoio à realização do estudo. Os autores devem manter em seu poder prova documental de que as pessoas e instituições citada na seção de agradecimentos autorizaram a inclusão do seu nome, uma vez que tal citação nominal pode implicar em endosso aos resultados e conclusões do estudo.

3.7 COLABORADORES

Devem ser especificadas quais foram às contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

4 PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Todos os artigos devem vir acompanhados por uma carta de submissão dirigida ao editor-chefe, indicando a seção em que o artigo deva ser incluído (vide categorias anteriormente listadas no item 3.1) e apontando a potencial contribuição do estudo para desenvolvimento da área de atividade física e saúde. Os autores devem encaminhar também todas as declarações exigidas por ocasião da submissão do manuscrito, a saber: declaração de responsabilidade, declaração de conflito de interesses e declaração de transferência dos direitos autorais, anexando-as em

“documentos suplementares”. Anexar ainda documentação comprobatória de atendimento aos requisitos éticos de pesquisa, conforme descrito no item 3.3. Após submissão, os autores assumem inteira responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito, assim como pela obtenção de autorização para uso de ilustrações e dados de terceiros.

Os manuscritos devem ser preparados considerando a categoria do artigo e os critérios apresentados no quadro seguinte.

Categoria do artigo	Número de palavras no texto*	Número de palavras no resumo	Número de caracteres no título**	Número de referências	Número de ilustrações
Original	4.000	250	100	30	5
Revisão	6.000	250	100	100	5
Carta ao Editor	750	-	100	5	1
Seções especiais***	1.500	150	100	15	2****

* Sem incluir o resumo, abstract, referências e ilustrações. ** Contagem de caracteres com espaços. *** Categorias D, E e F apresentadas no item 3.1. **** Uma das ilustrações deve ser obrigatoriamente o modelo lógico do programa/intervenção

Os manuscritos devem ser preparados em editor de texto do Microsoft Word. Os arquivos devem ter extensão DOC, DOCX ou RTF. Adotar as seguintes recomendações na preparação do arquivo de texto:

- O arquivo deve ser preparado em página formato A4, com todas as margens de 2,5 cm;
- O texto deve ser digitado com espaçamento duplo entre linhas, usando fonte “Times New Roman” tamanho 12 em todo o texto, inclusive nas referências;
- As páginas devem ser numeradas no canto superior direito, a partir da “página de título”;
- Incluir numeração de linhas (layout da página), reiniciando a numeração a cada página;
- Não é permitido uso de notas de rodapé.

No momento da submissão, os autores deverão anexar em “documentos suplementares” a página de título.

A página título deve incluir, nesta ordem, as seguintes informações:

- Categoria do manuscrito;
- Título completo;
- Título completo em inglês;

- Título resumido (running title), com, no máximo, 50 caracteres incluindo os espaços;
- Autor(es) e respectivas afiliações institucionais organizada na seguinte sequência: Instituição, Departamento, Cidade, Estado e País. Após submissão do artigo não será permitido efetuar alterações na autoria dos manuscritos;
- Informações do autor responsável pelo contato com a Editoria da revista, inclusive endereço completo, com CEP, número de telefone e e-mail;
- Contagem de palavras no texto, no resumo e no abstract, assim como o número de referências e ilustrações.

O arquivo com o corpo do manuscrito deve conter o texto principal (página com o título do manuscrito, resumo, abstract, introdução, métodos, resultados e discussão), as referências e as ilustrações, e ser anexado em “documento de submissão”, seguindo as orientações específicas para cada tipo de manuscrito.

Para os artigos originais e de revisão, incluir na primeira página o título do trabalho e um resumo não estruturado com até 250 palavras, cujo conteúdo deverá descrever obrigatoriamente: objetivos, métodos, resultados e conclusões. Abaixo do resumo, os autores devem listar de 3 a 6 palavras-chave que devem ser buscadas na base de descritores em ciências da saúde (DeCS, disponível para consulta em <http://decs.bvs.br>) ou no Medical Subject Headings (MeSH, disponível para consulta em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrow-ser.html>). Sugere-se que os autores usem, preferencialmente, palavras-chave que não aparecem no título do artigo.

Nos artigos submetidos para as seções especiais o conteúdo do resumo fica a critério dos autores, respeitando-se o limite de 150 palavras. Em seguida, devem ser apresentadas traduções em inglês tanto para o resumo (abstract) quanto para as palavras-chave (key-words). No resumo, evitar o uso de siglas e abreviações e não citar referências.

O texto de todos os manuscritos deve estar organizado em seções, seguindo a seguinte disposição: introdução, métodos, resultados, discussão e referências. Para tanto, deve-se inserir uma quebra de página após o término de cada seção. Todos os manuscritos devem ter uma conclusão que deve ser apresentada dentro da seção de discussão, não podendo vir como uma seção a parte.

4.1 REFERÊNCIAS

O número máximo de referência por manuscrito deve ser rigorosamente respeitado. Essas informações estão descritas no quadro com as orientações sobre o preparo dos manuscritos.

As referências devem ser apresentadas no corpo do texto usando sistema numérico, por ordem de aparecimento no texto, usando algarismos arábicos sobrescritos. Se forem citadas mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, sendo separadas por um traço (Exemplo: 5-8). Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula (Exemplo: 12, 19, 23).

A organização da lista de referências deve ser realizada em conformidade com o estilo de Vancouver, apresentada em maior detalhe nos Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), disponível para consulta em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. As referências devem ser numeradas sequencialmente conforme aparição no texto e devem ter alinhamento à esquerda. Comunicações pessoais, resumos e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências e não devem ser usados como referência no corpo do texto. Citar todos os autores da obra quando o número for de até seis autores, e somente os seis primeiros seguidos da expressão “et al” quando a obra tiver mais de seis autores. As abreviações dos nomes das revistas devem estar em conformidade com os títulos disponíveis na List of Journals Indexed in Index Medicus (www.nlm.nih.gov/pubs/libprog.html) ou no caso de periódicos não indexados com o título abreviado oficial adotado pelos mesmos. Os editores estimulam, quando possível, a citação de artigos publicados na Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Atenção! Ao submeter o manuscrito ter certeza de desativar as funções automáticas criadas pelos programas de computador usados para gerenciamento de referências (exemplo: EndNote). Não submeter o manuscrito com hiperlinks entre as referências citadas e a lista apresentada ao final do texto.

São exemplos de referências de trabalhos científicos:

- Artigos em periódicos

▫ Artigos em periódicos com até 6 autores

Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35:1894-900.

▫ Artigos em periódicos com mais de 6 autores

Mattos LA, Sousa AGMR, Feres F, Pinto I, Tanajura L, Sousa JE, et al. Influência da pressão de liberação dos stents coronários implantados em pacientes com infarto agudo do miocárdio: análise pela angiografia coronária quantitativa. Arq Bras Cardiol. 2003; 80(3): 250-9.

▫ Artigos publicados em suplementos de periódicos

Webber LS, Wattigney WA, Srinivisan SR, Berenson GS. Obesity studies in Bogalusa. Am J Med Sci. 1995; 310(Suppl 1): S53-61.

• Livros e capítulos de livros

▫ Livro - Autoria individual

Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina: Midiograf, 2001.

▫ Livro - Autoria institucional

Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: BG Cultural; 2002.

▫ Capítulo de livro – autoria individual

Zanella MT. Obesidade e fatores de risco cardiovascular. In: Mion Jr D, Nobre F (eds). Risco cardiovascular global: da teoria à prática. 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 109-25.

• Tese ou Dissertação

Brandão AA. Estudo longitudinal de fatores de risco cardiovascular em uma população de jovens [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

• Obras em formato eletrônico

Sabroza PC. Globalização e saúde: impacto nos perfis epidemiológicos das populações. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. [citado 1999 jan 17]. Disponível em: [url:http://www.abrasco.com.br/epirio98](http://www.abrasco.com.br/epirio98)

- Ilustrações (Tabelas, Figuras, Quadros e Fotos)

Limita-se o quantitativo de ilustrações a um máximo de 5 (cinco). Todas as ilustrações devem ser inseridas, sempre que possível, no mesmo arquivo do texto, após as referências bibliográficas, e devem ser acompanhadas de um título autoexplicativo. As unidades de medida, abreviações, símbolos e estatísticas devem estar apresentadas de modo claro e objetivo. As ilustrações devem ser monocromáticas (em escala de cinza). Fotografias podem ser usadas, mas devem ser em preto e branco e com boa qualidade gráfica. As ilustrações devem ser usadas somente quando necessário para a efetiva compreensão do trabalho, sem repetir informações já apresentadas no corpo do texto. Todas as ilustrações devem ser numeradas por ordem de aparecimento, conforme o tipo (Tabela ou Figura), devendo-se indicar no texto o local aproximado no qual devem ser inseridas. Fotos, ilustrações, quadros e assemelhados devem ser identificados como figuras. Utilize na preparação das ilustrações a mesma fonte que foi utilizada no texto.

4.2 SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada na plataforma eletrônica da revista que pode ser acessada no seguinte endereço: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/index>. Para efetuar a submissão, o primeiro autor (ou autor correspondente) deverá estar obrigatoriamente cadastrado na plataforma.