UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Escola Superior De Educação Física
Programa De Pós-Graduação Educação Física
Curso De Mestrado

Dissertação de mestrado

Impacto de intervenção com atividade física em população de área de cobertura de Unidade Básica de Saúde.

WILLIAM MACEDO DA SILVA

ORIENTADOR: Dr. FERNANDO CARLOS VINHOLES SIQUEIRA

Pelotas, 2015

WILLIAM MACEDO DA SILVA

Impacto de intervenção com atividade física em população de área de cobertura de Unidade Básica de Saúde.

Projeto de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Física (área de concentração: Atividade Física, Saúde e Desempenho).

ORIENTADOR: Dr. FERNANDO CARLOS VINHOLES SIQUEIRA

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S586i Silva, William Macedo da

Impacto de intervenção com atividade física em população de área de cobertura de unidade básica de saúde / William Macedo da Silva ; Fernando Carlos Vinholes Siqueira, orientador. — Pelotas, 2015.

114 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Atividade motora. 2. Centros de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Avaliação em saúde. I. Siqueira, Fernando Carlos Vinholes, orient. II. Título.

CDD : 796

Elaborada por Patrícia de Borba Pereira CRB: 10/1487

WILLIAM MACEDO DA SILVA

Impacto de intervenção com atividade física em população de área de cobertura de Unidade Básica de Saúde

Banca examinadora:

Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira – UFPel (Orientador)

Dr. Airton José Rombaldi – UFPel

Dr. Inácio Crochemore Mohnsam da Silva - UFPel

Dr. Marlos Rodrigues Domingues – UFPel

Dr. Pedro Rodrigues Curi Hallal (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, tenho que agradecer a minha família. Muito obrigado pai, mãe, mana e cunhado. Vocês foram fundamentais em todas as conquistas da minha vida. Obrigado pelo carinho, amor e paciência. Prometo que, vou cozinhar mais vezes no final de semana e também vou pescar quando não estiver de plantão (risos!).

Cecília, tu ocasionou surpresas nesse período, te amo!

Aos colegas e amigos da ESEF e GEEAF-AB, obrigado pela colaboração na execução das atividades do UBS + Ativa.

Caco, sou grato pela tua orientação. Aprendi muito contigo. Obrigado pelos ensinamentos e pelo estímulo.

“Só é lutador quem sabe lutar consigo mesmo”

Carlos Drummond de Andrade

APRESENTAÇÃO

Este volume foi elaborado para cumprir as exigências do curso de Mestrado em Educação Física, da Escola Superior de Educação Física (ESEF) da Universidade Federal de Pelotas. É constituído por cinco capítulos, sendo os mesmos citados abaixo:

I. Projeto de dissertação;

II. Relatório de campo;

III. Artigo científico;

IV. Normas da revista;

V. Divulgação para a imprensa.

SUMÁRIO

Projeto do mestrado.....13

Relatório de campo.....61

Artigo cientifico.....82

Normas da revista.....104

Comunicado à imprensa.....113

RESUMO DO PROJETO

SILVA, William Macedo. **Impacto de intervenção com atividade física em população de área de cobertura de Unidade Básica de Saúde**. 2015. 59 f. Projeto de Pesquisa (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

Nas últimas décadas o Ministério da Saúde apoiou e elaborou ações de promoção da saúde e qualidade de vida, a partir do incentivo à prática de Atividade Física (AF). A respeito de ações nacionais, que visam à promoção da AF e a saúde em nível populacional, existem diversos programas, mas a região sul ainda está desprovida neste aspecto. Em vista disso, foi criado o projeto UBS+Ativa. O presente estudo tem por objetivo avaliar o impacto da intervenção com AF do UBS+Ativa nos indivíduos residentes na área de cobertura da UBS Areal Leste, em convênio com ESEF/UFPel. Trata-se de um estudo longitudinal, onde serão abordados em seus domicílios 713 pessoas adultas que residem na área de cobertura da UBS Areal Leste. Estes indivíduos responderão os questionamentos vinculados à prática de AF e saúde. O primeiro inquérito ocorrerá em 2013 e constituirá a linha de base, enquanto o segundo em 2014 a reavaliação. Tal procedimento possibilitará avaliar a intervenção do Projeto UBS+Ativa.

Palavras-chave: Atividade motora; centros de saúde; atenção primária à saúde; avaliação em saúde.

ABSTRACT

SILVA, William Macedo**. Impact of an intervention with physical activity in the population health of the public service coverage área.** 2015. 59 f. Research project (MSc) - Graduate Program in Physical Education. Federal University of Pelotas (UFPEL), Pelotas/RS.

In recent decades the Ministry of Health has supported and developed actions to promote health and quality of life, from encouraging the practice of physical activity. Regarding national actions aimed at the promotion of physical activity and health at the population level, there are various programs, but the southern region is still lacking in this respect. As a result, it created the UBS+Ativa project. This study aims to assess the impact of intervention with AF UBS+Ativa in individuals living within range of UBS Areal Leste, in partnership with ESEF / UFPel. This is a longitudinal study, which will consider in their homes 713 adults residing in the UBS Areal Leste coverage area. These individuals will answer the questions linked to the practice of physical activity and health. The first survey will occur in 2013 and will form the baseline, while the second in 2014 revaluation. This procedure will enable to evaluate the intervention of the UBS+ Ativa Project.

Key-words: Motor activity, health Centers, primary Health Care, health evaluation.

SUMÁRIO

1. Introdução.....14

1.1Definição de termos.....16

1.2 Justificativa.....17

1.3 Estrutura Do Projeto De Dissertação.....18

2. Referencial teórico.....19

2.1 Atividade Física: Da Prevenção Em Saúde Até A Ocorrência De Doenças.....19

2.2 Atividade Física E Ações Internacionais.....22

2.3Atividade Física E Ações No Brasil.....25

2.4 UBS+Ativa.....29

3. Objetivos.....31

3.1Objetivo geral.....31

3.2 Objetivos específicos.....31

4. Hipóteses.....32

5. Metodologia.....32

5.1 Delineamento do estudo.....32

5.2 População alvo.....32

5.3 Plano amostral.....33

5.4 Variáveis de estudo.....33

5.5 Desfecho.....33

5.6 Instrumento e coleta de dados.....34

5.7 Seleção e capacitação dos entrevistadores.....34

5.8 Coleta de dados e logística do trabalho de campo.....35

5.9 Estudo piloto.....37

5.10 Controle de qualidade.....38

5.11 Processamento e análise dos dados.....38

5.12 Aspectos éticos.....38

6 Divulgação dos resultados.....39

7 Cronograma.....40

8 Financiamento.....41

9 Referências bibliográficas.....41

10 Anexos.....46

PROJETO DE DISSERTAÇÃO

Impacto de intervenção com atividade física em população de área de cobertura de Unidade Básica de Saúde

Pelotas, 2015

1.INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Ministério da Saúde apoiou e elaborou ações de promoção da saúde e qualidade de vida, a partir do incentivo à prática de Atividade Física (AF) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2002; BRASIL, 2011). Vale ressaltar que, quando o individuo adota o hábito de exercitar-se, este assume uma postura positiva em relação a outros fatores de risco para doenças, visando assumir um estilo de vida saudável (STEIN, 1999). Por isso, a mudança de comportamento pode ser efetiva na área da prevenção e no controle de morbidades associadas à inatividade física, referidas como doenças hipocinéticas (NAHAS, 2013).

Em vista disso, a prática de AF se tornou um comportamento primordial para a proteção e promoção da saúde em dimensão populacional. O atual estilo de vida adotado por muitas sociedades inclui o aumento do sedentarismo e de hábitos alimentares impróprios que podem acarretar o sobrepeso, obesidade, e o surgimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011). Destaca-se que, em 2002, as DCNT foram responsáveis pela maior quantia de mortes e despesas com cuidados hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando cerca de 70% dos gastos com atenção à saúde (BARRETO, 2005).

De modo a enfrentar este problema, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o seu “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT”, enfatizando ações em saúde pública, com o intuito de controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Essas ações focam predominantemente no controle do fumo, no combate à inatividade física e alimentação inadequada e ao uso prejudicial de álcool (BRASIL, 2011). Esse plano, evidência, entre outros, a necessidade da prática de AF como fonte de prevenção de doenças.

Além disso, o Brasil está passando por uma alteração no ciclo etário. O País se encontra em franco processo de envelhecimento da sua população, pois no período de 1970 a 2010, o índice de envelhecimento destacou um aumento progressivo (CLOSS, 2012).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) reporta que, a base da pirâmide etária diminuiu a participação de indivíduos com idade menor de 15 anos de idade e em paralelo, houve o alargamento do topo da pirâmide etária, ou seja, o aumento da participação de pessoas maiores de 65 anos de idade (IBGE, 2010). Neste sentido, é crucial investir na promoção da autonomia e da vida saudável dos grupos sociais de maiores idades, assim como prover atenção adequada às suas necessidades (MINAYO, 2010).

Em relação ao aspecto do envelhecimento populacional, o SUS, na tentativa de se aperfeiçoar continuamente e se preparar para este fenômeno, exibiu diferentes avanços, como o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), que objetivou reorganizar a atenção à saúde (BRASIL, 2009), os Centros de Atendimento Odontológicos (CEO), os Programas de Saúde da Mulher, do Homem e do Idoso, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que podem incluir o Profissional de Educação Física no seu quadro de equipe. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009)

A respeito de ações nacionais, que visam à promoção da AF e a saúde a nível populacional, os Programas Agita São Paulo (SP), CuritibAtiva (Curitiba -PR), Academia da Cidade (Recife - PE) e o Saúde Ativa (Rio Claro – SP), apresentam impacto positivo na saúde pública a partir da implementação de diferentes ações programáticas (MATSUDO et al., 2002; GRANDE et al., 2008; HALLAL et al., 2009, KOKUBUN et., 2007).

Diante dos fatos, o presente estudo tem por objetivo avaliar o impacto de um programa de AF nos indivíduos residentes na área de cobertura da UBS Areal Leste da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

1.1 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Na sequência, alguns termos que serão utilizados nesta dissertação:

Atividade Física: É definida por Caspersen (1985), como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético (CARPERSEN, 1985).

Promoção da Saúde: Segundo a Carta de Ottawa (1986), esta é a nomenclatura dada ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Unidade Básica de Saúde (UBS): As UBS são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo destes locais é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais, desta forma, descentralizar o atendimento, dar proximidade à população ao acesso aos serviços de saúde e diminuir as lotações hospitalares. (BRASIL, 2012).

1.2 JUSTIFICATIVA

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por um novo modelo de saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. A promoção da saúde visa reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde, buscando apoiá-las e capacitá-las para que se sustentem saudáveis (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Por outro lado, diante do processo mundial de industrialização, houve um crescente número de pessoas que se tornaram insuficientemente ativas devido às poucas oportunidades de praticar AF (PITANGA, 2005).

Em 2012, o Ministério da Saúde (2012) divulgou os dados do VIGITEL, a respeito da frequência de adultos que praticam o volume e intensidade recomendado de AF no tempo livre. A prevalência de indivíduos que alcançaram a recomendação de 150 minutos semanais de AF de intensidade de leve a moderada ou pelo menos 75 minutos de AF de intensidade vigorosa variou entre 26,3% em Porto Velho e 41,4% em Florianópolis (BRASIL, 2012).

Em Pelotas/RS, a prevalência de níveis insuficientes de AF reportado em um estudo no ano de 2003 foi de 41,1% (HALLAL et al., 2003), posteriormente em 2007 foi de 49,5% nos homens e 54% nas mulheres (KNUTH et al., 2009). Além disso, um estudo com maior número de municípios, com uma amostra de indivíduos adultos (de 30 a 64 anos) e idosos (65 anos ou mais), residentes nas áreas de abrangência das UBS de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí, destacou que, o sedentarismo foi claramente superior entre os idosos (58%) em relação aos adultos (31,8%) (SIQUEIRA et al., 2009). Este fato reforça a necessidade de estimular a adoção de comportamentos saudáveis relacionados ao combate da inatividade física na população.

Ressalta-se que, na atenção primária à saúde, as ações curativas ocupam grande parte da disponibilidade de tempo dos profissionais de saúde que trabalham nas UBS, logo as suas participações em atividades de educação em saúde são limitadas, no entanto, orientar a realização de AF, é essencial para a difusão de

comportamentos saudáveis para a população da área de cobertura das UBS. (SIQUEIRA et al., 2009). Além disso, a AF pode ser promovida nos cuidados primários de diferentes formas, incluindo o aconselhamento, a prescrição e o encaminhamento a um programa de exercícios (ORROW et al., 2012).

Diante disso, ações em saúde pública que estimulem a prática de AF, poderiam auxiliar a população a diminuir as taxas de inatividade física. Alguns estudos destacam o impacto positivo no aumento dos níveis de AF e de conhecimento sobre o assunto (HARLAND et al., 1999; HARRISON, 2004). Acrescenta-se ainda que, recentemente o Ministério da Saúde do Brasil reforçou a importância do tema através da publicação do "Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis" (DCNT) (BRASIL, 2011). Este plano busca combater os fatores diretamente relacionados com as DCNT, por exemplo, o tabagismo, o uso abusivo de álcool, a má alimentação e a inatividade física (BRASIL, 2011).

Neste sentido, o texto anterior justifica a realização do presente estudo, pois além de implementar programas de AF, é necessário avaliar o seu impacto.

1.3 ESTRUTURA DO PROJETO DE DISSERTAÇÃO

Para desenvolver este projeto foram consideradas as "Normas de Apresentação de Dissertações e Teses da Universidade Federal de Pelotas", disponibilizada pelo conjunto da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação, Pró-Reitoria de Graduação e Coordenação do Sistema de Bibliotecas de 02/2006, que neste documento, destaca a metodologia normativa para a elaboração de projetos de dissertações e teses da instituição de ensino em destaque.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATIVIDADE FÍSICA: DA PREVENÇÃO EM SAÚDE ATÉ A OCORRÊNCIA DE DOENÇAS.

Observa-se que, está claro e evidenciado na comunidade cientifica que a falta da prática de AF pode resultar em danos no organismo (COELHO, 2009; FLORINDO, 2011; NAHAS, 2013). Neste aspecto podemos citar as ocorrências de DCNT devido à inatividade física. No Brasil, aproximadamente 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas às DCNT (SCHIMIDT et al., 2011), além disso, essas doenças acarretam um forte impacto sobre a saúde, a qualidade de vida e longevidade dos indivíduos e desta forma, sobre o desenvolvimento social e econômico do país (BANCO MUNDIAL, 2005). No âmbito nacional, entre 2008 e 2011, o gasto médio com o tratamento da obesidade foi de R$ 25.404.454,87, para o diabetes, o gasto médio nestes quatro anos foi de R$ 78.471.7365,08 e o custo do tratamento da hipertensão arterial alcançou a média de R$ 43.773.393,48 (MAZZOCCANTE, 2012).

As instituições “Centers for Disease Control and Prevention” (CDC) e “American College of Sports Medicine” (ACSM) em 1995 e 2007, publicaram recomendações sobre a prática de AF com o intuito de adquirir proteção para agravos metabólicos e cardiovasculares em adultos (PATE et al., 1995; HASKELL et al., 2007). Em 2007, estes órgãos destacaram que, para promover e manter a saúde, todos os adultos saudáveis com idade entre 18 e 65 anos precisariam realizar AF de intensidade moderada por pelo menos 30 minutos durante cinco dias por semana ou de intensidade vigorosa por um mínimo de 20 minutos, em três dias por semana (HASKELL et al., 2007).

Por outro lado, também é ressaltado que, as pessoas que desejam melhorar a sua aptidão física, reduzir o risco de doenças crônicas ou prevenir o ganho de peso, também podem se beneficiar por exceder as quantidades mínimas recomendadas de AF (HASKEL et al., 2007).

Portanto, as pessoas que praticam AF regularmente apresentam menor risco de desenvolver doenças crônicas, como as cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de câncer, obesidade e quadros de depressão, ansiedade e morbidades. Tais

afirmações são reforçadas pelo Governo Americano (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008), Governo Brasileiro (BRASIL, 2011) e pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), destacou que, 80% dos casos de doenças coronarianas, 90% dos casos de diabetes tipo 2 e 30% dos casos de câncer poderiam ser evitados com mudanças nos hábitos alimentares com o aumento dos níveis de AF e na diminuição do uso de produtos derivados do tabaco (WHO, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), a hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos altos, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Além disso, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2008) destaca que, a obesidade, a inatividade física e a má alimentação, são apenas alguns dos diversos fatores que podem causar esta morbidade.

Em relação às prevalências, no Brasil, a hipertensão arterial estimada em 2008 foi de 24,0% entre as mulheres e 17,3% entre os homens com menos de 20 anos de idade, cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres maiores de 60 anos de idade relataram diagnóstico prévio de hipertensão (IBGE, 2010).

Em estudo nacional realizado em 27 cidades brasileiras, incluindo o Distrito Federal, a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial alcançou 24,4%, sendo ligeiramente maior em mulheres (27,2%) do que em homens (21,1%). Essa pesquisa ainda reforça que, em ambos os sexos, o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 7,5% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade e é menos prevalente com o aumento dos anos de estudo (BRASIL, 2009).

Em continuidade, outro estudo de base populacional, com 12.324 adultos entrevistados, com idade de 20 a 59 anos, em 100 municípios brasileiros, deste total de participantes, 16,3% referiram diagnóstico médico de hipertensão (PICCINI et al., 2012). Além disso, a proporção de hipertensos descompensados foi menor, de

forma significativa, entre os que foram orientados para realizar AF (PICCINI et al., 2012).

Outra doença a ser destacada é a diabetes. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2002), a inatividade física, o envelhecimento da população e a alta prevalência da obesidade são alguns fatores que estão levando o Diabetes Mellitus (DM) ao patamar de epidemia. Pois, estimava-se que em 2003 existiam 194 milhões de pessoas no mundo e que este número irá aumentar para 333 milhões em 2025. (INTERNATIONAL DIABETES INSTITUTE, 2003).

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008, destacou prevalência de 3,6% de diabetes, neste estudo foram pesquisadas mais de 391 mil pessoas e 150 mil unidades domiciliares distribuídas por todas as Unidades da Federação (IBGE, 2010). Em outro estudo, de base populacional com amostra de 12.402 adultos e 6.624 idosos de 23 estados brasileiros, a prevalência de autorrelato de DM na população de adultos foi de 3,5%, enquanto nos idosos foi de 16,9% (SEUS et al., 2012). Neste mesmo trabalho, em relação à prática de AF foi ressaltado que, entre os indivíduos que referiram ter DM, 82,6% dos adultos e 88,2% dos idosos foram considerados insuficientemente ativos (SEUS et al., 2012).

Ressalta-se ainda que, em 2002 foi publicado o Consenso Brasileiro sobre Diabetes, neste documento é reforçado que, medidas de prevenção do DM são eficazes em diminuir o impacto desfavorável sobre a morbimortalidade, principalmente em razão da prevenção de complicações cardiovasculares, além disso, enfatiza-se em especial a adoção de estilo de vida saudável, com dieta balanceada e AF regular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

Deste modo, a promoção da saúde e a prevenção de DCNT tornaram-se eixos para a redução da vulnerabilidade da saúde pública e defesa de uma vida saudável (BANCO MUNDIAL, 2005).

2.2 ATIVIDADE FÍSICA E AÇÕES INTERNACIONAIS

Ampliando ainda mais as ações de AF, no campo populacional internacional, há uma série de inquéritos que merecem destaque (HARLAND et al., 1999.; ALDANA et al., 2005; VAN SLUIJS et al., 2005; BAKER et al., 2008; FITZSIMONS et al., 2008, TERI et al., 2011; ORROW et al., 2012). Nestas ações a AF pode ser promovida de diferentes maneiras, incluindo o aconselhamento, o fornecimento de materiais escritos e o encaminhamento a um AF (ORROW et al., 2012).

Um trabalho realizado na cidade americana de Rockford, estado de Illinois, avaliou o impacto da mudança do estilo de vida de 337 voluntários com idade entre 43 e 81 anos, através da educação em saúde sobre fatores de risco de doenças crônicas dentro de uma comunidade (ALDANA et al., 2005). Este grupo participou de uma intervenção com 40 horas de curso educativo, dividido ao longo de 4 semanas (ALDANA et al., 2005). Os voluntários obtiveram informações sobre a importância do estilo de vida saudável, sendo discutidas melhorias na sua nutrição e na prática de AF. O resultado da intervenção reforça que, houve uma melhora significativa do grupo de intervenção no conhecimento em saúde, além da evolução da condição clínica, nutricional e do aumento do número total de passos por semana (ALDANA et al., 2005).

Em Seattle (EUA), o programa “The Seattle Protocol for Activity”, atendeu em sua intervenção 273 idosos (TERI et al., 2011). O programa de AF era realizado em sala de aula com assistência de um profissional da área, além disso, os participantes deveriam alcançar metas semanais de exercícios que precisariam ser realizados em casa (TERI et al., 2011). Dentre as atividades propostas, se destacam a caminhada, exercícios resistidos, relaxamento e flexibilidade, todos estes foram ligados a atividades práticas da vida diária, consideradas importantes para a manutenção da independência do indivíduo, como por exemplo, a capacidade de se levantar de uma cadeira sem assistência ou carregar mantimentos (TERI et al., 2011). Além disso, foram disponibilizadas, informações sobre o envelhecimento e ações relevantes que se fossem aderidas, poderiam ocasionar uma melhora da saúde, tais como, a prática regular de AF (TERI et al., 2011). No final de 18 meses de intervenção, os participantes do grupo de AF e de informações sobre saúde e envelhecimento, obtiveram maiores pontuações no SF-36 (instrumento utilizado para avaliação da

qualidade de vida), além de relato na melhora da saúde física e mental, força e resistência muscular e relacionamento social (TERI et al., 2011).

Na Europa, precisamente no Reino Unido, o chamado “Walking for Well-being in the West”, se destaca por um estudo randomizado controlado de base populacional que tem por objetivo promover o aumento do comportamento de caminhada, através da utilização de consultas na atenção primária, voltadas para a AF e também ao direcionamento para um programa de caminhada, com a utilização de pedômetro (FITZSIMONS et al., 2008). O objetivo era investigar os efeitos em curto prazo de uma intervenção de caminhada, utilizando o pedômetro, em conjunto com uma consulta sobre AF, em indivíduos que não cumprem as recomendações de AF (FITZSIMONS et al., 2008; BAKER et al., 2008). Em sequência, verificou-se que, a elaboração de um programa de caminhada, juntamente com uma consulta relacionada com AF, era uma forma eficaz de aumentar o tempo de deslocamento a pé e de reduzir o comportamento sedentário, pois os participantes do grupo de intervenção aumentaram seus passos por 3175, em média, em comparação com 154 passos no grupo controle (BAKER et al., 2008). Os autores ainda reforçaram que, a intervenção envolvendo atividade de caminhada foi relativamente simples de implementar e tem a capacidade de ser reproduzido em uma variedade de desenhos de estudo (BAKER et al., 2008).

Outro exemplo, no Reino Unido, o “The Newcastle Exercise Project”, disponibilizou aos 523 participantes de 40 a 64 anos, informações sobre os benefícios da AF e fatores de estilo de vida. Além disso, foram oferecidas entrevistas motivacionais destinadas a promover a AF segura, mas não foram prescritas atividades personalizadas (HARLAND et al., 1999).

Os dados da linha de base foram comparados com os resultados de 12 semanas e um ano de seguimento. Em continuidade, os autores relatam que, mais participantes do grupo de intervenção aumentaram os escores de AF em 12 semanas do que os pacientes do grupo controle (38% contra 16%, respectivamente). A atividade vigorosa foi aumentada em 29% dos participantes da intervenção e 11% nos pacientes controlados. Salienta-se que, os aumentos em curto prazo da atividade não foram sustentadas, independentemente da intensidade da intervenção (HARLAND et al., 1999).

Na Itália, o programa Cesena 2002-2003, tinha como objetivo aumentar o nível de motivação e prática de AF em pacientes com sobrepeso e obesidade, através de aconselhamento e intervenções feitas por profissionais de saúde da atenção primária (BERTOZZI et al., 2004). No período de maio de 2002 até Abril de 2003, 145 pacientes, com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 27, passaram pela intervenção. Em relação aos dados finais, 64,1% dos pacientes declararam ter aumentado seu próprio nível de AF após a intervenção de aconselhamento (BERTOZZI et al., 2004).

Além disso, considerando o tipo de AF praticada, 48% dos pacientes relataram ter caminhado mais, 39% de ter usado a bicicleta com mais frequência, 18% destacaram ter aumentado o trabalho doméstico, 17% ter subido as escadas em vez de utilizar elevadores e 10% ter praticado jardinagem (BERTOZZI et al., 2004). Em vista disso, os autores acreditam que, o aconselhamento, seguindo o modelo da “Physical Activity Changes Everything” (PACE), poderia ter influenciado positivamente o aumento da AF e nível motivacional correlacionados nos pacientes que participaram do projeto de estudo (BERTOZZI et al., 2004).

Na Holanda, foi realizado um ensaio clínico randomizado com o intuito de avaliar a eficácia de uma versão do PACE no serviço de atenção primária (VAN SLUIJS et al., 2005). Após um ano de estudo, o grupo controle contava com 187 pessoas e o grupo PACE com 171 pessoas (VAN SLUIJS et al., 2005).

Esta intervenção foi constituída pelo aconselhamento para a prática de AF, consulta médica, telefonemas para incentivar o paciente e sessões de treinamento individual. Em relação ao escore de AF, não houve efeito estatisticamente significativos ao longo do tempo (VAN SLUIJS et al., 2005). No entanto, os dois grupos apresentaram um aumento global da duração da AF a partir da linha de base após um ano de seguimento. Este aumento foi estatisticamente significativo tanto para o total de AF (VAN SLUIJS et al., 2005).

No estudo “The Activity Counseling Trial”, foram selecionados pacientes adultos em 11 instituições de cuidados primários, ou seja, ambulatórios, hospitais, clínicas de medicina interna e medicina familiar (THE WRITING GROUP FOR THE ACTIVITY COUNSELING TRIAL RESEARCH GROUP, 2001). Os participantes foram aleatoriamente designados para um dos três grupos de intervenção: O

primeiro incluiu a atuação médica com aconselhamento e informações limitadas sobre AF. O segundo foi constituído pela atuação médica, incrementada por contato por e-mail, sessões de 40 minutos de orientação sobre a prática de AF, telefonemas de motivação ao paciente, entrega de um contador de passos e instrução para registrar o tempo de AF e passos diários. O terceiro contou com aconselhamento, atividades de grupo, e-mail informativo, vídeo sobre AF, aconselhamento telefônico regular e também aulas de comportamento saudável (THE WRITING GROUP FOR THE ACTIVITY COUNSELING TRIAL RESEARCH GROUP, 2001). As duas intervenções de aconselhamento foram igualmente eficazes em mulheres na melhoria da aptidão cardiorrespiratória, com 2 anos de intervenção, em comparação com os grupos de cuidados recomendados. Nos homens, nenhuma das intervenções de aconselhamento foi mais eficaz do que o tratamento recomendado (THE WRITING GROUP FOR THE ACTIVITY COUNSELING TRIAL RESEARCH GROUP, 2001).

2.3 ATIVIDADE FÍSICA E AÇÕES NO BRASIL

Em outubro de 1988, foi promulgada no Brasil a Constituição Federal. Mais precisamente, no art. 196 da mesma, foi ressaltado que, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

No entanto, o Ministério da Saúde somente em 2006 manifestou um maior reconhecimento sobre a importância da prática de AF para a promoção da saúde. Com a criação da Política Nacional de Prevenção em Saúde, houve a publicação de ações específicas na área de AF (BRASIL, 2006). Neste seguimento, há diversos itens que reforçam a necessidade de ofertar as práticas corporais no SUS (BRASIL, 2006). Logo em seguida, houve um avanço, com a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, sendo que, a partir disso, foram criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008).

Deste modo, foram constituídas equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, contando inclusive com o profissional de

Educação Física (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009). Salienta-se que, nesta ação há o intuito de atuar em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde (BRASIL, 2008).

Em soma, o Ministério da Saúde recomenda que a abordagem da AF em saúde pública deve ser compreendida na perspectiva da reflexão sobre as práticas de saúde em geral (BRASIL, 2009). Além disso, também é necessário que seja levado em consideração o fortalecimento do controle social, construção de redes de cuidado integral, integralidade e transversalidade das políticas de saúde e acesso aos serviços e tecnologias em saúde e direito ao lazer (BRASIL, 2009).

Outras iniciativas relacionadas com o envolvimento da AF com saúde pública estão sendo executadas. Por exemplo, em Rio Claro/SP, o programa Saúde Ativa de AF foi implantado em 2001 em uma UBS. O público alvo dos atendimentos envolvendo de AF eram os pacientes diabéticos, hipertensos e obesos. As atividades deste projeto eram realizadas duas vezes por semana com duração de uma hora e distribuídas em AF predominantemente cardiorrespiratória e AF neuromotora (KOKUBUN et al., 2007).

No campo populacional, as estratégias para o desenvolvimento das atividades se fundamentam na elaboração de AF que empregam equipamentos de baixo valor e manipulação simples, como garrafas plásticas com água, cordas, cones, cabos de vassoura, bolas de meia, borrachas cirúrgicas, bolas de borracha e colchonetes (KOKUBUN et al., 2007). Salienta-se ainda que, o programa em Rio Claro/SP prevê também reuniões com gestores de saúde para debater a importância da AF, além disso, são realizados encontros e eventos da área da AF (NAKAMURA et al., 2010).

No Recife (Pernambuco), o Programa Academia da Cidade (PAC) foi implantado em 2002 pela Secretaria de Saúde do Recife e atualmente está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política de atenção básica à saúde (HALLAL et al., 2010). O objetivo principal do programa é a promoção de AF, do lazer e da alimentação saudável para a comunidade (HALLAL et al., 2010). Além disso, o programa busca a melhoria da saúde de pessoas provenientes de todas as classes sociais da cidade. Desta forma, há uma oferta de serviços de cunho social, contando com avaliação e prescrição de AF e avaliação nutricional e prescrição de dieta (LIMA et al., 2012).

Em Sergipe, na cidade de Aracaju, o PAC surgiu no ano de 2004, por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS) e o Núcleo de Pesquisa em Aptidão Física de Sergipe, do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Sergipe (NUPAFISE/DEF/UFS) (MENDONÇA et al., 2009). Neste programa, inicialmente foram criados 13 pólos de intervenção em diferentes bairros. Para a implantação dos pólos, houve critérios para eleger esses pontos: O bairro deveria estar inserido em um contexto socioeconômico preferencialmente baixo e deveria ter um espaço público em condições de se realizar AF, e este local deveria ser próximo a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (MENDONÇA et al., 2009).

Na Cidade de Curitiba/PR, o Programa CuritibAtiva teve seu início em 1997, sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL) (KRUCHELSKI, 2005). O seu principal objetivo é orientar a população a respeito da importância da AF para se alcançar a qualidade de vida (KRUCHELSKI, 2005). No entanto, com o passar dos anos, este objetivo deixou de ser unicamente de conscientização e evoluiu, ou seja, passou a avaliar, com o intuito de determinar o perfil de saúde e aptidão física da população, e desta forma, ofertar elementos imprescindíveis para um adequado estilo de vida saudável (KRUCHELSKI, 2005).

O CuritibAtiva tem como principal característica o uso do grande suporte de lazer que a cidade dispõe, através da utilização dos múltiplos espaços públicos como as praças, parques e ciclovias, salienta-se ainda que, são realizadas ações de incentivo ao esporte e AF em todos os 28 Centros de Esporte e Lazer (CELs) distribuídos pela cidade (HALLAL et al., 2009). Em relação à abordagem populacional, as ferramentas se constituem no uso de mensagens curtas sobre a AF e seus benefícios, orientações face a face, avaliações de parâmetros da aptidão física, distribuição de material educativo de estímulo à AF, organização de eventos, como por exemplo, corridas, rústicas, jogos nas escolas, passeios de bicicleta durante a noite, dança e ainda oferta de atividades orientadas regulares e esporádicas (KRUCHELSKI, 2005; HALLAL et al., 2009).

No sudeste, em São Paulo, o Programa “Agita São Paulo” foi lançado em 1996 com os objetivos de combater o sedentarismo no Estado de São Paulo, aumentando o número de cidades no estado com ações de incentivo à prática de AF

(MATSUDO et al., 2009). Além disso, busca-se o aumento do nível de AF e de conhecimento sobre os benefícios para a saúde na adoção de um estilo de vida ativo (MATSUDO et al., 2008).

O Agita São Paulo é um programa de intervenção em múltiplos níveis da comunidade (MATSUDO, 2002) e desde o seu lançamento, o programa tem sido utilizado como exemplo em todo o Brasil e em outros países, inclusive, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem utilizado o mesmo como um modelo para outros países em desenvolvimento (MATSUDO et al., 2008). De forma fundamental, as ações devem incentivar as pessoas a adotarem um estilo de vida ativo, acumulando pelo menos 30 minutos de AF moderada por dia, na maioria dos dias da semana (MATSUDO et al., 2009). O Programa tem três principais grupos-alvo: estudantes, trabalhadores e os idosos. Para isso, são organizados “mega-eventos” que simultaneamente, visam abranger um grande número de pessoas, como também realizar cursos e atividades em instituições que se tornam parceiras do Programa (MATSUDO et al., 2008).

2.4 UBS+ATIVA

O UBS+Ativa tem por objetivo oportunizar a prática de AF para residentes em área de cobertura da UBS Areal Leste, localizada em Pelotas/RS.

O Programa irá se realizar nesta UBS, segundo alguns critérios elencados: I) O local deveria estar sob a gestão da Universidade Federal de Pelotas; II) Deveria possuir horário de atendimento ao público de segunda a sexta-feira no período da manhã e à tarde; III) Haver uma área interna disponível para aulas coletivas e atendimento ao público e instalações externas como praças e pista de caminhada adequada para orientação e supervisão prática de AF. Com base nisso, a UBS selecionada foi a Areal Leste.

A intervenção com AF será baseada em três atividades específicas: I) Atividade de divulgação da função do Educador Físico na sala de espera e aconselhamento a prática de AF; II) Atendimento ambulatorial a população da área de abrangência; III) Aulas coletivas de AF à população.

Em continuidade, o protocolo de intervenção foi dividido em três níveis. O primeiro nível tem objetivo de divulgar: I) o projeto, II) a inserção do profissional de Educação Física na UBS Areal Leste III) a importância da AF e do estilo de vida ativo para desfechos em saúde, através do aconselhamento na sala de espera. Serão realizadas estratégias para envolver os moradores da área de cobertura da UBS na participação das atividades. Ao mesmo tempo, serão expostos cartazes e faixas com informações básicas sobre as aulas coletivas e o atendimento ambulatorial, salienta-se que, as informações sobre dia e horários das atividades também serão alocadas em veículos midiáticos, como a rádio da Universidade. Outra estratégia a ser utilizadas será a exposição de cartazes em áreas de grande circulação da população alvo, como na fachada da UBS e na rede de transporte coletivo.

Será elaborado um vídeo institucional com informações sobre os benefícios da AF, hábitos de vida saudável para prevenir doenças e promoção da saúde e qualidade de vida. Este estará veiculado na sala de espera da UBS e disponibilizado com livre acesso no site YouTube.

Também nesta ação, constituirá uma panfletagem nas áreas de abrangência da UBS, com entrega diretamente aos moradores, e quando isso não for possível, o mesmo será entregue na caixa de correspondência das residências. Este material

possuirá informações semelhantes, como nos cartazes, pôsteres e vídeo. Destaca-se ainda que, durante esta ação, os moradores abordados serão convidados a participarem do projeto, tanto nas práticas coletivas, quanto no atendimento ambulatorial. Para esta ação, será utilizado um roteiro dialógico, constituído por instrumentos educativos impressos e ilustrações de falas e exemplos.

No segundo nível, o projeto irá proporcionar a prática de AF de forma coletiva, a partir da criação do Grupo de Atividade Física Orientada (GAFO). Entre as atividades neste grupo, a atividade de caminhada representará um método de baixa complexidade, fácil execução e benéfico para o sistema cardiovascular (ÉMILE et al., 2013; ROW et al., 2012). As atividades serão orientadas por graduandos em Educação Física e realizadas em dois dias da semana nos períodos da manhã e da tarde, em pista de caminhada próxima à UBS. Será parte também deste nível as sessões de exercícios realizadas semanalmente, com duração média entre 60-75 minutos e intensidade baseada na Escala de Percepção Subjetiva de Esforço de Borg aplicada para exercício resistido (CHTARA et al, 2008; ROW et al, 2012).

O progresso da intensidade ocorrerá, a partir do: I) aumento da proporção esforço-repouso; II) diminuição do tempo de descanso entre as séries e aumento do tempo de atividade na parte principal (BARCELLOS et al, 2012). Cada sessão será composta por atividades aeróbias, treinamento de resistência e força muscular. Salienta-se que, o treino será dividido, no período inicial (5-10 min) aquecimento e alongamentos musculares, na parte principal com exercícios de esforços em circuito ou de forma intervalada com atividades aeróbica e de resistência (30-35 min), combinado por exercícios multi-articulares (remada curva, agachamento, supino reto, remada alta e rosca bíceps com extensão) e 10-15 min de flexibilidade. Por fim, na última parte do treino, haverá execução de alongamentos e relaxamentos por aproximadamente 10 min.

O terceiro nível se refere ao estímulo para prática de AF no ambulatório. Neste caso, indivíduos sadios ou com diferentes morbidades que não apresentam condições de saúde ou disponibilidade de tempo para se inserirem nas aulas coletivas, serão conduzidos ao atendimento ambulatorial individual. Desta forma, o profissional de Educação Física executará anamnese com o usuário e com base no seu perfil, irá prescrever a AF, assim como, sugerir locais seguros para a execução das atividades.

Cabe reforçar que, os demais profissionais da UBS, como médico, enfermeiro, assistente social, agente comunitário e nutricionista, serão orientados a encaminharem este público aos atendimentos de AF. A partir deste momento, se realizará a revisão do prontuário para direcionar os atendimentos em dias específicos da semana, segundo a história pregressa do usuário. Aproximadamente uma semana após o atendimento ambulatorial, cada usuário receberá uma ligação telefônica semi-estruturada para diálogo sobre o desenvolvimento prático do programa de exercícios indicado e para que sejam sanadas dúvidas, que ainda existam, em relação à prescrição. Posteriormente, um mês após o primeiro atendimento, o segundo atendimento será realizado por agendamento prévio.

Cabe ressaltar que, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizarão visitas no domicilio do paciente entre as consultas, com o intuito de reforçar o incentivo da pratica de AF. Se por acaso, o ACS identificar algum problema de entendimento em relação às atividades propostas pelo Profissional de Educação Física, o paciente será encaminhado novamente para o atendimento ambulatorial.

3. **OBJETIVOS**

3.1 OBJETIVOS GERAL

Avaliar o impacto da intervenção de AF nos indivíduos residentes na área de cobertura da UBS Areal Leste, em convênio com ESEF/UFPel na cidade de Pelotas/RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Descrever o nível de AF na população da área da UBS pré e pós intervenção;

2) Descrever a situação em relação ao nível de conhecimento sobre AF na população, pré e pós intervenção;

3) Descrever o perfil da população em destaque, em relação as variáveis sexo, cor da pele, idade (adulto ou idoso), utilização da UBS, se sabe ler ou escrever, escolaridade, situação conjugal e número de moradores na residência.

4. HIPÓTESES

1) A intervenção com AF mostrará impacto positivo em relação à prevalência de AF na comunidade e ao conhecimento sobre a mesma (KOKUBUN et al., 2007; MATSUDO et al., 2008; MENDONÇA et al., 2009; REIS et al., 2010.; NAKAMURA et al., 2010).

2) A prevalência de AF na população exposta à intervenção será de 25% (BRASIL, 2013)

3) Mudança de comportamento será verificada em um grupo pequeno de moradores da área de exposição à intervenção.

4) A grande maioria dos participantes das atividades da intervenção será do sexo feminino e com idade próxima aos 60 anos (SIQUEIRA et al., 2009; COSTA et al.; 2012) .

5.METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O projeto se caracteriza como um estudo longitudinal. A investigação ocorrerá através da avaliação do impacto de um programa de intervenção com AF na UBS Areal Leste. Para essa análise serão realizadas duas ações de coleta de dados. A primeira ocorrerá em abril de 2013 e será considerada a linha de base do estudo e após 12 meses, em 2014, a segunda avaliação comunitária verificará os resultados da intervenção.

5.2 POPULAÇÃO ALVO

A população-alvo do estudo será composta por sujeitos maiores de 18 anos, que residem na área de abrangência da UBS Areal Leste da UFPel, na cidade de Pelotas/RS.

5.3 PLANO AMOSTRAL

O processo de amostragem deste estudo caracteriza-se por ser em múltiplos estágios. Primeiramente, em 2013, será realizado na área de abrangência da UBS Areal Leste, um estudo inicial da população no sentido de criar uma "Linha de Base", com as informações pertinentes a população referente à AF e demais variáveis de interesse. Logo em sequência, as atividades do UBS+Ativa serão iniciadas. Cabe ressaltar que, em 2014 os indivíduos que participarem da Linha de Base, serão visitados e avaliados novamente.

Com uma cobertura estimada de aproximadamente 10 mil moradores alocados na área próxima da unidade e considerando a previsão de concentração demográfica de 1,94 habitante adulto por domicílio e de 0,32 idosos (IBGE, 2001), esperava-se entrevistar, nos domicílios, cerca 870 indivíduos de 18 anos ou mais, ao se visitarem 55 domicílios em cada uma das sete micro áreas determinadas para o trabalho de campo.

5.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis independentes que serão utilizadas para a coleta de dados da Linha de Base e da reavaliação na área de abrangência da UBS Areal Leste, estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Variáveis independentes, definição, escala e operacionalização.

Variáveis	Definição	Operacionalização
Sexo	Categórica	Feminino/masculino
Cor da Pele	Categórica	Branca/parda/preta
Idade	Numérica Continua	Idade em anos completos
Utilização da UBS	Dicotômica	Utiliza/não utiliza
Sabe ler e/ou escrever	Nominal	Sabe ler/não sabe ler/só assina
Escolaridade	Categórica	Não estudou/fundamental/ médio/superior
Situação conjugal	Categórica	Vive com companheiro/ Vive sem companheiro
Número de pessoas na casa	Categórica	1/2/3/4/5/ou mais

Escore de AF no lazer	Numérica Contínua	Minutos de AF no lazer medido pelo IPAQ
Escore de AF no deslocamento	Numérica Contínua	Minutos de AF no lazer medido pelo IPAQ
Conhecimento sobre AF	Categórica Ordinal	Aumentou/Diminuiu/permanece o mesmo
Participação no programa	Dicotômica	Participa/Não participa
Motivo para não participação	Categórica	Não sabia da existência do programa/por causa dos horários oferecidos/por causa do horário do meu trabalho/porque tenho que cuidar de familiar/porque estudo/porque as atividades oferecidas não me agradam/porque já faço AF em academia, clube ou outro local
Como ficou sabendo do programa de AF	Categórica	Sala de espera/panfletagem /médico /agente comunitário de saúde /vizinhos
Motivos para fazer AF	Categórica	Melhorar a saúde/incentivo dos profissionais da UBS/controle do estresse e depressão/emagrecer/incentivo ou fazer amigos
Atividades oferecidas são aquelas que gostaria de fazer	Categórica	Sim/não/Não sabe
Atividades que gostaria de fazer	Categórica	Grupos de caminhada/ Dança/Práticas integrativas/Ginástica/Exercícios de Alongamento e relaxamento/Exercícios de força e resistência muscular/Jogos e brincadeiras/Passeios/Lutas e artes marciais/ Esportes/Avaliação Física
Recebimento de aconselhamento na sala de espera	Dicotômica	Sim/não

5.5 DESFECHO

O desfecho do estudo será o impacto da intervenção com AF na população da área de cobertura da UBS Areal Leste. Para operacionalização deste desfecho

será utilizado questionário de formulação dos autores, e planilhas de acompanhamento das demais atividades que envolvem o projeto UBS+Ativa (sala de espera, GAFO e atendimento ambulatorial) (Anexo I). Com a aplicação dos instrumentos citados poderemos responder a pergunta desfecho: Qual o impacto da intervenção com AF na população residente na área de cobertura da UBS Areal Leste em relação às variáveis de AF?

5.6 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

O instrumento é composto por questões formuladas pelos autores. O Anexo I se refere ao instrumento de utilização de registro das frentes de ação do UBS+Ativa e os Anexos II e III apresentam os instrumentos que serão utilizados na Linha de Base e na Reavaliação.

5.7 SELEÇÃO E CAPACITAÇÃO DE ENTREVISTADORES

Os entrevistadores serão acadêmicos da UFPel. Ressalta-se que, antes de realizarem a coleta de dados na área de cobertura da UBS, todos estes passarão por um treinamento com duração de quarenta horas, oferecido pelo responsável deste estudo com o intuito de padronizar a abordagem em campo.

Durante o treinamento será abordada a apresentação da pesquisa, estudo das técnicas de entrevista (abordagem ao domicílio, na entrevista e dramatizações) e a execução do estudo piloto.

5.8 COLETA DE DADOS E LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

Inicialmente será realizada na área de abrangência da UBS Areal Leste, um estudo populacional, com o objetivo de criar a "Linha de Base", com informações pertinentes a população referente à AF e demais variáveis de interesse.

Logo em seguida, as atividades do UBS+Ativa iniciarão. Primeiramente, haverá aconselhamento na sala de espera de forma individual ou em pequenos

grupos, sob forma de intervenções ou palestras. Para estimular o aconselhamento à prática de AF os responsáveis pelo projeto participação das reuniões de equipes das UBS, além disso, cartazes serão produzidos para fixar na sala de espera no sentido de estimular a prática de AF pelos usuários e panfletos distribuídos pelas ruas da área de abrangência da UBS.

Em sequência, as atividades de atendimento coletivo e ambulatorial serão iniciadas. As aulas coletivas acontecerão em grupos de caminhada e ginástica e sempre será orientada por um responsável da área da Educação Física. O atendimento ambulatorial atenderá indivíduos sadios, com dificuldade de mobilidade ou ainda com doença crônica, que por não possuem condições de participar nas atividades coletivas.

No ano de 2014, após 12 meses de intervenção, será realizada a reavaliação. Para isso, de posse do banco de dados contendo as informações referentes à avaliação inicial da Linha de Base, primeiramente serão listadas todas as pessoas entrevistadas, as perdas e as recusas, com os seus respectivos endereços. Na sequência, os entrevistadores previamente capacitados e treinados irão, com supervisão do pesquisador, em cada domicílio na busca dos entrevistados.

Os entrevistadores estarão uniformizados e identificados, além disso, todos deverão seguir o roteiro de abordagem disponibilizado no momento do treinamento. Também haverá uma carta de apresentação (Anexo IV), descrevendo o intuito da pesquisa e o seu vínculo com a UFPel. Para que o morador se sinta mais seguro, o entrevistador lerá a carta e posteriormente entregará em mãos o Termo de Consentimento para este assinar, consentindo com a participação na pesquisa.

Com o intuito de facilitar a logística do trabalho de campo, as ruas da área de cobertura da UBS serão listadas de acordo com cada uma das sete micro-áreas já existentes, e nesta ordem, serão visitadas. Em continuidade, cada um dos nomes listados através do banco de dados existente da Linha de Base, será procurado por no mínimo três vezes, além disso, haverá a tentativa de agendamento para o horário da entrevista, através do contato por telefone disponibilizado na avaliação anterior.

Se por acaso o entrevistador não encontrar o morador em sua residência e o contato telefônico falhar, o mesmo buscará ter maiores informações com os vizinhos

sobre o período que a pessoa estará no domicilio disponível para responder os questionamentos. Desta forma, irá retornar a casa do entrevistado em horários e dias alternativos. Se por acaso, algum indivíduo se negar a participar da pesquisa naquele instante, o entrevistador será orientado a retornar em outro momento.

Após se realizarem três tentativas consecutivas negativas, o pesquisador responsável buscará entrar em contato e esclarecer a situação e importância da participação na pesquisa. Em seguida o mesmo visitará a residência para tentar inserir este morador no estudo. Esta estratégia tem como objetivo diminuir ao máximo as perdas e recusas.

5.9 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto para a realização do trabalho de campo terá o objetivo de testar a aplicação do instrumento e servirá para treinamento dos entrevistadores. Cada entrevistador aplicará o instrumento a duas pessoas na mesma faixa etária de interesse, com a supervisão dos responsáveis pelo projeto UBS+Ativa. Os entrevistados serão captados na Escola Superior de Educação Física, durante um dia normal de atividades. Foi indicado serem buscados integrantes do grupo de profissionais que fazem a limpeza da Escola para a testagem do instrumento durante este piloto.

5.10 CONTROLE DE QUALIDADE (CQ)

Durante a coleta de dados, o pesquisador será responsável por acompanhar o desenvolvimento desta etapa em cada micro área. Isso inclui o acompanhamento sistemático das atividades dos supervisores e entrevistadores no sentido de verificar as entrevistas realizadas, a supervisão das atividades dos supervisores e ainda, fará breves contatos com alguns entrevistados para verificar a ocorrência da entrevista. A cada sexta-feira o pesquisador irá recolher os instrumentos preenchidos durante a semana de trabalho. Como isto se pretende controlar possíveis erros ou respostas falsas e ainda a correta aplicação da logística estabelecida.

5.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os instrumentos aplicados durante essa avaliação serão recolhidos semanalmente, e já deverão estar codificados e revisados pelo entrevistador e supervisor. Os instrumentos serão armazenados em porta-arquivos na sede da pesquisa. Para a estruturação do banco de dados será utilizado o software EpiData 3.1, com realização de dupla digitação para posteriormente verificar possível erro na transcrição do instrumento. Na sequência, por motivos de segurança, o banco de dados será salvo em três discos virtuais. Após limpeza do banco de dados e análise de inconsistências, a análise de dados será iniciada. Primeiramente, se buscará verificar a descrição da amostra, a qual será comparada com a da linha de base. Essa descrição compreenderá todas as variáveis independentes referidas anteriormente. Serão utilizados os testes estatísticos qui-quadrado para comparação de proporções, teste-t para comparação entre as médias e a regressão de Poisson, sendo considerado $p<0,05$ para determinação do nível de significância. As análises serão realizadas através do pacote estatístico Stata 12.0.

5.12 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização do presente estudo o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e aprovado CAAE 13650513.3.0000.5313 (Número do parecer: 224.894 – Data da relatoria: 22/03/2013) (Anexo V).

Os participantes do estudo serão informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre a isenção de riscos, salientando que sua identidade será preservada, ou seja, seus nomes não serão divulgados.

Os indivíduos depois de esclarecidos sobre o projeto e que venham a participar do estudo, todos estes assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo VI), que permitirá a autorização de sua participação no estudo.

6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divulgados através de:

1) Uma dissertação de mestrado;

2) Artigos científicos;

3) Anais de eventos;

4) Participações em eventos;

5) Confecção de relatórios com os principais achados da pesquisa para veicular nos órgãos de comunicação.

7. CRONOGRAMA

Ação	2013									2014												2015			
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A
Revisão de Literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração do projeto		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■													
Defesa do projeto														■												
Coleta de Dados														■	■											
Análise dos dados																■	■									
Redação do artigo																■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Defesa da dissertação																										■

8. FINANCIAMENTO

Este trabalho recebeu recursos para a sua execução da Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul- FAPERGS.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDANA, Steven et al. Effects of an intensive diet and physical activity modification program on the health risks of adults. **J Am Diet Assoc**, v.3, n.105, p.371-381, 2005.

BAKER, Graham et al. The effect of a pedometer-based community walking intervention “Walking for Wellbeing in the West” on physical activity levels and health outcomes: a 12-week randomized controlled trial. **J Behav Nutr Phys Act**, v.5, n. 44, p.19, 2008.

BANCO MUNDIAL. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. **Relatório n. 32576-BR**. Brasília; 2005.

BARRETO, Shandi Maria et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da organização mundial da saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.1, n.14, p.41-68, 2005.

BARROSO, W. K. S.; JARDIM, P. C. B. V.; VITORINO, P. V.; BITTENCOURT A.; MIQUETICHUC F. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Rev Assoc Med Bras**, v.4, n.54, p.328-33, 2008.

BERTOZZI, N. et al. Promoting physical activity in over weight and obese patients: counseling in primary care from Italy (Cesena, 2002–2003). **Sport Sci Health**, v.1, n.1, p.25-30, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado 1988.

BRASIL. Atendimento - Unidades Básicas de Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-basicas-de-saude> Acessado: 6 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Rev Saúde Pública**, v.2, n.36, p.254-6, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). **Cad de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de

saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise and physical fitness. **Public Health Reports**, v.100, n.2, p.126-131, 1985.

CHTARA, M. et el. Effect of concurrent endurance and circuit resistance-training sequence on muscular strength and power development. **J Strength Cond Res**, n.22, p.1037–1045, 2008.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v.3, n.15, p.443-458, 2012.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev Nutr Campinas**, v.6, n.22, p.937-946, nov./dez. 2009.

ÉMILE, Melanie et al. Effects of supervised and individualized weekly walking on exercise stereotypes and quality of life in older sedentary females. **Science & Sports**, v. 29, n. 3, p. 156-163, 2014.

FITZSIMONS, Claire et al. The 'Walking for Wellbeing in the West' randomised controlled trial of a pedometer-based walking programme in combination with physical activity consultation with 12 month follow-up: rationale and study design. **BMC Public Health**, v.1, n.8, p.259, 2008.

GRANDE, Dalton et al. **CURITIBATIVA: política pública de atividade física e qualidade de vida de uma cidade: avaliação, prescrição, relato e orientação da atividade física em busca da promoção da saúde e de hábitos saudáveis na população de Curitiba.** Curitiba: Gráf. e Editora Venezuela, 2008. 90p.

FLORINDO, A.A.; HALLAL, P.C. **Epidemiologia da atividade física**. São Paulo: Atheneu, 2011. 240p.

HALLAL Pedro Curi et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.1, n.26, p.70-78, 2010.

HALLAL, Pedro Curi et al. Avaliação quali-quantitativa do programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Rev Bras de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 9-14, jun. 2009.

HARRISON R.; ROBERTS C.; ELTON P. Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. **J Public Health**, v.1, n.27, p.25-32, 2005.

HARLAND, Jane et al. "The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care." **BMJ**, v. 319, n.319, p. 828-32, 1999.

HASKELL, William et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med Sci Sports Exerc**, v.8, n.39, p.1423-34, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do censo de 2010 – Evolução demográfica 1950 - 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000403.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2013

KNUTH, A. G.; BACCHIERI, G.; VICTORA, C. G.; HALLAL, P. C. Changes in physical activity among Brazilian adults over a 5-year period. **J Epidemiol Community Health**, v.1, n.64, p. 591-5, 2010.

KOKUBUN, Eduardo et al. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP. **Rev Bras de Atividade Física & Saúde**, v.1, n.2, p.45-50, 2007.

KRUCHELSKI, S.; RAUCHBACH, R**. Curitibativa gestão nas cidades voltada à promoção da atividade física, esporte, saúde e lazer: avaliação, prescrição e orientação de atividades físicas e recreativas, na promoção de saúde e hábitos saudáveis da população curitibana**. Curitiba: Livro Digital, 2005. 120p.

LIMA, D. C.; ALMEIDA, J. D. M.; MARQUES, K. P. P.; LIMA, T. V.; CASTILHO, C. J. M. A distribuição espacial do Programa Academia da Cidade, em Recife/Brasil. **Rev Mov Soc Din Espac**, v.2, n.1, p.153-165, 2012.

MATSUDO, Sandra et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev Bras Ciên e Mov**. Brasília v.10 n.4 p.41-50 out. 2002.

MATSUDO, Victor et al. Promotion of physical activity in a developing country: The Agita São Paulo experience. **Public Health Nutrition**, v.5, p.253-261, 2002.

MATSUDO, Sandra et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do programa agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. **Rev Bras de Atividade Física & Saúde**, v.3, n.13, p.178-184, 2008.

MAZZOCANTE, R. P.; MORAES, J. F. V. L.; CAMPBELL C. S G. Gastos públicos diretos com a obesidade e doenças associadas no Brasil. **Rev Ciênc Méd (Campinas)**, v.1-6, n. 21, p.25-34. 2012

MENDONÇA, B. C. A.; TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física. Programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Rev Bras de Atividade Física & Saúde**, v.3, n.14, p.211-216, 2009.

MINAYO, Maria Cecília. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n.28, p.208-209, fev. 2012.

NAKAMURA. Priscila Missaki et al. Programa de intervenção para a prática de atividade física: saúde ativa Rio Claro. **Rev Bras de Atividade Física & Saúde**, v.2, n.15, p.128-132, 2010.

ORROW, G.; KINMONTH, A. L.; SANDERSON, S.; SUTTON, S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ,** v.344:e1389, 2012

PATE, R. R. M.; PRATT S.. N.; BLAIR S. N. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **J Am Med Assoc**, v.1, n.273, p.402-407, 1995.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.3, n.46, p.543-50, 2012.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n.21, p. 870-877, mai./jun. 2005.

REIS, R. S.; HALLAL, P. C.; PARRA, D. C. et al. Promoting physical activity through community-wide policies and planning: findings from Curitiba, Brazil. **J Phys Act Health**, v. 2, n.7, p.S137-S145, 2010.

ROW, B.S.; KNUTZEN. K. M.; SKOGSBERG, N. J. Regulating explosive resistance training intensity using the rating of perceived exertion. **J Strength Cond Res**, v.3, n.26, p.664–671, 2012.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. London, p.61-74, mai. 2011.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes et. al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.1, p.203-213, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2**. – Rio de Janeiro: Diagraphic, p.72, 2003.

SEUS, Thamires et al. Autorrelato de diabetes e atividade física no Brasil. **Rev Bras de Atividade Física & Saúde**, v.17, n.6, p. 519-531, 2012.

STEIN, R. Atividade física e saúde pública. **Rev Bras Med Esporte**, v.5, n.4, jul./ago. 1999.

TERI, L.; MCCURRY, S. M.; LOGSDON, R. G.; GIBBONS, L. E.; BUCHNER, D. M.; LARSON, E. B.. A randomized controlled clinical trial of the Seattle Protocol for Activity in older adults. **J Am Geriatr Soc**, v.7,n.59, p. 1188-96, 2011.

THE WRITING GROUP FOR THE ACTIVITY COUNSELING TRIAL RESEARCH GROUP. Effects of physical activity counseling in primary care: the activity counseling trial: a randomized controlled trial. **JAMA**, n.288, p. 677-87, 2001.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. 2008. **Physical Activity Guidelines for Americans**. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2008.

VAN SLUIJS, E. M.; VAN POPPEL, M. N.; TWISK, J. W.; CHIN, A. P. M.; CALFAS, K. J.; VAN M. W. Effect of a tailored physical activity intervention delivered in general practice settings: results of a randomized controlled trial. **Am J Public Health**, n.9510, p.1825-31, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva; 2004.[Fifty Seventh World Health Assembly, WHA 57.17]

ZAITUNE, Maria Paula et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.23, p.1329-1338, jun. 2007.

10. ANEXO I

UBS+Ativa **Frente de ação:**_____ **Responsável:**_____		
Participante	**Contato**	**Observação**

10.ANEXO II

Universidade Federal de Pelotas **Escola Superior de Educação Física** **Curso de Terapia Ocupacional** **Grupo de Estudos em Epidemiologia da Atividade Física** **INTERVENÇÃO COM ATIVIDADE FÍSICA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE** **ADULTOS E IDOSOS (18 ANOS OU MAIS)**	 GEEAF
Número de identificação	*NQUE __ __ __ __*
Unidade Básica de Saúde: (0) Areal Leste (1) CSU (2) Vila Municipal	*UBS __*
Entrevistador: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	*ENTREV __*
Nome do entrevistado:_____	
Endereço:_____	
Telefone para contato:_____	*TEL __ __ __ __-__ __ __ __*
Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	*SEXO___*
Cor de pele**:** (0) Branca (1) Parda (2) Preta	*CORPEL __*
Qual é a sua idade? __ __ (anos completos)	*IDADE __ __*
O Sr(a) já utilizou alguma vez a UBS Areal Leste? (0) Não (1) Sim	*UTIUBS__*
O(a) Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina o nome	*SABELER__*
Qual a sua escolaridade? (0) não estudou (1) fundamental (2) médio (3) superior	*ESCOL__*
Qual sua situação conjugal atual? **(1) vive com companheiro(a)** (casado ou não) **(2) vive sozinho (Separado(a)/divorciado(a), Solteiro(a)**	*SITCONJ __*
Quantas pessoas moram nesta casa? (1) uma pessoa (2) duas pessoas (3) três pessoas (4) quatro pessoas (5) cinco ou mais	*MORACASA__*

Qual o seu peso? ___ ___ ___ quilos	*PESO* __ __ __
Qual a sua altura? ___ ___ ___ cm	*ALTURA* __ __ __
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE ATIVIDADES FÍSICAS NO SEU TEMPO DE LAZER	
Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício. ____ dias (0) nenhum→ vá para a pergunta (9) IGN	*CAMDIA.___.*
Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, você caminhou por dia? __ __ __ minutos p/dia (888) NSA	*MINCA__.__.__*
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA	
Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades fortes</u>, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ... _____ dias (0) nenhum → vá para a pergunta (9)IGN	*FORDIA.__.*
Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, você fez atividades fortes por dia? __ __ __ minutos p/dia (888) NSA	*MINFOR__.__.__*
Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades médias</u>, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc. ____ dias (0) nenhum → vá para a pergunta (9)IGN	*MEDIA.__.*
Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia? __ __ __ minutos p/dia (888) NSA	*MIND__.__.__*

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR(A) PENSASSE COMO SE DESLOCA DE UM LUGAR AO OUTRO, QUANDO ESTE DESLOCAMENTO DURA PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. PODE SER A IDA E VINDA DO TRABALHO OU QUANDO A SR(A) VAI FAZER COMPRAS, VISITAR A AMIGOS, IR AO MERCADO E ETC.	
Em uma semana habitual, quantos dias por semana a Sr(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro? ____ dias (0) nenhum → vá para a pergunta **(**9) IGN	*DIABICI __*
SE USA BICICLETA: Nesses dias, quanto tempo no total a Sr(a) pedala por dia? _ ___ ___ ___ minutos (888) NSA	*TEMPBIC__.__.__*
Em uma semana habitual, quantos dias por semana a Sr(a) caminhava para ir de um lugar a outro? ____ dias (0) nenhum → vá para a pergunta **(**9) IGN	*DESLCAMI__*
SE CAMINHA: Nesses dias, quanto tempo no total a Sr(a) caminha por dia? ___ ___ ___ minutos (888) NSA	*TEMPCAM__.__.__*
AGORA GOSTARÍAMOS DE SABER ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE	
Como o(a) Sr(a) considera sua saúde? **(1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim**	*PERCSAUD __*
Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN	*HAS ___*
No último ano, o(a) Sr.(a) caiu alguma vez? (0) Não (1) Sim	*QUEDAS __*
Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem DIABETES ou açúcar alto no sangue? (0) Não (1) Sim (9) IGN	*DIABETE___*
Alguma vez algum médico lhe disse que o Sr(a) precisava perder peso? (0) Não (1) Sim (9) IGN	*PERDPESO__*
Alguma vez em uma consulta na UBS, algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer atividade física para melhorar a sua saúde? (0) Não (1) Sim (9) IGN	*ACONSAF __*
AGORA NÓS GOSTARÍAMOS DE VERIFICAR SEU PESO, ALTURA, PRESSÃO ARTERIAL, E CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	
Peso ___ ___ ___ quilos	*PESOMED__ __ __*
Altura ___ ___ ___ cm	*ALTUMED __ __ __*
Pressão Arterial (mmHg) - Pressão Sistólica ___ ___ ___ Pressão Diastólica ___ ___ ___	*PRESSIS ___ ___ ___*

	PRESDIAS__ ___ ___
Circunferência da Cintura ___ ___ ___ cm	
A INFORMAÇÃO ABAIXO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO REVISOR DO INSTRUMENTO	
Índice de Massa Corporal (Kg/m²) (0) Baixo peso (1) Normal (2) Sobre peso (3) Obeso	*IMC___*

10.ANEXO III

Universidade Federal de Pelotas
Escola Superior de Educação Física
Curso de Terapia Ocupacional
Grupo de Estudos em Epidemiologia da Atividade Física
INTERVENÇÃO COM ATIVIDADE FÍSICA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
ADULTOS E IDOSOS (18 ANOS OU MAIS) – INQUÉRITO 2

GEEAF
PROJETO UBS ATIVA

Número de identificação	*2NQUE _ _ _ _ _*
Unidade Básica de Saúde: (0) Areal Leste (1) CSU (2) Vila Municipal	*2UBS _*
Entrevistador: (1) (2) (3) (4) (5) (6)	*2ENTREV _*
Nome do entrevistado:_____	*2NOME*_____
Endereço:_____	*2ENDEREC*_____
Telefone para contato:_____	*2TEL _ _ _ _ _-_ _ _ _*
Área PACs (0) Não (1) Sim	*2PACS _*
Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	*2SEXO _*
Cor de pele: (0) Branca (1) Parda (2) Preta	*2CORPEL _*
1.Qual é a sua idade? _ _ (anos completos)	*2IDADE _ _*
2.O Sr(a) participa do programa/intervenção de promoção de atividade física aqui do Posto de Saúde? (0) Não (1) Sim (8) NSA Se Sim RESPONDA AS PERGUNTAS DE 3 A 6. SE NÃO RESPONDA A PRÓXIMA QUESTÃO E DEPOIS PULE PARA A QUESTÃO NÚMERO 7	*2PARTIN _*
Por que o Sr(a) não participa do programa de Atividade Física da UBS? **(0) Não sabia da existência do programa** **(1) Por causa dos horários oferecidos** **(2) Por causa do horário do meu trabalho** **(3) Por que tenho que cuidar de familiar** **(4) Porque estudo** **(5) Porque as atividades oferecidas não me agradam** **(6) Porque já faço AF em academia/clube ou outro local** **(7) Outro motivo. Qual?** _____ **(8) NSA**	*2PQNAO _*
3. Como o Sr(a) ficou sabendo da existência deste programa?	
(0) Familiares (0) Não (1) Sim (8) NSA	*2FAMIL _*
(1) Amigos (0) Não (1) Sim (8) NSA	*2AMIG _*
(2) Vizinho (0) Não (1) Sim (8) NSA	*2VIZIN _*
(3) ACS (0) Não (1) Sim (8) NSA	*2ACS _*
(4) No próprio Posto (0) Não (1) Sim (8) NSA	*2POSTO _*
(5) Faixa de propaganda na UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA	*2FAIXA _*
(6) Panfleto (0) Não (1) Sim (8) NSA	*2PANFLE _*
(7) Na sala de espera (0) Não (1) Sim (8) NSA	*2ESPERA _*
3.1. Em relação ao seu conhecimento sobre a importância da AF, o Sr(a) considera que no último ano : **(0) aumentou o conhecimento** **(1) continua a mesma coisa** **(2) diminuiu o conhecimento**	*2CONH*

4. Quais foram os motivos que levaram o/a senhor/a começar a fazer o programa? Eu vou ler os motivos e o/a senhor/a diz sim ou não.

Motivos sociais	Recomendação profissional	Motivos diversos	
Por incentivo de amigos (0)Não (1) Sim (8)NSA	Incentivo do Agente Comunitário (0)Não (1) Sim (8)NSA	Para melhorar a saúde (0)Não (1) Sim (8)NSA	*2INCAMI__* *2NOVOSAMI__*
Para fazer novos amigos (0)Não (1) Sim (8)NSA	Recomendação do/a Prof. de EF (0)Não (1) Sim (8)NSA	Para emagrecer (0)Não (1) Sim (8)NSA	*2INCACS__* *2RECEF__*
	Recomendação do/a enfermeiro/a (0)Não (1) Sim (8)NSA	Para ficar em forma (0)Não (1) Sim (8)NSA	*2RECENF__* *2RECSS__*
	Recomendação do/a Serviço Social (0)Não (1) Sim (8)NSA	Para controlar o diabetes (0)Não (1) Sim (8)NSA	*2RECPSI__* *2RECNUT__*
	Recomendação do/a psicólogo (0)Não (1) Sim (8)NSA	Para controlar a pressão alta (0)Não (1) Sim (8)NSA	*2RECMED__* *2MELHSAU__*
	Recomendação do/a nutricionista (0)Não (1) Sim (8)NSA	Para controlar o diabetes (0)Não (1) Sim (8)NSA	*2EMAGRE__* *2FORMA__*
	Recomendação do/a medico/a (0)Não (1) Sim (8)NSA	Para controlar o colesterol (0)Não (1) Sim (8)NSA	*2CONTDIAB__* *2CONTHAS__*
		Para controlar a depressão (0)Não (1) Sim (8)NSA	*2CONTRCOL__* *2COTRDEP__*
		Para controlar o estresse (0)Não (1) Sim (8)NSA	*2CONTESTR_*

5. De todos estes motivos que o senhor(a) acabou de dizer *(Entrevistador: leia todas as barreiras que ele citou, principalmente se for pessoa idosa),* **qual foi o que mais influenciou na sua decisão para começar a participar no programa?**

Motivos sociais	Recomendação profissional	Motivos diversos	
(00)Por incentivo de amigos	(02)Incentivo do Agente Comunitário	(11) Para melhorar a saúde	*2MOTPRI__*
(01)Para fazer novos amigos	(03)Recomendação do/a Prof. de EF	(12)Para emagrecer	
	(04)Recomendação do/a enfermeiro/a	(13)Para ficar em forma	
	(05)Recomendação do/a Serviço Social	(14)Para controlar o diabetes	
	(06)Recomendação do/a psicólogo	(15)Para controlar a pressão alta	
	(07)Recomendação do/a nutricionista	(16)Para controlar o diabetes	
	(10)Recomendação do/a medico/a	(17)Para controlar o colesterol	
		(18)Para controlar a depressão	
(88) NSA	(99) IGN	(19)Para controlar o estresse	

6. As atividades oferecidas pelo programa/intervenção de promoção de atividade física são aquelas que realmente o senhor(a) gostaria de fazer? *2ATVOFER__*
(0) Não (1) Sim (3) Não sabe (8) NSA (9) IGN

7. O Sr(a) já utilizou alguma vez a UBS Areal Leste? (0) Não (1) Sim *2UTIUBS__*

SE SIM, RESPONDA A NÚMERO 8 *2UTI1314__*
SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO 16

8. O Sr utilizou a UBS no último ano, ou seja, desde abril do ano passado até hoje?
(0) Não (1) Sim (8) NSA

SE SIM , RESPONDA A NÚMERO 9
SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO 16

9. O Sr(a) recebeu orientação sobre AF na sala de espera? (0) Não (1) Sim (8) NSA *2ORISAES__*

SE SIM, RESPONDA A NÚMERO 10
SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO 12

10. O Sr mudou seu comportamento em relação a sua prática de AF? (0) Não (1) Sim (8) NSA SE SIM, RESPONDA A NÚMERO 11 SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO 12 **11. O que mudou em relação à prática de AF?** (0) **O Sr(a) passou a fazer AF nos seus momentos de Lazer por conta própria** (1) **O Sr(a) passou a fazer AF nas atividades oferecidas na UBS** (2) **O Sr(a) passou a fazer nas atividades da UBS e nos momentos de Lazer** (8) NSA	*2MUDOU __* *2OQMUDOU__*
12. No último ano o Sr(a) foi atendido no ambulatório pelo Prof. de Educação Física? (0) Não (1) Sim SE SIM RESPONDA A NÚMERO A 12.1 SE NÃO PULE PARA QUESTÃO 16 **12.1 Qual o principal motivo do atendimento no ambulatório de AF?** (marcar somente 1 motivo, o principal) (0) **Problema muscular/ósseo/articular** (1) **Perder/controlar peso** (2) **Tratar doença (pressão alta, diabetes, doença no coração...)** (3) **Cuidar da saúde mental (depressão, ansiedade...)** (8) **NSA** **13. O Sr(a) recebeu informações de como fazer AF?** (0) Não (1) Sim (8) NSA SE SIM, RESPONDA A NÚMERO 14 SE NÃO PULE PARA QUESTÃO 16 **14. O Sr(a) mudou seu comportamento em relação a sua prática de AF?** (0) Não (1) Sim (8) NSA SE SIM, RESPONDA A NÚMERO 15 SE NÃO PULE PARA QUESTÃO 16 **15. O que mudou em relação à prática de AF?** (0) **O Sr(a) passou a fazer AF nos seus momentos de Lazer por conta própria** (1) **O Sr(a) passou a fazer AF nas atividades oferecidas na UBS** (2) **O Sr(a) passou a fazer nas atividades da UBS e nos momentos de Lazer** (8) NSA	*2AMBUL__* *2PRINCMOT__* *2PRESAMB__* *2MUDOUAM__* *2QMUDAMB __*
16. O Sr(a) ficou sabendo que existe um programa de AF para os moradores deste bairro na UBS? (0) **Não** (1) **Sim** SE SIM, RESPONDA A QUESTÃO NÚMERO 17 SE NÃO PULE PARA QUESTÃO 18 **17. Como o Sr(a) ficou sabendo pela primeira vez do programa de AF na UBS?** **Na sala de espera da UBS** (0) Não (1) Sim (8) NSA **Recebi Panfleto em casa** (0) Não (1) Sim (8) NSA **Na consulta com médico** (0) Não (1) Sim (8) NSA **Pelo Agente Comunitário de Saúde** (0) Não (1) Sim (8) NSA **Por um Vizinho** (0) Não (1) Sm (8) NSA **Outra. Qual? _____**	*2SABEPRO__ __* *2SALAESP__* *2PANFLE__* *2 MEDICO__* *2AGCS__* *2VIZI__* *2QUALOUT*

18. Na sua opinião, quais atividades deveriam ser oferecidas por um programa/intervenção para promoção da atividade física? . Grupos de caminhada (0) Não (1) Sim (9) IGN . Dança (0) Não (1) Sim (9) IGN . Práticas integrativas (0) Não (1) Sim (9) IGN . Ginástica (0) Não (1) Sim (9) IGN . Exercícios de Alongamento/relaxamento (0) Não (1) Sim (9) IGN . Exercícios de força/resistência muscular (0) Não (1) Sim (9) IGN . Jogos e brincadeiras (0) Não (1) Sim (9) IGN . Passeios (0) Não (1) Sim (9) IGN . Lutas/artes marciais (0) Não (1) Sim (9) IGN . Esportes (0) Não (1) Sim (9) IGN . Avaliação Física (0) Não (1) Sim (9) IGN	*2CAMIN__* *2DANÇA__* *2PRATI__* *2GIN__* *2ALONGA__* *2FORÇA__* *2JOGOS__* *2PASSEI__* *2LUTAS__* *2ESPORT__* *2AVALIA__*
19. O(a) Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina o nome	*2SABELER__*
20. Qual a sua escolaridade? (0) não estudou (1) fundamental (2) médio (3) superior	*2ESCOL__*
21. Qual sua situação conjugal atual? **(1) vive com companheiro(a) (casado ou não)** **(2) vive sozinho (Separado(a)/divorciado(a), Solteiro(a)**	*2SITCONJ __*
22. Quantas pessoas moram nesta casa? (1) uma pessoa (2) duas pessoas (3) três pessoas (4) quatro pessoas (5) cinco ou mais	*2MORACAS__*
23. Qual o seu peso? ___ ___ ___ quilos	*2PESO __ __ __*
24. Qual a sua altura? ___ ___ ___ cm	*2ALTURA __ __ __*
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE ATIVIDADES FÍSICAS NO SEU TEMPO DE LAZER	
25. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Pense nas caminhadas como forma de lazer, por prazer ou como forma de exercício. ____ dias (0) nenhum → vá para a pergunta 27 (9) IGN	*2CAMDIA___*
26. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, você caminhou por dia? __ __ __ minutos p/dia (888) NSA	*2MINCA__ __ __*
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA	
27. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades fortes</u>, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ... _____ dias (0) nenhum → vá para a pergunta 29 (9)IGN	*2FORDIA __*
28. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, você fez atividades fortes por dia? __ __ __ minutos p/dia (888) NSA	*2MINFOR__ __ __*
29. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades médias</u>, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc. ____ dias (0) nenhum → vá para a pergunta 31 (9)IGN	*2MEDIA __*

30.Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia? ___ ___ ___ minutos p/dia (888) NSA	*2MIND*__ __ __
AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR(A) PENSASSE COMO SE DESLOCA DE UM LUGAR AO OUTRO, QUANDO ESTE DESLOCAMENTO DURA PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. PODE SER A IDA E VIN DO TRABALHO OU QUANDO A SR(A) VAI FAZER COMPRAS, VISITAR A AMIGOS, IR AO MERCADO ETC.	
31.Em uma semana habitual, quantos dias por semana a Sr(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro? ____ dias (0) nenhum → vá para a pergunta 33 (9) IGN	*2DIABICI* __
32.SE USA BICICLETA: Nesses dias, quanto tempo no total a Sr(a) pedala por dia? _ ___ ___ ___ minutos (888) NSA	*2TEMPBIC*__ ___
33.Em uma semana habitual, quantos dias por semana a Sr(a) caminhava para ir de um lugar a outro? ____ dias (0) nenhum → vá para a pergunta 35 (9) IGN	*2DESLCAM*___
34.SE CAMINHA: Nesses dias, quanto tempo no total a Sr(a) caminha por dia? ___ ___ ___ minutos (888) NSA	*2TEMPCAM*__ __
AGORA GOSTARÍAMOS DE SABER ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE	
35.Como o(a) Sr(a) considera sua saúde? **(1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim**	*2PERCSAU* __
36.Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN	*2HAS* ___
37.No último ano, o(a) Sr.(a) caiu alguma vez? (0) Não (1) Sim	*2QUEDAS* __
38.Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem DIABETES ou açúcar alto no sangue? (0) Não (1) Sim (9) IGN	*2DIABETE*___
39.Alguma vez algum médico lhe disse que o Sr(a) precisava perder peso? (0) Não (1) Sim (9) IGN	*2PERDPESO*__
SE A PESSOA NUNCA CONSULTOU NA UBS COLOCAR (8 NSA) NAS QUESTÕES 40 e 41	
40. Alguma vez em uma consulta na UBS, algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer atividade física para melhorar a sua saúde? (0) Não (1) Sim (9) IGN (8) NSA	*2ACONSAF* __
41. Alguma vez em uma consulta nesta UBS, algum professor de educação física avaliou ou prescreveu atividade física para você fazer no seu horário de lazer? (0) Não (1) Sim (9) IGN (8) NSA	*2PRESCRA*__
AGORA NÓS GOSTARÍAMOS DE VERIFICAR SEU PESO, ALTURA, PRESSÃO ARTERIAL, E CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL.	
Peso ___ ___ ___ quilos	*2PESOMED*__ __
Altura ___ ___ ___ cm	*2ALTUMED* __ __
Pressão Arterial (mmHg) - Pressão Sistólica ___ ___ ___ Pressão Diastólica ___ ___ ___	*2PRESSIS* ___ ___ *2PRESDIAS* ___ ___
Circunferência da Cintura cm	*2CC* __ __ __

10.ANEXO IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Pelotas, abril de 2014

Prezado(a) Sr.(a),

Estamos realizando uma pesquisa na Unidade Básica de Saúde Areal-Leste e na sua área de cobertura, cujos resultados possibilitarão que a população do bairro tenha acesso à informações importantes para sua saúde e a oportunidade de praticar atividade física.

O(A) Sr.(a) está recebendo a visita de um dos integrantes do nosso grupo de pesquisa. Ele(a) irá conversar com o(a) Sr.(a) sobre os detalhes desta pesquisa e poderá responder a qualquer pergunta que o(a) Sr.(a) queira fazer.

Temos a preocupação de realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos para o(a) Sr.(a). Portanto, caso não possa conversar com nosso entrevistador(a) no momento da visita, sinta-se confortável para manifestar sua vontade.

Se quiser, poderá entrar em contato com a equipe de professores que coordenam o estudo pelo telefone ou no endereço abaixo, das 08:00 às 12:00h e das 14:00 às 18:00h.

Desde já agradecemos sua colaboração;

_____

William Macedo da Silva

R. Luís de Camões, 625 - Três Vendas Pelotas - RS, 96055-630
(53) 3273-2752

10.ANEXO V

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UBS ATIVA

Pesquisador: Fernando Carlos Vinholes Siqueira
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 13650513.3.0000.5313
Instituição Proponente: Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 224.894
Data da Relatoria: 22/03/2013

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um estudo de intervenção onde profissionais de educação física serão inseridos nas unidade básica de saúde (UBS) Areal Leste, unidade esta sob responsabilidade do Departamento de Medicina da UFPel. Inicialmente será feito um estudo da linha de base das condições de saúde da população da área de abrangência da UBS. A intervenção do profissional de Educação Física contemplará aconselhamento sobre a prática de AF bem como grupos de caminhadas.

Objetivo da Pesquisa:
- Avaliar a efetividade da intervenção com AF sobre o nível de AF dos indivíduos residentes na área de abrangência do serviço.
- Descrever o nível de AF na população da área das UBS.
- Avaliar a adesão da população aos programas de AF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
O item foi alterado de acordo com o primeiro parecer. Sugere-se aprovação do projeto na versão atual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
As pendências da primeira revisão foram atendidas. Sugere-se aprovação do projeto.

Endereço: Luis de Camões,625
Bairro: Tablada **CEP:** 96.055-630
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3273-2752 **E-mail:** schlvi@terra.com.br

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O item foi alterado de acordo com o primeiro parecer. Sugere-se aprovação do projeto na versão atual.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências da primeira revisão foram atendidas. Sugere-se aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 21 de Março de 2013

Assinador por:
Suzete Chiviacowsky
(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

10.ANEXO VI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Instituição: Curso de Terapia Ocupacional – Universidade Federal de Pelotas

Endereço: Rua Gomes Carneiro, nº1 – CEP: , Pelotas, RS

Telefone: (53) 3921 1252

Concordo em participar do estudo "**Intervenção com atividade física em unidade básica de saúde**". Estou ciente de que estou sendo convidado a participar **voluntariamente** do mesmo.

PROCEDIMENTOS: Fui informado de que o objetivo geral é "Incluir o profissional de Educação Física na UBS de ensino Areal Leste da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), de forma que atue na coordenação de programas de atividade física (AF)". Estou ciente de que a minha participação envolverá responder um questionário sobre Atividade Física e outras variáveis de saúde, tais como medidas de peso, altura, pressão arterial, socioeconômicas e demográficas. Também estou ciente que nenhuma medida invasiva, ou que coloque minha saúde em risco, será executada.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: Fui informado que os riscos são inexistentes e todo e qualquer constrangimento possível durante a entrevista será evitado, pois todos os entrevistadores serão treinados para a realização da entrevista e das medidas mencionadas de forma individualizada, afim de garantir a intimidade do entrevistado.

BENEFÍCIOS: O benefício de participar na pesquisa relaciona-se ao fato que os resultados da intervenção serão incorporados ao conhecimento científico e posteriormente a situações de ensino-aprendizagem, bem como na criação de políticas públicas para inserção do profissional de educação física nas UBS da UFPel. Também fui esclarecido que em decorrência do projeto me beneficiarei, da possibilidade de avaliação e prescrição de um programa de atividade física individualizado, realizado por profissional educador físico, dentro da UBS da minha área de abrangência e com a possibilidade de ser acompanhado quanto a execução do programa. Ainda me beneficiarei do programa comunitário de caminhada orientada que será introduzido nas atividades da UBS. Por fim, ainda terei o benefício do trabalho conjunto entre todos os profissionais que trabalham na UBS no sentido de possibilitar outras formas de atendimento visando a saúde e tratamento de morbidades em que a AF se mostra como um benefício.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

DESPESAS: Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Nome do participante/representante legal:_____
Identidade:_____

ASSINATURA:_____ DATA: ____ / ____ / _____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPel – Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS; Telefone:(53)3273-2752.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

_____

TRABALHO DE CAMPO

Pelotas, 2015

Esta sessão tem o objetivo de relatar as atividades do Projeto UBS+Ativa que proporcionaram a execução desta dissertação de mestrado. Estão aqui descritas as ações do projeto desde a realização do primeiro trabalho de campo na linha de base até a reavaliação final após 12 meses de execução.

Durante a elaboração do projeto UBS+Ativa foram planejadas ações de reconhecimento da população da área de cobertura da UBS Areal Leste e também com atividade física. Essa intervenção foi baseada em cinco atividades específicas às quais passo a relatar e das quais tive a participação na qualidade de mestrando do Programa de Pós Graduação em Educação Física da Escola Superior de Educação Física da Universidade federal de Pelotas:

A) Estudo de Linha de base da população da área de abrangência da UBS Areal Leste. Capacitação e Estudo Piloto.

Em março de 2013 foram selecionados dez entrevistadores que possuíam experiência em inquéritos de saúde. Entre os dias 17 e 31 do mesmo mês, todos os selecionados passaram por um treinamento de 40 horas. Durante esse processo, foram trabalhados conteúdos que incluíam as características necessárias a um bom entrevistador, tais como, persistência, pique, motivação, saber lidar com pessoas, capacidade de conquistar pessoas, passar confiança e abordagem domiciliar. Foram também trabalhados conteúdos técnicos em relação a manter letras e números padronizados assim como treinamento de medidas de peso, altura, pressão arterial e circunferência de cintura. Aspectos da logística do trabalho de campo foi outro tema desta capacitação.

Durante o treinamento foi sorteada uma micro-área (Anexo I) e ponto inicial para cada entrevistador e supervisor e foi feita orientação em relação ao deslocamento na micro-área para a realização da seleção da população e aplicação do instrumento de pesquisa. Ao terminar de aplicar o instrumento na primeira casa sorteada, o entrevistador deveria ficar de costas para a residência, seguir para a direita considerando o “pulo” de seis casas. O pulo foi determinado em função do “n” final necessário para a realização das avaliações futuras. O trabalho de campo em cada micro-área finalizava quando se esgotassem as ruas desta mesma micro-área.

Foi salientado aos entrevistadores que em casas com moradores ausentes, deveriam perguntar aos vizinhos se no local morava alguém do grupo de interesse (maiores de 18 anos), caso contrario, deveriam passar para o domicílio imediatamente ao lado. Se houvesse morador, mas o mesmo estivesse ausente, não deveria substituir e seria necessário retornar e tentar a entrevista, se não fosse possível, agendar para mais 3 tentativas. Se fossem feitas as tentativas sem êxito, o supervisor deveria ser comunicado.

O estudo piloto para a realização do trabalho de campo foi realizado no dia 18 de março de 2013 com o objetivo de testar não só a aplicação do instrumento, mas também com objetivo de proporcionar uma situação real de entrevista aos entrevistadores selecionados. Cada entrevistador aplicou o instrumento a duas pessoas na mesma faixa etária de interesse, com a supervisão dos responsáveis pelo projeto UBS+Ativa. Os entrevistados foram captados na Escola Superior de Educação Física, durante um dia normal de atividades. Foi indicado a ser buscado algum integrante do grupo de profissionais que fazem a limpeza da Escola para este piloto.

Trabalho Campo

No dia 28 de março, os entrevistadores foram reunidos para a entrega do material do trabalho de campo. Cada um recebeu um kit (Anexo II) composto por instrumentos, Termos de consentimento, mapa das sete micro-áreas, balança, tensiômetro, fita métrica, lista com telefones de contato e foi apresentado ao seu supervisor.

Em 1º de abril de 2013, foi iniciada a linha de base e teve duração de dois meses. Ao final desta se confirmou a existência de 713 pessoas elegíveis, porém foram entrevistadas 605 pessoas, caracterizando 72 perdas (9,8%) e 44 recusas (5,9%) e um total de perdas e recusas de 15,7%, na linha de base.

O trabalho de campo transcorreu dentro da normalidade esperada sem nenhum acontecimento que determinasse qualquer mudança do que estava planejado. As atividades previstas foram todas cumpridas e a logística elaborada mostrou-se adequada para o trabalho em uma área de unidade básica de saúde. O tempo do trabalho de campo foi o planejado e o processo de tentativa de reversão

de perdas e recusas foi exaustivo, com o objetivo de atingir o maior número de pessoas possível. Neste sentido, as perdas e recusas contabilizadas foram aquelas que de fato, não houve como ser revertida em função da posição assumida pelo elegível.

Em função do que foi realizado no trabalho de campo, o autor recomenda a logística aplicada para outros trabalhos de campo nesta mesma população.

B) Atividade de divulgação da função do educador físico na sala de espera e aconselhamento a prática de AF;

Nesta fase foi realizada uma intensa divulgação sobre a oferta do programa de atividades físicas orientadas e estratégias para o aconselhamento na UBS Areal Leste. Esta divulgação foi realizada principalmente pelos acadêmicos envolvidos com o projeto UBS+Ativa e pelos profissionais da UBS.

No dia 20 de maio de 2013, houve inicio a distribuição de material informativo (Anexo III) e aconselhamento na sala de espera da UBS (Anexo IV). Para a abordagem dos pacientes na sala de espera, foram divididos turnos com alunos vinculados ao projeto UBS+Ativa. A atividade na sala de espera se iniciou de segunda-feira à sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:00 horas e durante essa ação o responsável pelo turno realizava a apresentação do UBS+Ativa, o aconselhamento a prática de atividade física e o convite ao paciente para participar das atividades do programa. O protocolo de divulgação e aconselhamento foi dividido em três níveis. O primeiro nível possuiu a intenção de divulgar: a) o projeto, b) a inserção do profissional de Educação Física na UBS Areal Leste c) a importância da AF e do estilo de vida ativo para desfechos em saúde, através do aconselhamento na sala de espera. Portanto, foram realizadas estratégias para envolver os moradores da área de cobertura da UBS na participação das atividades.

No mesmo mês, foram expostos cartazes (Anexo V) e faixas com informações básicas sobre as aulas coletivas e o atendimento ambulatorial (Anexo VI). Salienta-se que, as informações sobre dia e horários das atividades também foram divulgadas em veículos midiáticos, como a rádio da Universidade (https://www.youtube.com/watch?v=29uQQb63HzY). Houve também exposição de cartazes em áreas de grande circulação da população alvo, como na fachada da UBS e na rede de transporte coletivo. Foi criado um vídeo institucional com

informações sobre os benefícios da atividade física, hábitos de vida saudável para prevenir doenças e promoção da saúde e qualidade de vida. O mesmo foi veiculado na sala de espera da UBS e disponibilizado com livre acesso no site YouTube (https://www.youtube.com/watch?v=DXOrzAiZ86Y&feature=youtu.be) .

Também durante essa ação, no quarto mês da intervenção foi realizada uma panfletagem na área de abrangência da UBS, com entrega de material diretamente aos moradores, e quando isso não for possível, o mesmo era deixado na caixa de correspondência das residências. Este material possuía informações semelhantes, como nos cartazes, pôsteres e vídeo. Destaca-se ainda que, durante esta ação, os moradores abordados foram convidados a participarem do projeto, tanto nas práticas coletivas, quando no atendimento ambulatorial. Para esta ação, foi utilizado um roteiro dialógico, constituído por instrumentos educativos impressos e ilustrações de falas e exemplos.

c) Atendimento ambulatorial a população da área de abrangência:

Em julho de 2013 houve inicio ao atendimento ambulatorial. Os atendimentos foram divididos em três dias da semana: segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira. Os primeiros atendimentos ocorreram por indicação médica, de forma comum, pacientes com sobrepeso, diabéticos, hipertensos ou desordem músculo esquelética consultavam com a equipe do UBS+Ativa e recebiam uma prescrição de atividade física individualizada.

O responsável pelo atendimento realizava uma anamnese, avaliando as necessidades de cada paciente. Antes de realizar a avaliação o profissional buscava o prontuário do paciente e com isso, tinha acesso ao histórico da doença pregressa e atual. Depois de realizar a avaliação (anexo VIII), o profissional demonstrava os exercícios prescritos, neste momento era reforçado ao paciente os benefícios que poderiam ser alcançados através da execução do programa de exercícios, por exemplo, otimização da aptidão cardiorrespiratória, flexibilidade, força e resistência muscular e composição corporal.

Na semana posterior ao primeiro atendimento era realizada uma ligação para o paciente, com o intuito de verificar se o mesmo estava realizando o programa de exercícios prescrito e se havia alguma dúvida. Os agentes comunitários também

eram solicitados para que, quando fossem visitar o paciente, houvesse um diálogo sobre a execução das atividades propostas. Depois de duas semanas do primeiro atendimento, era realizado o segundo. Esse momento era importante para reavaliar o paciente, modificar o programa de exercício físico e motivar a sua realização. Porém, não era necessário esse período de espera. Se por acaso houvesse algum equivoco de falta de entendimento ou dificuldade para cumprir o programa, o paciente poderia retornar ao atendimento ambulatorial. Esse sistema de ligação telefônica aos pacientes se manteve durante toda a atividade.

Em agosto de 2013, o serviço de atendimento ambulatorial começou a ser solicitado pela população em geral, mesmo para aqueles que não receberam atendimento médico previamente, mas apresentavam interesse em melhorar a saúde. Para esses pacientes foi elaborada uma lista de espera, onde a secretária da UBS Areal Leste registrava o contato do morador e o motivo para o atendimento ambulatorial. De acordo com a necessidade, o paciente era alocado para o atendimento voltado para doenças metabólicas ou músculo esqueléticas.

d) Aulas coletivas de AF à população

Em agosto de 2013 foram iniciadas as aulas coletivas do UBS+Ativa. As atividades eram oferecidas segunda-feira, terça-feira, quinta-feira e sexta-feira. Inicialmente, foram realizadas atividades de ginástica no pátio da UBS Areal Leste, segunda-feira e quinta-feira, e a atividade de caminhada na pista localizada na avenida de ligação à UBS, quarta-feira e sexta-feira. Nos dias que choviam não eram realizadas as aulas ao ar livre e dentro da disponibilidade de horário e espaço aconteciam no ambiente interno da UBS.

As atividades de ginástica utilizavam implementos de simples acesso como garrafas pet, cabos de vassoura, elásticos e colchonetes. As aulas possuíam duração de uma hora e cada sessão era composta por atividades aeróbias, treinamento de resistência e força muscular. O treino era dividido, pelo período inicial (5-10 min) aquecimento e alongamentos musculares, na parte principal eram realizados esforços em circuito ou de forma intervalada com exercícios aeróbios e de resistência (30-35 min) combinado por exercícios multi-articulares (remada curva,

agachamento, supino reto, remada alta e rosca bíceps com extensão) e 10-15 min de flexibilidade.

As atividades de caminhada iniciavam com um aquecimento e alongamento muscular, depois percorriam um trajeto acompanhado de aproximadamente 2 quilômetros, e por fim, volta a calma. Neste caso, em dias de chuva não eram realizadas atividades. Nos dias de frio intenso e neblina era possível notar a diminuição do público.

Em dezembro de 2013, por solicitação das pessoas que participavam das atividades do GAFO foi procurada a escola de samba do bairro para propor a utilização do espaço físico para as aulas coletivas, pois o terreno do local era maior e possuía capacidade de acomodar um maior número de pessoas. Em fevereiro de 2014 foi combinado que, na quinta-feira as aulas de ginástica seriam realizadas neste local.

e) Reavaliação (Trabalho de Campo após 12 meses)

Conforme programado, após 12 meses da execução da linha de base, os mesmos indivíduos entrevistados deveriam responder ao novo inquérito da intervenção do UBS+Ativa. De posse do banco de dados contendo as informações referentes à avaliação inicial da Linha de Base, primeiramente foram listadas todas as pessoas entrevistadas, as perdas e as recusas, com os seus respectivos endereços, pois estes moradores iriam receber a visita da equipe de entrevistas do UBS+Ativa para esta nova avaliação.

Em março de 2014, novamente selecionamos dez entrevistadores que possuíam experiência em trabalho de campo e todos passaram por um treinamento de 40 horas. A metade dos entrevistadores já havia trabalhado nesta função na linha de base. Tal estratégia de seleção foi um facilitador para a execução desta nova etapa de reavaliação. Durante o treinamento, foram trabalhados os mesmos conteúdos da linha de base referente às exigências do trabalho de campo e supervisão. Foi repassado aos entrevistados o kit do trabalho de campo da linha de base, mas contendo o novo instrumento de avaliação.

No dia 1° de maio de 2014 houve o inicio da reavaliação do programa. A facilidade deste segundo trabalho de campo era que os entrevistadores já sabiam em quais endereços deveriam aplicar o novo instrumento e a dificuldade foi encontrar algumas pessoas em casa, pois estavam em horário de trabalho. Nestes casos, os mesmos procedimentos já descritos na linha de base, foram utilizados para tentar minimizar as perdas possíveis.

A reavaliação teve duração de dois meses e 570 pessoas foram reencontradas, resultando um total de 5,8% (35 casos) de perdas. Novamente o trabalho de campo decorreu dentro do esperado. A logística elaborada demonstrou mais uma vez sua aplicabilidade e adequação para o que se propunha o presente estudo. Com isso confirma-se pela segunda vez que pode ser utilizada para outros trabalhos de campo de estudos semelhantes. O período do trabalho de campo foi o delineado e a tentativa de reversão de perdas foi realizada consultando vizinhos e retornando em dias e horários alternados, inclusive nos finais de semana. Neste sentido, muitas das perdas contabilizadas se deveram a mobilidade social, ou seja, ao fato de que os sujeitos mudaram de residência para outros locais da cidade ou mudaram de municípios ou ainda, porque de fato estavam ausentes nos períodos de visita.

Neste sentido, com o relato acima feito, espera-se que futuros leitores possam ter melhor conhecimento das atividades realizadas durante o período da intervenção/coleta de dados deste estudo.

Anexos do Relatório do Trabalho de Campo.

ANEXOS I. Micro-áreas da coleta de dados.

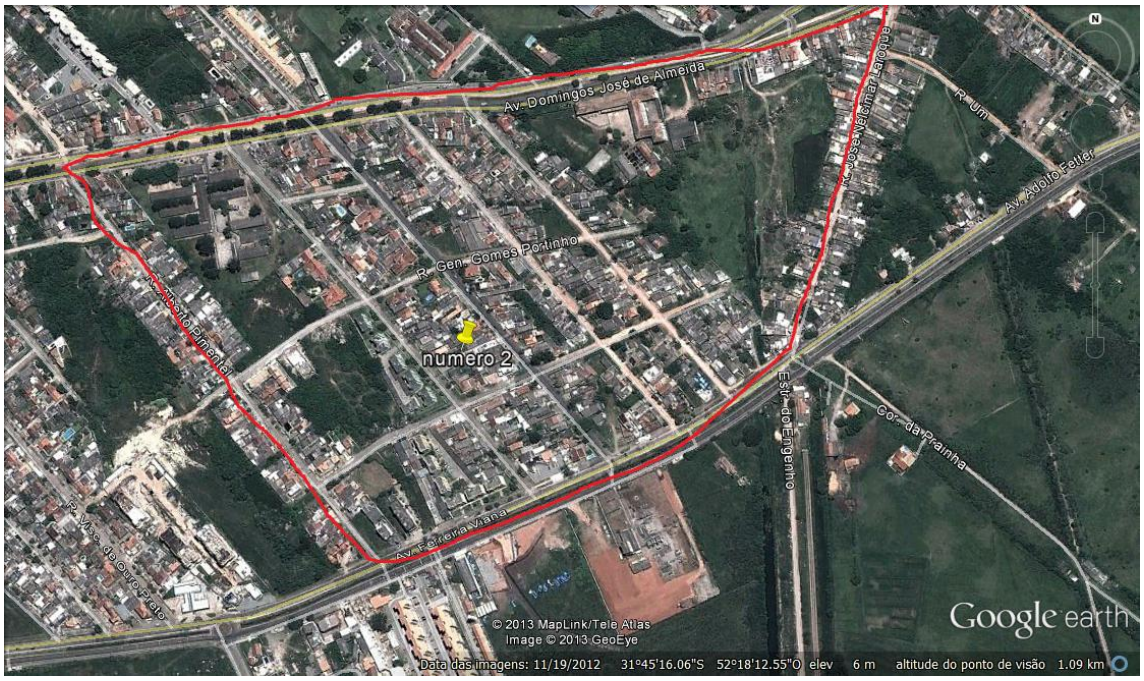

Figura 1. Micro-área 1 do TC UBS+Ativa.

Figura 2. Micro-área 2 do TC UBS+Ativa.

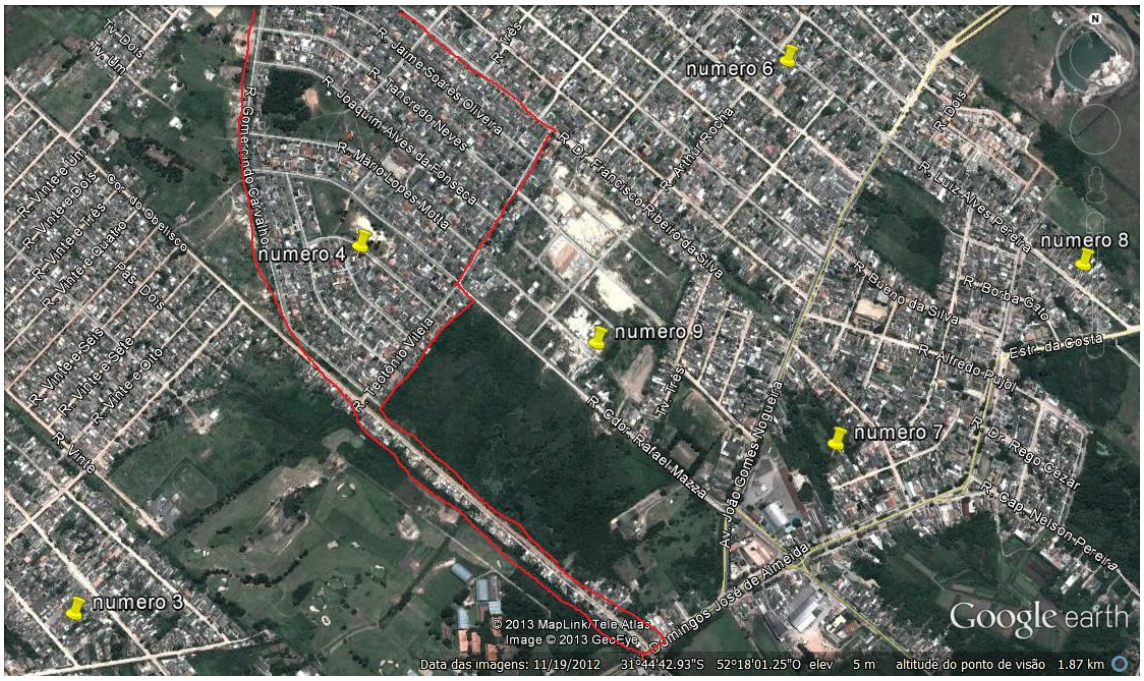

Figura 3. Micro-área 3 do TC UBS+Ativa.

Figura 4. Micro-área 4 do TC UBS+Ativa.

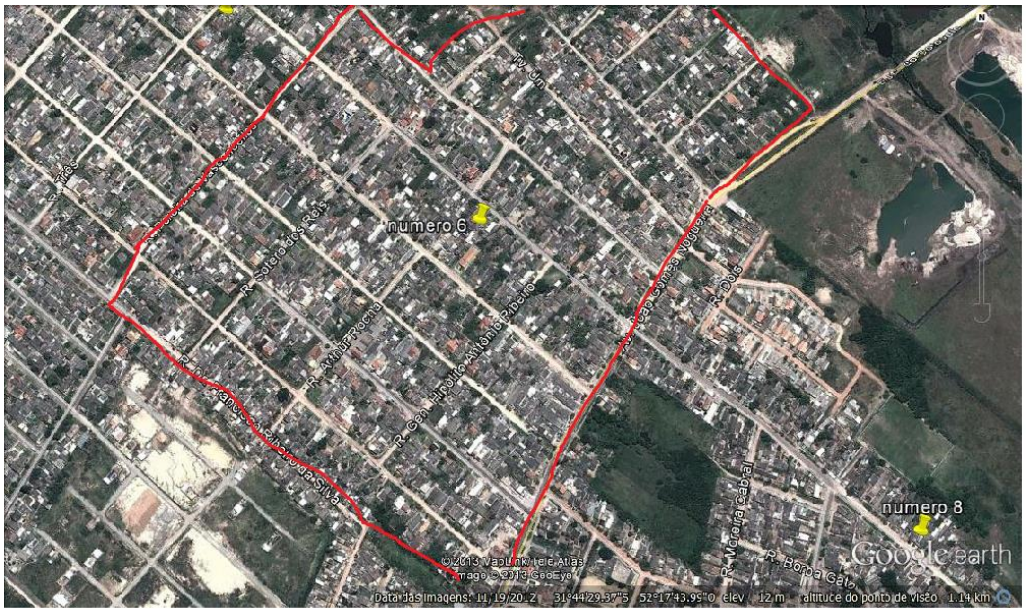

Figura 5. Micro-área 5 do TC UBS+Ativa.

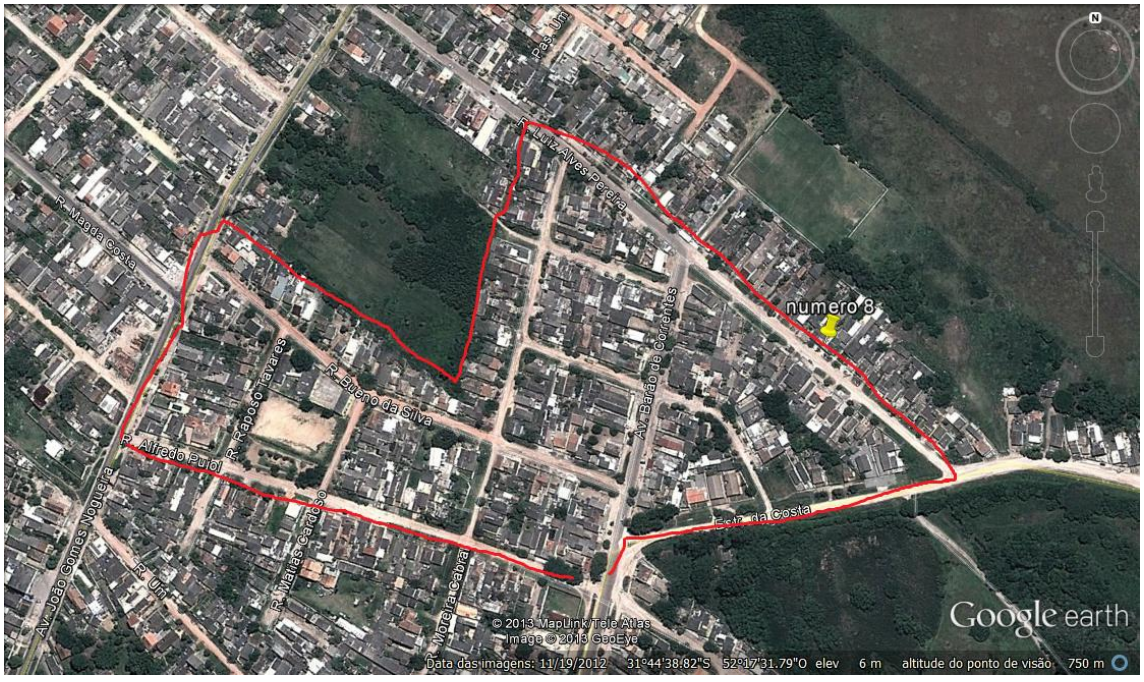

Figura 6. Micro-área 6 do TC UBS+Ativa.

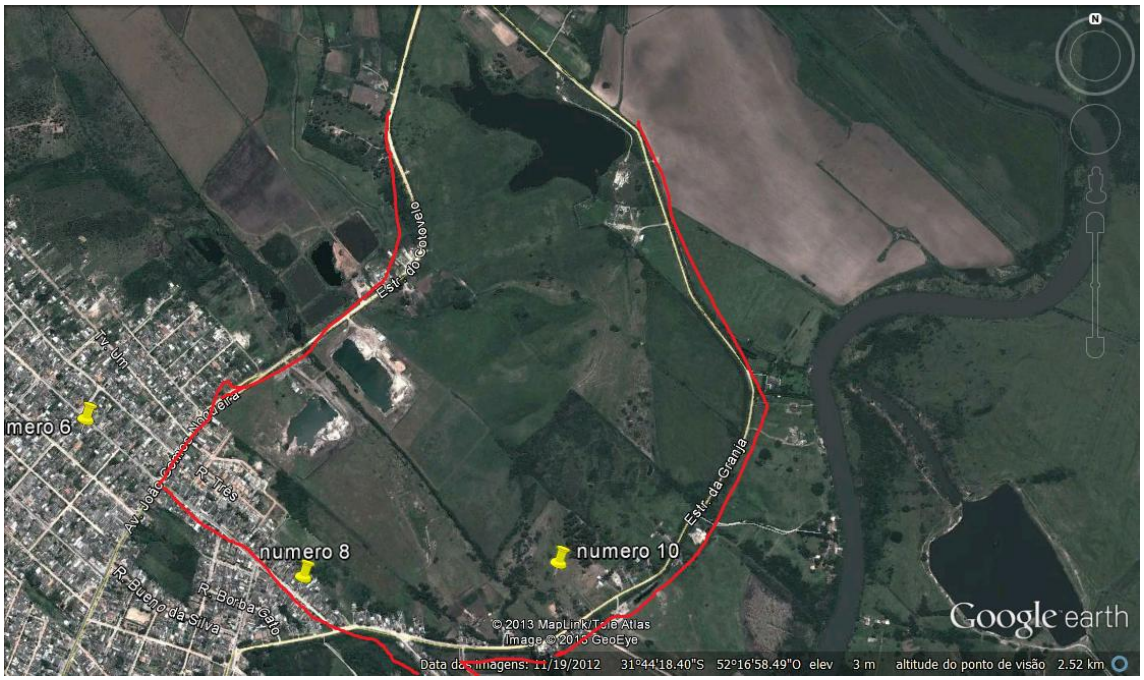

Figura 7. Micro-área 7 do TC UBS+Ativa.

Anexo II

Figura 1. Kit dos entrevistadores do Trabalho de Campo (Linha de Base e Reavaliação) do projeto UIBS + Ativa.

Anexo III

Figura 1. Panfleto utilizado na divulgação dos 4 meses na área de cobertura da UBS Areal Leste do Projeto UBS+ Ativa.

Anexo IV

Figura 1. Atividade na sala de espera com convite a participação no Projeto e aconselhamento sobre Atividade Física.

Anexo V

Figura 1. Cartaz utilizado nas dependências da UBS Areal Leste com informações sobre o Projeto e atividades.

Anexo VI

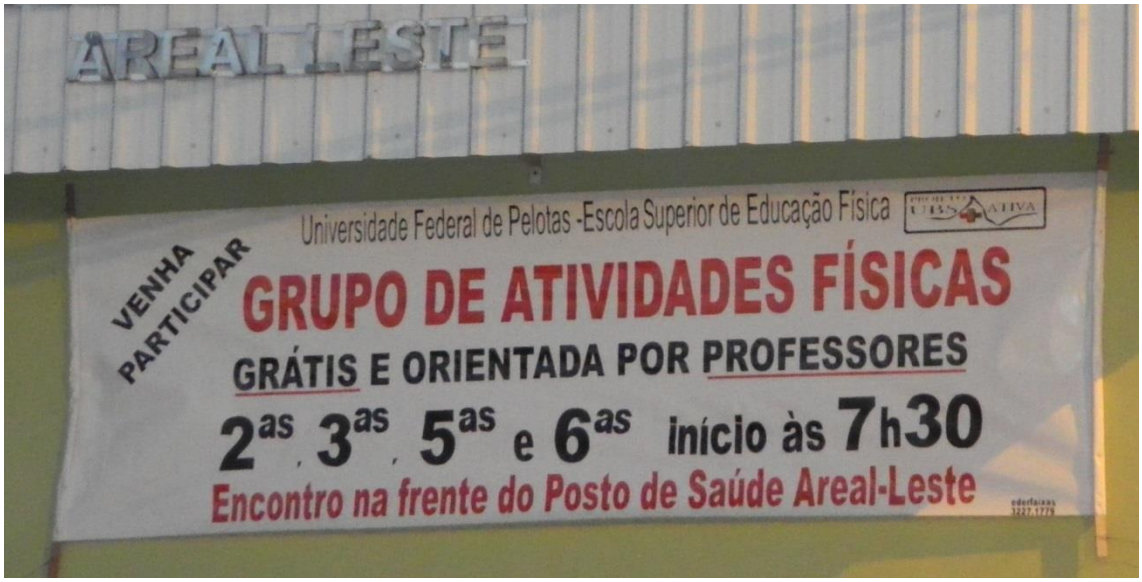

Figura 1. Faixa de promoção e divulgação do Projeto UBS+Ativa na fachada da UBS Areal Leste.

Anexo VII

AVALIAÇÃO AMBULATORIAL

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

DADOS PESSOAIS	
Data: ___ / ___ / ___	N° prontuário:
1. Nome:	
2. Idade:	3. Sexo: [ ] M [ ] F
4. Médico responsável pelo encaminhamento:	
5. Qual foi o motivo da sua última consulta na UBS? _____ _____	
6. Por que o Sr (a) veio consultar comigo? Como eu posso lhe ajudar?_____	
7. Em geral, como o (a) Sr (a) classificaria a sua saúde nos últimos SETE dias? [ ] Excelente [ ] Muito boa [ ] Boa [ ] Regular [ ] Ruim [ ] Muito ruim	
8. O (a) Sr (a) tem: Diabetes [ ] Não [ ] Sim Hipertensão [ ] Não [ ] Sim Tem outras doenças? [ ] Não [ ] Sim – Quais?_____ _____	
9. E na sua família tem alguém com alguma doença, como Diabetes ou Hipertensão, por exemplo? [ ] Não [ ] Sim – Quem/qual? _____ [ ] Outra – Quem/qual? _____	
10. O (a) Sr (a) faz uso de medicamentos de maneira regular? [ ] Não [ ] Sim – Quais? _____	

11. O (a) Sr (a) fuma atualmente?
[ ] Não – Já foi fumante? [ ] Não [ ] Sim

[ ] Sim

ATIVIDADE FÍSICA

Agora vamos conversar sobre atividades físicas. Primeiro eu gostaria que o(a) Sr(a) pensasse nas atividades que faz no seu tempo livre (lazer). Por favor, apenas relate atividades que duram pelo menos 10 minutos seguidos.

1. Em uma semana habitual, quantos dias o (a) Sr (a) faz caminhadas no seu tempo livre?

[ ] dias ( ) IGN ( ) Nenhum **- - - Se NENHUM, pule para Q.3**

2**. SE CAMINHA:** Nos dias em que o (a) Sr (a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia?

( ) IGN ( ) NSA _ _ _ minutos

3. 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 ( ) IGN ( ) Nenhum **- - - Se NENHUM, pule para Q.5**

4. **SE FAZ ATIVIDADES FÍSICAS FORTES:** Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

( ) IGN ( ) NSA _ _ _ minutos

5. Em uma semana habitual, quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas MÉDIAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc.

[ ] dias ( ) IGN ( ) Nenhum **- - - Se NENHUM, pule para Orientação anterior a Q.7**

6. **SE FAZ ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS:** Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

( ) IGN ( ) NSA _ _ _ minutos

Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) pensasse como se desloca de um lugar ao outro quando esse deslocamento dura pelo menos 10 minutos seguidos. Pode ser a ida e vinda do trabalho ou local de estudo, ou quando o(a) Sr(a) vai fazer compras, visitar amigos, ir ao mercado, por exemplo.

7. Em uma semana habitual, quantos dias por semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro?

[ ] dias ( ) IGN ( ) Nenhum **- - - Se NENHUM, pule para Q.9**

8. **SE USA BICICLETA:** Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr(a) pedala por dia?

( ) IGN ( ) NSA _ _ _ minutos

9. Em uma semana habitual, quantos dias por semana o(a) Sr(a) caminha para ir de um lugar a outro?

[ ] dias ( ) IGN ( ) Nenhum **- - - Se NENHUM, pule para Q.11**

10. SE CAMINHA: Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr(a) caminha por dia?

( ) IGN ( ) NSA _ _ _ minutos

AMBIENTE

11. Como é o ambiente perto da sua casa? Descreva-o (praças, ciclo faixas, parques).

AVALIAÇÕES FÍSICAS		
PAS_ _ _ mmHg PAD_ _ _ mmHg	FC de repouso: _ _ _ bpmin	
Massa corporal:	Estatura:	IMC:
Circunferência corporal: Cintura: _ _ _ cm Quadril: _ _ _ cm Relação Cintura-Quadril:		
Flexibilidade (Banco Wells): _____cm _____cm _____cm		
Preensão manual: Mão D:_____; _____; _____ Mão E:_____; _____; _____		
VO_{2max} (banco): _____ bpm / _____ ml/kg/min		
PRESCRIÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA		
1ª Prescrição de atividades físicas: Alongamento: Aeróbio: Força:		
Profissional/estagiário: _____ / _____		

ARTIGO

A prática de atividade física em população residente em área de cobertura de uma Unidade Básica de Saúde: Programa UBS+Ativa 2013-2014

The practice of Physical activity in the population living in the coverage zone of a public health service: UBS+Ativa 2013-2014

Será encaminhado para a Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde

Pelotas, 2015

Artigo original

A prática de atividade física em população residente em área de cobertura de uma Unidade Básica de Saúde: Programa UBS+Ativa 2013-2014

The practice of Physical activity in the population living in the coverage zone of a public health service: UBS+Ativa 2013-2014

Impacto de um programa de atividade física

William Macedo da Silva[1]

Fernando Carlos Vinholes Siqueira[1]

1- Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Educação Física - Escola Superior de Educação Física, Pelotas/RS, Brasil.

William Macedo da Silva

Rua Luiz de Camões, 625 – Três Vendas

96055-630

Pelotas, RS, Brasil

Fone (fax): + 53 3273-2752

E-mail: will.macedos@gmail.com

A Prática de atividade física em população residente em área de cobertura de uma Unidade Básica de Saúde: Programa UBS+Ativa 2013-2014

Resumo

O estudo teve por objetivo analisar à prática de atividade física (AF) em adultos residentes na área de cobertura do programa UBS+Ativa no período de 2013-2014. O estudo caracterizou-se por uma intervenção com duração de 12 meses na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde no município de Pelotas/RS, o qual incluiu uma avaliação inicial (Linha de Base - LB) e uma reavaliação (RA) após 12 meses. Na LB foram entrevistados 601 indivíduos e 570 na RA. Houve uma diminuição na media total de atividade física por semana de 176 minutos. ($p< 0.001$). O mesmo comportamento verificou-se em relação ao total de atividade física no lazer e no deslocamento que apresentaram mudanças média de -130 min/sem e - 46 min/sem ($p< 0.001$), respectivamente. A prevalência de ativos no lazer (≥150min/sem) foi de 33,8% entre os homens e 41,9% entre as mulheres na LB, na RA 26% e 19,4% para homens e mulheres, respectivamente. O presente estudo não demonstrou alteração positiva no nível de atividade física da população. Os resultados da pesquisa poderão servir de referencial para avaliar programas de AF em UBS, visto que, são poucos os trabalhos nesta área e novas ações devem surgir, pois o tema tem importância no âmbito da saúde pública e coletiva.

Palavras chave: Atividade Física; Unidade Básica de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Epidemiologia.

The practice of Physical activity in the population living in the coverage zone of a public health service: UBS+Ativa 2013-2014

Abstract

The study aims to analyze and present the data to Physical Activity (PA) practice by the population resident in the coverage area of the "UBS + Ativa" program in the 2013-2014 period. This was a longitudinal study in the catchment area of a Community center of public health in the city of Pelotas / RS. The study was characterized by an intervention lasting 12 months which included an initial assessment (Baseline - BL) and a reassessment (RA) after the time appointed for intervention. Individuals aged 18 and over residing in sample households were asked to answer the survey instrument. They were interviewed in the BL 601 individuals and 570 RA. The total minutes of PA showed a mean change of -176 minutes per week ($p < 0.001$). The same behavior is observed in relation to total FA in leisure and displacement with a mean changes -130 min / and - 46 min / wk ($p < 0.001$). Regarding the PA leisure (≥150min / no) according to gender, 33.8% of men and 41.9% for women in LB and 26% of men and 19.4% of women in RA reached this average. This study showed no positive change in the PA level of the population. The survey results will serve as a benchmark for evaluating and implementing PA programs in UBS, since there are few jobs in this area and new actions must arise because the subject matters within the public and public health.

Keywords: Motor Activity; Health Centers; Primary Health Care; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os programas de promoção de atividade física (AF) começaram a ser discutidos em 1986, quando os Ministérios da Educação e Desporto e da Saúde deram início ao "Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte". O objetivo era de contribuir para o aumento da prática desportiva e de atividades físicas na população, reforçando a importância da atividade física como fator de saúde, além de estimular o desenvolvimento de hábitos de vida mais saudáveis[1].

Desde então, a importância da atividade física no contexto da saúde pública tem alcançado notoriedade. Desta forma, o incentivo vinculado a outros programas relacionados com atividade física e saúde pública tiveram início. Destaca-se, o Agita São Paulo, que conseguiu abrangência em outros estados, tendo como mensagem o incentivo a atividade física de intensidade moderada por pelo menos 30 minutos na maior parte dos dias da semana[2], também o programa Saúde Ativa/Rio Claro-SP que foi implantado em 2001 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde o público alvo dos atendimentos vinculados com atividade física eram os pacientes diabéticos, hipertensos e obesos[3]. A partir de 2011, o Ministério da Saúde instituiu polos do Programa Academia da Saúde nos municípios brasileiros, este programa compõe a rede de atenção à saúde, atua como componente da Atenção Básica e faz parte das linhas de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS). Os polos são espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, com o objetivo de contribuir para a promoção da atividade física, saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população[4].

Embora existam programas de incentivo a prática de atividade física, nas últimas décadas os níveis de inatividade física se elevaram de forma considerável[5], O estudo realizado por Lee e colaboradores apontou que, 6% das causas de morte no mundo são relacionadas

com a inatividade física, além disso, os autores acreditam que uma diminuição dos níveis entre 10% e 25% da prevalência de inatividade física poderia resultar em preservar mais de 1,3 milhão de mortes[6]. Em 2013, na cidade de Pelotas/RS foi criado o programa "UBS+Ativa'', constituído por frentes de ação que incentivam a prática de AF de moradores da área de cobertura da UBS Areal Leste. Devido à importância e necessidade de descrever e avaliar o processo de execução para que outros estudos possam ser desenvolvidos, o presente estudo tem por objetivo analisar e apresentar os dados referentes a prática de atividade física em adultos residentes na área de cobertura do programa UBS+Ativa no período de 2013-2014.

MÉTODOS

O programa UBS+Ativa caracterizou-se por uma intervenção na área de abrangência de uma UBS no município de Pelotas/ RS com duração de 12 meses. Foram realizadas duas avaliações, sendo uma avaliação inicial, chamada de Linha de Base (LB) e uma reavaliação (RA) após o tempo determinado para a intervenção. Na RA os indivíduos entrevistados foram os mesmos que responderam o instrumento de pesquisa na LB. A Figura 1, apresenta o modelo lógico utilizado na intervenção.

A amostra para a LB do estudo considerou primeiramente a área de abrangência da UBS, que inclui aproximadamente 3000 residências, as ruas desta área, os domicílios e finalmente os indivíduos. Para a coleta de dados a área foi dividida em sete micro-áreas, sendo que em cada uma destas foi sorteada uma rua inicial e, nesta rua, o início da amostra sistemática dos domicílios. Todas as ruas de cada uma das sete micro-áreas foram sistematicamente incluídas e por consequências os domicílios nelas localizados. A inclusão dos domicílios obedeceu a um pulo de sete domicílios. Todos os indivíduos com 18 anos ou

mais residentes nos domicílios amostrados foram convidados a responderem o instrumento de pesquisa.

Para a coleta de dados foram capacitados 10 entrevistadores por 40 horas com conteúdos que incluiu conhecimento sobre técnicas de abordagem e de pesquisa, conhecimento sobre a logística do projeto e finalmente sobre as questões do instrumento. Todas as entrevistas foram realizadas face-a-face.

A prática de atividade física no lazer e no deslocamento foram mensuradas através das específicas sessões do *International Physical Activity Questionanire* (IPAQ). Os escores de atividade física no lazer e deslocamento foram construídos a partir das informações colhidas sobre os dias e minutos por semana de caminhadas no lazer, atividades de intensidade moderada e vigorosa além das caminhadas utilizadas para transporte e dos deslocamentos de bicicleta.

As variáveis independentes incluídas foram: sexo, idade (posteriormente categorizadas em adultos e idosos (60 anos ou mais), cor da pele (branca e não branca), escolaridade em anos completos, índice de massa corporal (IMC, sobrepeso 25,0 a 29,9 Kg/m^2 e; obeso $\geq$ 30 Kg/m^2), participação no Projeto UBS+Ativa (não/sim), utilização da UBS (não/sim).

As informações foram coletadas utilizando instrumento impresso com questões fechadas e pré-codificadas que oportunizaram a criação de um banco de dados a partir da utilização do programa Epidata (http://www.epidata.dk). O banco foi duplamente digitado e foi realizada verificação da amplitude e consistência das variáveis.

Inicialmente foram calculadas média e respectivo desvio padrão (DP), além de proporções e seus intervalos de confiança 95% (IC95%), para cada uma das variáveis de atividade física na LB e na RA. Foram considerados ativos nos respectivos domínios avaliados aqueles adultos que reportaram pelo menos 150 minutos semanais de atividade

física de intensidade moderada a vigorosa. Foi utilizado o teste do qui-quadrado para comparação de proporções e teste-t para comparação entre as medias na LB e RA. Num segundo momento, foi analisada a associação entre a prevalência de ativos no lazer e a participação das atividades do UBS+Ativa, bem como para a utilização da UBS. Para isso foi utilizada a regressão de Poisson, sendo considerado $p<0,05$ para determinação do nível de significância. As análises foram realizadas através do pacote estatístico Stata 13.0.

O Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas aprovou o protocolo deste estudo com o número 224.894/2013 via Plataforma Brasil. Todos os participantes do estudo assinaram Termos de Consentimento individual antes da coleta de dados. Os autores declaram não ter Conflito de Interesse em relação a esta pesquisa.

RESULTADOS

Foram entrevistadas na LB 601 indivíduos e 570 na RA. A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas da amostra. Verifica-se uma diferença significativa ($p<0,05$) para as variáveis cor da pele e indivíduos idosos. Em relação aos componentes de avaliação do nível de atividade física da população, verifica-se uma diminuição no tempo em minutos por semana para todas as variáveis ao se comparar a LB e a RA que ocorreu 12 meses após a intervenção (Tabela 2).

O total de minutos de atividade física mostrou mudança média de -176 minutos por semana ($p< 0,001$). O mesmo comportamento verificou-se em relação ao total de atividade física no lazer e no deslocamento que apresentaram mudanças média de -130 min/sem e - 46 min/sem ($p< 0,001$) respectivamente (Tabela 2).

A Figura 2 mostra as prevalências de atividade física em relação a LB e a RA. Verifica-se um declínio da prevalência de ativos em todos os indicadores estudados.

Quando verificada as prevalências de atividade física no lazer (≥150min/sem) de acordo com o sexo, os resultados demonstram que na LB as prevalências foram de 33,8% nos homens e 41,9% nas mulheres (p<0,046). Ao se repetir a análise na RA estes valores atingiram prevalências de 26% dos homens e 19,4% das mulheres (p<0.062).

A Tabela 3 mostra a prevalência de atividade física no lazer na RA de acordo com a participação no programa UBS+Ativa e em relação a utilização da UBS Areal Leste demonstrando que as razões de prevalência não mostraram risco aumentado para serem mais ativos os indivíduos que participam do programa e para aqueles que utilizam a UBS.

Em relação aos principais motivos para os moradores não participarem da intervenção proposta pelo Projeto UBS+Ativa, 48,4% apontaram quem não sabiam da existência do programa, 21,7% devido as dificuldades em relação à oferta de atividades no mesmo horário de trabalho, 17,7% por outros motivos não especificados, 4% devido a praticar atividade física em outro local, 4% devido aos horários oferecidos, 3,8% porque necessitam ocupar seu tempo cuidando de familiar e 0,5% porque as atividades oferecidas não agradam.

DISCUSSÃO

O nível de atividade física da população demonstrou uma queda nos minutos por semana no período de 12 meses de seguimento, embora o programa UBS+Ativa tenha sido implementado neste período, postula-se que os indivíduos mais ativos eram os que buscavam a participação nas atividades do programa. Além disso, as pessoas que utilizam a UBS se assemelham em relação ao hábito de ir ao local e usufruir do atendimento prestado pela intervenção, ou seja, as pessoas que participam do UBS+Ativa são as mesmas que utilizam a UBS com regularidade.

Observa-se que, o nível de atividade física nas mulheres diminuiu neste período, assim como foi destacado em outro estudo que os homens eram mais ativos no lazer e no deslocamento do que as mulheres[8]. Com base em estudos regidos no Brasil, o sexo feminino é um fator fortemente associado à inatividade física [9, 10, 11]. Para Florindo e colaboradores (2009) as atividades domésticas auxiliam fortemente para aumentar o nível de atividade física das mulheres[8], porém a responsabilidade de cuidar dos filhos pode implicar na diminuição destes níveis[12].

O aconselhamento é uma prática educativa proposta pelos profissionais de saúde com intenção de tornar os pacientes em sujeitos ativos em relação a seu processo de saúde[13]. Uma das frentes de ação do UBS+Ativa é o aconselhamento para a prática de atividade física e essa estratégia busca aperfeiçoar a autonomia do indivíduo e valorizar seu potencial de escolha, possibilitando a mudança de comportamento e com isso adotar hábitos saudáveis. Essa ação tem sido utilizada amplamente em outros estudos[2,3,4,7], mas talvez não seja eficaz suficiente para resultar em mudança de comportamento dentro do tempo de estudo. Acreditamos que o período de 12 meses de intervenção pode ser considerado pequeno e não ser capaz de demonstrar resultados positivos relacionados com atividade física frente a crescente diminuição dos níveis de atividade física apresentado pela população. Ações com esse período na atenção primaria demonstraram eficácia na promoção do combate ao tabagismo e álcool, porém mais pesquisas são necessárias para avaliar a sua eficácia para a promoção da atividade física [14,15].

Outro fator que pode ter influenciado no nível de atividade física nos últimos 12 meses foi o fato que, a intervenção foi realizada em área de uma UBS com conhecidos níveis altos de violência e precariedade em relação à iluminação durante a noite. Estes componentes associado ao fato de que a população em geral é trabalhadora e portanto passa o dia em seus ambientes de trabalho, podem estar determinando em parte estes achados. Neste sentido,

muitas pessoas que possuem horário de trabalho diurno e somente têm disponibilidade no período noturno, a falta de tempo e a insegurança podem ter influenciado, podendo ser considerada neste estudo como uma importante barreira para a prática da atividade física. A percepção dessa barreira pode ser influenciada por fatores como idade, nível socioeconômico, sexo, tempo disponível, crenças pessoais, auto-conceito, disponibilidade de recursos financeiros, materiais e ambientais [16]. Um estudo abordou os fatores que dificultavam a prática de atividade física, as variáveis relacionadas com a insegurança e jornada de trabalho extensa resultaram em 61% e 33%, respectivamente [17]. Em outro estudo, a flexibilidade de horários, a boa estrutura, a segurança e aparência do local apareceram como fundamentais para a manutenção da atividade física por parte dos entrevistados que participam de um grupo de caminhada em Curitiba/PR [18].

Nosso estudo demonstrou que, 33,8% dos homens e 41,9% das mulheres eram fisicamente ativos na LB e ao se repetir a análise na RA estes valores atingiram prevalências de 26% dos homens e 19,4% das mulheres. Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) verificou que, a prevalência de atividade física nos níveis recomendados no lazer foi de 10,5%, o mesmo percentual de indivíduos relatando deslocamento ativo para o trabalho. Como na LB, os homens foram mais ativos. Esse estudo relatou também que, indivíduos mais jovens foram mais ativos e houve relação direta entre escolaridade e atividade física no lazer e inversa entre escolaridade e atividade física no deslocamento [19]. Em Pelotas/RS, coletas realizadas em 2002, 2007 e 2012 demonstraram que a prevalência de inatividade física passou de 41,1% para 54,4% neste período, indicando um aumento significativo [20]. A Pesquisa Nacional de Saúde 2013 reportou que 22,5% dos adultos atingiram as recomendações de AF no lazer, sendo esse percentual de prevalência maior entre homens e residentes na área urbana; 31,9% eram ativos no deslocamento e 46,0% insuficientemente ativos [21]. Em outro estudo realizado em Florianópolis/SC, 61,3% das

mulheres eram fisicamente ativas [22] e em Natal/RN, 35,7% das mulheres que utilizam UBS eram fisicamente ativas[23].

Um inquérito de base populacional realizado na cidade de Pelotas/RS em 2003 e 2010, buscou verificar as tendências sobre o comportamento ativo, o mesmo avaliou o nível de atividade física no lazer em indivíduos com 20 anos ou mais. Em 2003, 26,8% dos participantes foram classificados como ativos no lazer e 24,4% em 2010, não houve diferença significativa. Porém, os autores observaram diferentes tendências de acordo com a classe socioeconômica, a proporção de adultos ativos nas classes A e B (grupos mais ricos) diminuiu de forma significativa de 39,9% para 29,7%. Por outro lado, nas classes mais pobres, não foram observadas diferenças quando se comparavam[24].

Nas capitais da região sul do Brasil, com base em indicadores sociodemográficos de pessoas acima de 18 anos entre 2006 e 2013, a prevalência de indivíduos ativos no lazer aumentou de 32,6% para 38,3% em 2009 e 2013, respectivamente. A variação de ativos no deslocamento foi estável entre 2009 e 2011, no entanto neste período recuou de 16,4% para 11%, entre 2011 e 2013. Neste mesmo estudo foi observada que, em relação à faixa etária houve estabilidade no número de ativos no deslocamento, exceto em adultos entre 35 e 44 anos, onde houve um declínio de 19,1% para 12,9% ($p<0,05$), entre 2009 e 2013 [25].

Com base em dados de todo o Brasil, entre 2006 e 2012, houve um aumento no tempo da atividade física no lazer ao longo do tempo, 12,8% e 14,9%, respectivamente. Os autores analisaram separadamente a atividade física no deslocamento, entre os períodos 2006-2008 e 2009-2012. De 2006 a 2008, a média anual foi de 12,9% e para 2009-2012 foi de 5,8 %. As alterações foram semelhantes entre homens e mulheres, entretanto houve diferenças de acordo com a idade. Existia um aumento na atividade física no lazer entre adultos mais jovens e pequenas reduções na atividade física no lazer nos dois grupos mais velhos, isto é, entre 55-64

e 65 ou mais anos de vida. Além disso, quanto mais elevada à escolaridade, maior era o aumento no tempo de atividade física no lazer. Houve declínios na atividade física no deslocamento durante todo o período de estudo, entre 2006 e 2008 os valores foram similares para homens e mulheres, no entanto, a partir de 2009 foram mais evidentes em homens[26]. Em 2012, Hallal e colaboradores analisaram dados sobre a prevalência de inatividade física em 122 países, foi verificado que 31,1% da população mundial com idade a partir dos 15 anos não alcançavam as recomendações de atividade física para a saúde[27].

Como visto em outros trabalhos, o presente estudo reportou um declínio no nível de atividade física, porém o UBS+Ativa busca atender as necessidades de estímulos relacionados aos cuidados à saúde e necessidade de se manter uma vida ativa e saudável conforme preconizado nas políticas públicas relacionadas à saúde. O Ministério da Saúde elaborou o "Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT", enfatizando ações em saúde pública, com o intuito de controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Essas ações focam predominantemente no controle do fumo, no combate à inatividade física e alimentação inadequada e ao uso prejudicial de álcool. Esse plano evidencia, entre outros, a necessidade da prática de atividade física como fonte de prevenção de doenças[28]. Com o objetivo principal estimular a criação de espaços adequados para a prática de atividade física, a exemplo de ações bem sucedidas que já vinham sendo efetuadas em algumas capitais brasileiras, como é o caso de Recife, Aracaju, Belo Horizonte e Curitiba, o Ministério da Saúde instituiu o programa Academia da Saúde. O projeto prevê a implantação de polos com infraestrutura e equipamentos direcionados à prática de atividades individuais e coletivas com orientação de profissionais qualificados. O desenvolvimento das ações deverá contar com a participação de profissionais da Atenção Primária à Saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família, especialmente nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) [29].

O UBS+Ativa é um programa comunitário que oferece atividade física para a população residente na área de cobertura de uma UBS, através disso é possível realizar mais do que uma intervenção em atividade física e saúde. O programa possibilita diagnosticar o estado de saúde da população através das suas frentes de ação e com isso planejar atuações voltadas à melhora no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), inserindo propostas de promoção à atividade física e saúde. Devido à amplitude geográfica e à diversidade cultural e socioeconômica do Brasil, as quais atuam no perfil de fatores de risco e doenças que afetam a população, a prática de inquéritos é ferramenta importante para subsidiar o planejamento de ações de prevenção de DCNT e promoção da saúde, incluindo a promoção de atividade física [21]. Na atenção primária à saúde, as ações curativas ocupam grande parte da disponibilidade de tempo dos profissionais de saúde que trabalham nas UBS, logo as suas participações em atividades de educação em saúde são limitadas, no entanto, orientar e incentivar a realização de atividade física é essencial para a difusão de comportamentos saudáveis para a população da área de cobertura das UBS[30].

Além disso, os resultados podem auxiliar a modificar ações de incentivo a prática de atividade física, pois com as informações destacadas, novos estudos poderão ser baseados no UBS+Ativa e propostas poderão ser mais adequadas para a população usuária de UBS.

Quanto à limitação do presente estudo, destaca-se a perda de acompanhamento dos entrevistados da LB durante os 12 meses de seguimento. A mobilidade dos moradores da área de cobertura da UBS é de difícil controle e este fato acarretou uma diminuição do número de entrevistados entre a LB e a RA. Nossa hipótese para a diminuição do número de entrevistados está relacionada com o fato que os entrevistados da LB mudaram de área, ou seja, foram para locais que extrapolam o perímetro de cobertura da UBS da intervenção e também porque alguns moradores não estavam em casa durante as visitas não sendo possível

confirmar se ainda eram residentes ou não da área. Ressalta-se que foram realizadas no mínimo três tentativas em dias e horários alternados, inclusive no final de semana.

CONCLUSÃO

O presente estudo não demonstrou alteração positiva no nível de atividade física da população estudada, porém os resultados da pesquisa poderão servir de referencial para avaliar programas de atividade física em UBS, visto que, são poucos os trabalhos nesta área e novas ações devem surgir, pois o tema tem importância no âmbito da saúde coletiva.

Os fatores externos como violência e ampla jornada de trabalho dos moradores podem ter influenciado os resultados. Mesmo assim, o UBS+Ativa alcançou sucesso como um programa de incentivo à pratica de atividade física, pois o mesmo é relativamente novo.

A intenção dos pesquisadores é dar continuidade ao trabalho e manter um sistema de avaliação continua, visando atender as necessidades da comunidade. O desafio é manter as frentes de ação do UBS+Ativa e investir no estimulo a prática de atividade física com base no acesso seguro, viável e prazeroso para a população moradora na área de cobertura da UBS.

AGRADECIMENTO

- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

FINANCIAMENTO

Este trabalho recebeu recursos para a sua execução da Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul- FAPERGS.

COLABORADORES

Os autores trabalharam juntos em todas as fases do trabalho, destacando em ordem: A concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1 Ferreira MS, Najar, AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10: 207-219.

2 Matsudo SM, Matsudo VKR, Andrade, DR, Araújo T L, Pratt, M. Evaluation of a physical activity promotion program: the example of Agita São Paulo. Evaluation and Program Planning. 2006; 29 (3): 301-311.

3 Kokubun E, Luciano E, Sibuya, CY, Queiroga MR, Ribeiro PAB, Silveira, RF, Nakamura PM. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP. Rev Bras de Atividade Física & Saúde. 2007;1(2):45-50.

4 Brasil. Ministério da Saúde - Programa academia da Saúde. Brasília/DF: 2014 [acesso em 23 jul 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf .

5 Juneau, CE, Potvin, L. Trends in leisure-, transport-, and work-related physical activity in Canada 1994–2005. Preventive medicine. 2010; 51(5): 384-386.

6- Lee IM, Shiroma EJ, LobeloF, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Lancet Physical Activity Series Working Group: Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet. 2012; 380 (9838):219-229.

7 Hallal, PC. Reis RS, Hino AAF, Santos MS, Grande D, Krempel MC, et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. Rev Bras de Atividade Física & Saúde.2009; 14(2):104-114.

8 Florindo AA, Guimarães VV, Galvao CL, Barros MB, Alves MC, Goldbaum M. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical activity: prevalence and associated factors. Journal of physical activity & health. 2009; 6(5): 625-32.

9 Azevedo MR, Horta BL, Gigante DP, Victora CG, Barros FC.. Fatores associados ao sedentarismo no lazer de adultos na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. Rev Saúde Pública. 2008; 42(2):70-77.

10 Florindo AA, Hallal PC, Moura ECD, Malta DC. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil., 2006. Rev. de Saúde Pública 2009; 43(2):65-73.

11 Rocha SV, Almeida MMGD, Araújo TMD, Virtuoso JJS. Fatores associados à atividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas de um município do nordeste do Brasil. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2011; 13(4):257-264.

12 Allison KR, Dwyer JM, Makin S. Perceived barriers to physical activity among high school students. Preventive Medicine. 1999; 28(6):608-615.

13 Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos, CAD, Oliveira, HBSD, Almeida LMRD, et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. Rev Gaúcha de Enferm. 2012; 33(4)14-21.

14 Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ (Clinical research ed..2011; 344:1389-1389.

15 Verwey R, Van Der Weegen S, Spreeuwenberg , Tange H, Van Der Weijden T, Witte L. A monitoring and feedback tool embedded in a counselling protocol to increase physical activity of patients with COPD or type 2 diabetes in primary care: study protocol of a three-arm cluster randomised controlled trial. BMC Family Practice. 2014; 15(1):93.

16 Copetti, J; Neutzling, MB; Silva, MC. Barreiras à prática de atividades físicas em adolescentes de uma cidade do sul do Brasil. Rev Bras de Atividade Física & Saúde. 2012; 15(2): 88-94.

17 Seron BB; De Arruda, GA; Greguol, M. Facilitadores e barreiras percebidas para a prática de atividade física por pessoas com deficiência motora. Rev Bras de Ciências do Esporte. 2015; 37(3):214-21.

18 Eiras SB, Silva WHA, Souza DL, Vendruscolo R l. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. Rev Bras de Ciências do Esporte. 2010**;** 31(2):75-89.

19 Knuth AG, Malta DC, Dumith SC, Pereira, C , Neto OLM, Temporão JGl, et al. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(9):3697-3705.

20 Hallal PC, Cordeira KL, Knuth A, Mielke GI, Victora CG. Ten-year trends in total physical activity practice in Brazilian adults: 2002-2012. J Phys Act Health. 2014; 11(8):1525-30.

21 Mielke GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, Szwarcwald CL, Santos FV, Malta DC. Physical activity and television viewing among Brazilian adults: National Health Survey 2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2015; 24(2): 277-286.

22 Benedetti TRB; Mazo, GZ; Borges, LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(8): 2087-2093.

23 Gonçalves AKS, Canário ACG, Cabral PUL, Silva RAH, Spyrides MH, Giraldo PC. et al. Impacto da atividade física na qualidade de vida de mulheres de meia idade: estudo de base populacional. Rev Bras Ginecol Obstet.,2011; 33(12): 408-413.

24 Da Silva, IC. Knuth AG, Mielke GI, Azevedo MR, Gonçalves H, Hallal PC. Trends in leisure-time physical activity in a Southern Brazilian city: 2003-2010. J Phys Act Health. 2013. 11(7):1313-7

25 Rech C, Reis R, Hino A, De Sá G, Stopa S, Malta, DC. Tendências temporais de atividade física e comportamento sedentário nas capitais da Região Sul do Brasil: 2006-2013. Rev Bras de Atividade Física & Saúde. 2015; 20(1): 47-56

26 Mielke GI, Hallal PC, Malta DC, Lee IM.. Time trends of physical activity and television viewing time in Brazil: 2006-2012. International Journal of Behavioral Nut and Phys Act. 2014; 11(1):101.

27 Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. The Lancet. 2012; 380(9838): 247-257.

28 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

29 Guedes, DP. Programa Academia da Saúde: ação para incrementar a prática de atividade física na população brasileira. Rev Bras de Atividade Física & Saúde. 2012; 16(3):184-185.

30 Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini, RX, Tomasi E, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde Counseling for physical activity as a health education strategy. Cad Saúde Pública. 2009; 25(1): 203-213.

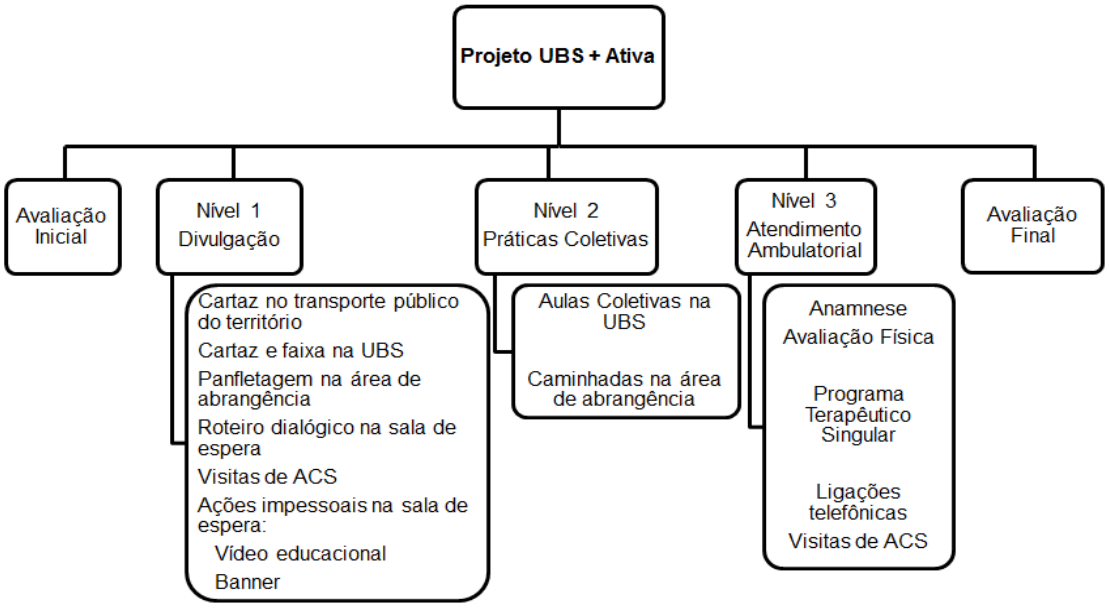

Figura 1 – Modelo lógico do Projeto de Intervenção UBS+ Ativa. (ESEF – UFPeL - 2013 - 2014).

Tabela 1: Características sociodemográficas da população estudada.

Variaveis	Linha de Base (n=601)	Reavaliação (n=570)	p
% mulheres	62,1	61,6	0,865
% idosos	23,0	31,1	0,002
% cor da pele branca	77,7	65,3	<0,001
% sem escolaridade	4,7	5,3	0,634
% sobrepeso/obesidade	66,6	68,4	0,550

Tabela 2: Descrição das variáveis de Atividade física em minutos por semana.

Variaveis	Linha de base Média (DP)[a]	Reavaliação Média (DP) [a]	Mudança Média [a]	p
Caminhada no lazer	42 (164)	24 (68)	-18	0,086
Atividades de intensidade moderada	130 (344)	56 (158)	-75	< 0,001
Atividadesde intensidade vigorosa	60 (267)	23 (102)	-42	< 0,001
Caminhada no deslocamento	82 (182)	50 (88)	-32	< 0,001
Transporte de bicicleta	32 (99)	19 (60)	- 13	0,252
Total da AF no Lazer	234 (502)	103 (214)	-130	< 0,001
Total de AF no deslocamento	115 (210)	69 (107)	-46	< 0,001
Total de Atividade Física	349 (617)	172 (242)	-176	< 0,001

a-minutos/semana

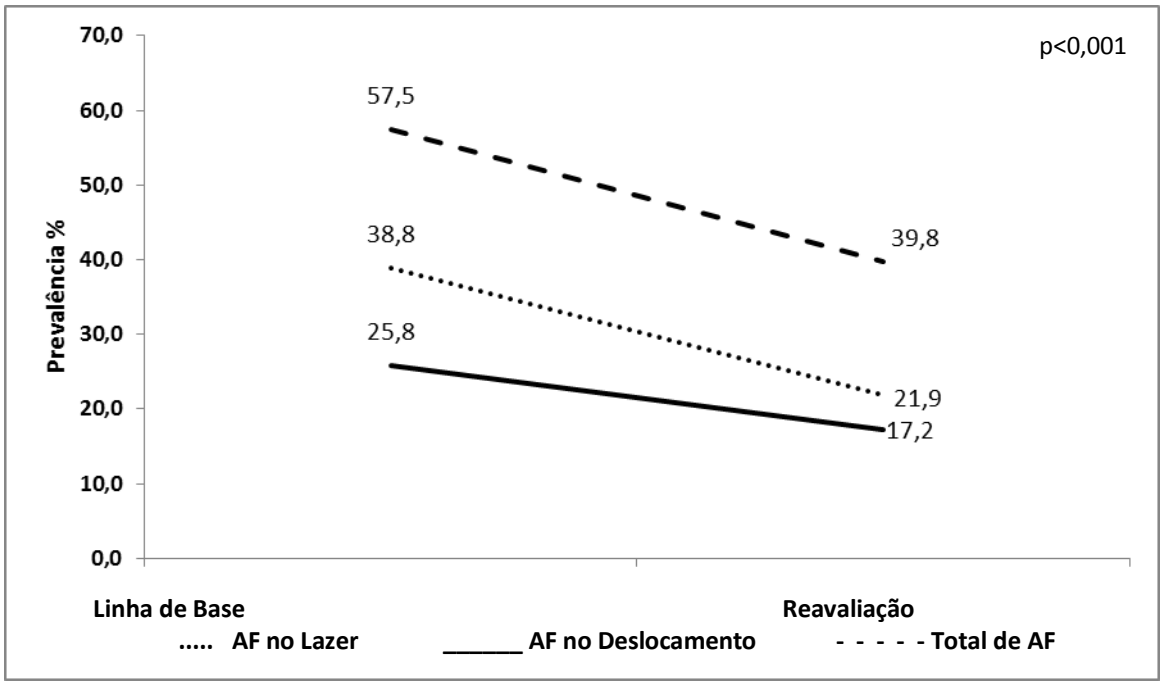

Figura 2: Nivel de Atividade Física (≥150 min/semana).

Tabela 3: A prevalência de atividade física no lazer (≥150 min / semana) na reavaliação de acordo com a participação no programa UBS + Ativa e utilização da Unidade Básica de Saúde.

Variáveis	N	% ativos no lazer	RP (IC 95%)	p
Participação no UBS+Ativa				0,759
Não	554	21,8	1,00	
Sim	16	25,0	1,14 (0,48 – 2,72)	
Utilização da UBS				0.490
Não	188	20,2	1,00	
Sim	382	22,8	1,13 (0,80 – 1,58)	

NORMAS

REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA & SAÚDE

Pelotas, 2015

Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde
Brazilian Journal of Physical Activity and Health
RBAFS

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 nor-

matização ("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 au-

tores 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 inovadores 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 as 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/MBrowser.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

- **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.

DIVULGAÇÃO PARA IMPRENSA

Pelotas, 2015

O aumento da inatividade física em Pelotas/RS

A prática de atividade física se tornou um comportamento primordial para a proteção e promoção da saúde em dimensão populacional. O atual estilo de vida adotado por muitas sociedades inclui o aumento do sedentarismo e de hábitos alimentares impróprios que podem acarretar o sobrepeso, obesidade, e o surgimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). É considerada sedentária aquela pessoa que não acumula no mínimo 150 minutos de atividade física de leve a moderada ou 75 minutos de intensidade vigorosa no seu tempo livre. Em Pelotas/RS, a prevalência de níveis insuficientes de atividade física reportados em estudos variam entre 41,1% e 54%.

Neste sentido o mestrando William Macedo da Silva, aluno do Programa de Pós Graduação em Educação Física (PPG-EF) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), orientado pelo Prof. Dr. Fernando Siqueira, desenvolveu um estudo com o objetivo de analisar a prática de atividade física em adultos residentes na área de cobertura de Unidade Básica de Saúde (UBS) no período de 2013-2014. Em 2013, foi realizada uma avaliação inicial e em 2014 uma reavaliação após 12 meses corridos da primeira anamnese. No primeiro ano foram entrevistados 601 indivíduos e no segundo 570 pessoas.

Observamos uma diminuição na média total de atividade física por semana de -176 minutos. O mesmo comportamento verificou-se em relação ao total de atividade física no lazer e no deslocamento que apresentaram mudanças média de -130 minutos por semana e - 46 minutos por semana, respectivamente. A prevalência de ativos no lazer (aqueles que alcançam 150 minutos por semana ou mais) foi de 33,8% entre os homens e 41,9% entre as mulheres na avaliação inicial, já em 2014 foram de 26% e 19,4% para homens e mulheres, respectivamente.

Os autores concluem que esses resultados demonstram a necessidade de investir no estímulo a prática de atividade física. Por isso, ações voltadas para atender usuários e moradores de cobertura de UBS são bem vindas com o intuito de reverter este quadro e propiciar melhoria na qualidade de vida e saúde destas pessoas.