



**Serviço Público Federal
Universidade Federal do Acre
Mestrado em Ciência da Saúde na Amazônia Ocidental**

MESTRADO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RIO BRANCO/AC, BRASIL.

**DISCENTE: CRISTIANE SOARES FERREIRA BORTOLINI
ORIENTADOR: PROF. DR. ROMEU PAULO MARTINS SILVA**

**RIO BRANCO - ACRE
JUNHO 2018**



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Acre
Mestrado em Ciência da Saúde na Amazônia Ocidental
MESTRADO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RIO BRANCO/AC, BRASIL.

DISCENTE: CRISTIANE SOARES FERREIRA BORTOLINI
ORIENTADOR: PROF. DR. ROMEU PAULO MARTINS SILVA

Defesa de Dissertação
apresentada à Universidade
Federal de Acre como parte dos
requisitos para obtenção do
Título de Mestre em Ciências da
Saúde na Amazônia Ocidental.

RIO BRANCO - ACRE
JUNHO 2018



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

B739n Bortolini, Cristiane Soares Ferreira, 1984 -

Nível de conhecimento sobre atividade física e exercício físico de agentes comunitários de saúde em Rio Branco/AC, Brasil / Cristiane Soares Ferreira Bortolini; orientador: Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva. - 2019.

50 f.: il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Acre, Programa de Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental, Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde. Rio Branco, 2019.

Inclui referências e anexos.

1. Saúde preventiva 2. Estilo de vida 3. Aconselhamento I. Silva, Romeu Paulo Martins (orientador) II. Título

CDD: 614.981

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Kezia Santos CRB-11/508



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RIO BRANCO/AC, BRASIL.

DISCENTE: CRISTIANE SOARES FERREIRA BORTOLINI

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente: Prof.Dr. Romeu Paulo Martins Silva (Orientador)

Universidade Federal do Acre – UFAC

Examinadores:

Prof. Dr. Luiz Eduardo Maggi

Membro

Prof. Dr. Wagner de Jesus Pinto

Membro Externo

Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti

Membro Suplente

Data da Defesa

As sugestões da Comissão Examinadora e as Normas MECS para o formato da Dissertação foram contempladas

Prof. Dr. Dr. Romeu Paulo Martins Silva



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

SUMÁRIO

1	RESUMO:.....	7
2	ABSTRACT:	8
3	APRESENTAÇÃO	9
4	INTRODUÇÃO	10
5	OBJETIVOS	12
5.1	GERAL	12
5.2	ESPECIFICO	12
6	CAPÍTULO I - NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RIO BRANCO/AC, BRASIL.	13
6.1	RESUMO	13
6.2	INTRODUÇÃO	15
6.3	MÉTODOS	17
6.4	RESULTADOS	20
6.5	DISCUSSÃO	29
6.6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
6.7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
7	ANEXOS.....	38
7.1	ANEXO 1 - ANAMNESE.....	38
7.2	ANEXO 2 - CONHECIMENTOS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA/EXERCÍCIO FÍSICO	39
7.3	RESPONDA AS PERGUNTAS ABAIXO DE FORMA OBJETIVA:	39
7.4	ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO GLOBAL DE ATIVIDADE FÍSICA (GPAQ).....	40
8	NORMAS DA REVISTA	42



LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade física
EF	Exercício físico
HCA/	Hospital das Clínicas do Acre
FUNDHAcre	Fundação Hospitalar do Acre
SUS	Sistema Único de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corpórea
ESF	Estratégia Saúde da Família
PEF	Profissional de Educação Física
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
GPAQ	GlobalPhysicalActivityQuestionnaire
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UFAC	Universidade Federal do Acre



1 RESUMO:

Introdução: Várias doenças relacionadas a hábitos de vida (sedentarismo, dieta, estresse e tabagismo) vem crescendo muito nos últimos anos e gerando preocupação mundial. Nesse contexto a atividade física (AF) e/ou exercício físico (EF) ganham respaldo com seus benefícios sociais, em especial de saúde, e econômicos. O agente comunitário de saúde (ACS) é um mediador social chave, essencial no processo de divulgação e educação em saúde, como o aconselhamento da prática regular de AF e EF. **Materias e Métodos:** A pesquisa foi descritiva com levantamento de dados através de anamnese sobre o conhecimento de Atividade Física (AF) e Exercício Físico (EF), aplicação do Questionário Global de Atividade Física (GPAQ) e avaliação direta de peso, altura, índice de massa corpórea (IMC) de 83 (14 homens, 69 mulheres) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com 41.36 ± 8.06 anos de idade, peso (kg) 72.4 ± 14.30 e altura (m) de 159.90 ± 0.08 que foram escolhidos aleatoriamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Rio Branco, AC, Brasil. **Resultados:** dos 83 ACSs, somente 16 (19,3%) e 7 (8,4%), respectivamente, responderam de forma parcial corretamente as definições de AF e EF. 76 ACSs afirmaram que não passavam por capacitação e/ou oficinas periódicas sobre os conhecimentos relativos à AF e EF; 7 ACSs disseram que passam por capacitação realizadas de informalmente pelo profissional de educação física. **Conclusão:** No presente estudo encontrou-se fortes indícios da falta de conhecimento dos ACSs em relação à AF e EF podendo ser o principal motivo a falta de capacitação dos mesmos. Sugere-se que estudos similares a esse trabalham sejam realizados em outras localidades brasileiras. **Palavras Chaves:** Saúde preventiva, estilo de vida, aconselhamento.



2 ABSTRACT:

Introduction: Several diseases related to habits and life (sedentary lifestyle, diet, stress and smoking) has been increasing significantly in recent times and generating worldwide concern. In this context, physical activity (PA) and/or physical exercise (PE) gain support with their social, especially health, and economic benefits. The Community health workers(CHWs) is a key social mediator, essential in the process of health promotion and education, such as counseling the regular practice of PA and PE.

Methods: The research was descriptive with data collection through anamnesis on the knowledge of Physical Activity (PA) and Physical Exercise (PE), application of the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) and direct evaluation of weight, height, index of body mass (BMI) of 83 (14 men, 69 women) CHW with 41.36 ± 8.059 age, weight (kg) 72.4 ± 14.30 and height (m) of 159.9 ± 0.079 who were randomly selected in the Basic Health Units (UBS) in Rio Branco, AC, Brazil. **Results:** of the 83 CHWs only 16 (19.3%) and 7 (8.4%), respectively, responded partially correctly to the definitions of PA and PE. From 83 CHWs, 76 stated that they did not undergo training and/or periodic workshops on knowledge related to PA and PE; 7 CHWssaid they undergo training conducted informally by the physical education professional. **Conclusion:** In the present study we found strong evidence of the lack of knowledge of the ACSs in relation to PA and PE, which may be the main reason for their lack of capacity building. It is suggested that studies similar to this work are carried out in other Brazilian locations.

Keywords: Preventive health, lifestyle, counseling.



3 APRESENTAÇÃO

A dissertação apresentada a seguir foi redigida de acordo com os critérios de organização dos artigos científicos, sendo abordado o tema proposto, com a preocupação de esclarecer os métodos utilizados para avaliar a relação entre agente comunitário de saúde (ACS) e atividade física/exercício físico (AF/EF) junto a população de diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Rio Branco/AC, Brasil.

O tema abordado neste estudo, surge em decorrência da falta de estudos relacionando atividade física e exercício físico com agentes comunitários de saúde (ACS).

Com o intuito de esclarecer a comunidade científica sobre os conhecimentos específicos de ACSs em relação a atividade física (AF) e exercícios físico (EF) e se os mesmos aconselhavam AF e EF aos usuários de Rio Branco, Acre, Brasil, uma vez que na literatura havia inexistência de artigos relacionados resolveu-se por realizarmos as pesquisas.

O sedentarismo, má alimentação, tabagismo e alta exposição ao estresse, em diversos graus, estão associados ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Sendo a saúde preventiva essencial para diminuição destas, o agente comunitário de saúde (ACS) tem ações importantes na facilitação/monitoramento do processo de divulgação e educação em saúde(1). Nesse cenário, o ACS desempenha um papel de mediador social de extrema relevância (2).

Até o presente momento, têm-se poucos estudos no Brasil (3, 4) que pesquisaram as relações entre o ACS e AF/EF na promoção da saúde. Dentre as bases (PubMed e SciELO) de dados pesquisadas, não se encontrou relatos sobre o ACS e AF/EF na cidade de Rio Branco no estado do Acre.

Com o exposto, avaliou-se a relação entre agente comunitário de saúde (ACS) e atividade física/exercício físico (AF/EF) junto a população de diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Rio Branco/AC, Brasil.

Esta dissertação está estruturada com uma introdução, na qual foram abordados fatores pertinentes a AF e EF relacionados aos ACSs. No tópico seguinte é apresentado um artigo científico, que será submetido Revista de Saúde Pública (RSP) obedecendo as diretrizes para os autores, sendo estas encontradas nos anexos desta dissertação. Após o artigo é apresentado a conclusão do estudo realizado, seguido das referências bibliográficas e por fim os anexos.



4 INTRODUÇÃO

O sedentarismo, má alimentação, alta exposição ao estresse e tabagismo, fazem parte de um estilo de vida que estão associados ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como obesidade, hipertensão, diabetes mellitus do tipo 2 (5, 6) assim como vários tipos de câncer (7). Além disso, aumento crescente do ônus econômico é considerável e também têm gerado grande preocupação mundial (8). O filósofo e "pai da medicina moderna" (Hippocrates, 460–377 aC) já afirmava que, "Se pudéssemos fornecer a todo indivíduo a quantidade certa de alimento e de exercício, não muito nem pouco, poderíamos encontrar a forma mais segura para a saúde" (9). Tal ideia ganha respaldo contemporâneo no posicionamento da Federação Internacional de Medicina Desportiva, que desde 1989 vem reiterando os benefícios do exercício na saúde: "O exercício físico regular pode contribuir para a melhora da saúde e permitir aos indivíduos uma vida mais produtiva e mais agradável" (10).

Em 2013 o Governo Federal redefiniu a Política Nacional de Promoção da Saúde que tem por objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (11). No início da década de 2000 o Sistema Único de Saúde (SUS) atendia por volta de 80% da população brasileira (12). Em 2013 esse número foi diminuindo uma vez que o Brasil chegou a ter um terço da população com algum tipo de plano de saúde (11). No entanto, voltou a crescer uma vez que recentemente muitos brasileiros deixaram de pagar convênios particulares, engrossando a massa de usuários do SUS (13). Dessa forma o SUS é essencial para a prevenção e tratamento da saúde do brasileiro.

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi um marco para saúde brasileira, onde se estabeleceu que os profissionais da área da saúde deveriam trabalhar para "ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica" (1). O agente comunitário de saúde (ACS) tem sua competência definida no artigo 2º da lei 13.595 de 02 de Janeiro de 2018, "O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em



saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal"(14).

O ACS é peça chave nesse contexto (15)tendo ações importantes na facilitação/monitoramento processo de divulgação e educação em saúde(1). Nesse cenário, o ACS desempenha um papel de mediador socialde extrema relevância (2) uma vez que o mesmo é tido como "... um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivospróprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; e por fim, entre a capacidade de autoajuda, própria da comunidade, e os direitos sociais garantidos pelo Estado" (16). O aumento do treinamento de suas capacidades técnicas, a melhor incorporação dos ACSs no fluxo de clínicas e na tomada de decisões e o estabelecimento de uma clara consciência da comunidade sobre os papéis e o valor dos ACSs ajudarão a aumentar a motivação e eficácia dos ACSs no Brasil(17). Além disso, os ACSs sugerem investimentos em infraestrutura, incluindo mais prestadores de cuidados de saúde e sistemas de tecnologia da informação simplificados, e uma melhor comunicação entre os ACSs e os funcionários da clínica(17).

Em um recente artigo pesquisou-se soube a capacidade de convencimento do ACSs para aumentar a adesão dos usuários da comunidade no que diz respeito ao uso regular de medicamentos, alterações de estilo de vida e melhora de marcadores de risco clínico em pacientes com síndrome coronariana aguda na Índia(18). Encontrou-se que uma estratégia de intervenção personalizada baseada nos ACSs frente aos pacientes com síndrome coronariana aguda melhorou tanto a aderência a medicamentos baseadas em evidências quanto os estilos de vida saudáveis. Além disso, resultou também em uma melhora nos marcadores de risco clínico. Dessa forma concluíram que a integração de profissionais de saúde comunitários capacitados pode melhorar a prevenção secundária na doença arterial coronariana (18).

O ACS é essencial nesse processo de desenvolvimento de ações de prevenção em uma unidade básica de saúde em especial para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (15).

Até o presente momento, têm-se poucos estudos no Brasil (3, 4) que pesquisaram as relações entre o ACS e atividade física/exercício físico (AF/EF)na promoção da saúde.A atenção primária é essencial para uma sociedade saudável e o aumento do gasto calórico com tarefas do dia-a-dia acrescidas de exercícios regulares se fazem



necessário nesse momento. Dessa forma, avaliou-se a relação entre ACSs e AF e EF junto à diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Rio Branco/AC, Brasil.

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

Avaliar a relação entre agente comunitário de saúde e atividade física/exercício físico junto a população de diversas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Rio Branco/AC, Brasil.

5.2 ESPECIFICO

- ✓ Avaliar os conhecimentos específicos dos agentes comunitários de saúde sobre atividade física e exercício físico.
- ✓ Analisar o tempo de serviço e índice de massa corpórea dos agentes comunitários de saúde.
- ✓ Verificar se há capacitação (ões) sobre atividade física e exercício físico e qual(is) profissional (ais) que as ministra aos agentes comunitários de saúde.



6 CAPÍTULO I - NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RIO BRANCO/AC, BRASIL.

6.1 RESUMO

Introdução: O aumento de várias doenças relacionadas sedentarismo, dieta, estresse e tabagismo vêm crescendo exponencialmente nos últimos anos. Nesse contexto a atividade física (AF) e/ou exercício físico (EF) ganham respaldo com seus benefícios sociais, em especial à saúde, e econômicos. O agente comunitário de saúde (ACS) é um mediador social chave, mas tem-se poucos estudo sobre eles e AF e EF no Brasil. Assim, o objetivo foi pesquisar sua relação de aconselhamento sobre AF e EF junto a população de diversas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) na cidade de Rio Branco/AC, Brasil. **Métodos:** A pesquisa foi descritiva com levantamento de dados através de anamnese sobre o conhecimento de Atividade Física (AF) e Exercício Físico (EF), aplicação do Questionário Global de Atividade Física (GPAQ) e avaliação direta de peso, altura, índice de massa corpórea (IMC) de 83 (14 homens, 69 mulheres) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com 41.36 ± 8.06 anos de idade, peso (kg) 72.40 ± 14.30 e altura (m) de 159.90 ± 0.08 que foram escolhidos aleatoriamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Rio Branco, AC, Brasil. **Resultados:** Dos 83 ACSs, somente 16 (19,3%) e 7 (8,4%), respectivamente, responderam de forma parcial corretamente as definições de AF e EF. Dos 83 ACSs 38 estavam com sobrepeso e 24 eram obesos. Do total de 76 ACSs afirmaram não passar por capacitação e/ou oficinas periódicas sobre os conhecimentos relativos à AF e EF e 7 afirmaram somente conversar sobre AF/EF com profissional de educação física. A maioria deles (54/83 ou 65,1%) tinham indícios de desvio de função. **Conclusão:** No presente estudo encontrou-se fortes indícios para uma falta de competência dos ACSs no aconselhamento aos usuários sobre AF/EF na cidade de Rio Branco/ Acre, Brasil. Os principais fatores influenciadores foram (a) A falta de conhecimento por parte dos ACSs sobre as definições de atividade física/exercício físico; (b)



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL**

O sobrepeso ou obesidade dos mesmos;(c) A falta de capacitação deles sobre AF/EF;Eatividades laborais extras suas competências nas UBSs.

Palavras Chaves: Saúde preventiva, estilo de vida, aconselhamento.



6.2 INTRODUÇÃO

O sedentarismo, má alimentação, alta exposição ao estresse e tabagismo fazem parte de um estilo de vida que estão associados ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como obesidade, hipertensão, diabetes mellitus do tipo 2 (5, 6) e diferentes tipos de câncer (7). Além disso, aumento crescente do ônus econômico é considerável e também têm gerado grande preocupação mundial (8). O filósofo e "pai da medicina moderna" (Hippocrates, 460–377 aC) já afirmava que, "Se pudessemos fornecer a todo indivíduo a quantidade certa de alimento e de exercício, não muito nem pouco, poderíamos encontrar a forma mais segura para a saúde" (9). Outro filósofo Platão (424-348 AC) disse: "A falta de atividade destrói as boas condições de cada ser humano enquanto o movimento e o exercício físico metódico o salvam e preservam" (19). Tal ideia ganha respaldo contemporâneo no posicionamento da Federação Internacional de Medicina Desportiva, que desde 1989 vem reiterando os benefícios do exercício na saúde: "O exercício físico regular pode contribuir para a melhora da saúde e permitir aos indivíduos uma vida mais produtiva e mais agradável" (10).

Em um livro da Índia sobre medicina, saúde e doença, a primeira definição de exercício físico (EP) foi registrada por volta de 700 aC como qualquer ação física capaz de produzir estabilidade e força corporal (20). A organização Mundial de Saúde adotou as definições de atividade física e exercício físico propostos por Caspersen, Powell (21) que definiu "Atividade Física" e "Exercício Física" como: (a) "Atividade física é qualquer movimento corporal produzido pelo músculo esquelético que requer gasto de energia". Todo gasto acima do basal, desde que não inclui o efeito da termogênese induzida pela dieta; (b) "Exercício físico é um tipo de atividade física que é planejada, estruturada e repetitiva que tem um objetivo final ou intermediário que melhore ou mantenha a capacidade física".

A divulgação das recomendações de atividade física e suas atualizações é uma informação pertinente para os profissionais de saúde (22). Em 2013 o Governo Federal Redefiniu a Política Nacional de Promoção da Saúde que tem



por objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (11). No início da década de 2000 o Sistema Único de Saúde (SUS) atendia por volta de 80% da população brasileira (12). Em 2013 esse número foi diminuindo uma vez que o Brasil chegou a ter um terço da população com algum tipo de plano de saúde (11). No entanto, voltou a crescer uma vez que recentemente muitos brasileiros deixaram de pagar convênios particulares, engrossando a massa de usuários do SUS (13). Dessa forma o SUS é essencial para a prevenção e tratamento da saúde do brasileiro.

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um marco para saúde brasileira, onde se estabeleceu os profissionais da área da saúde que deveria trabalhar para "ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica" (1). O agente comunitário de saúde (ACS) tem sua competência definida no artigo 2º da lei 13.595 de 02 de Janeiro de 2018, "O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal"(14). O agente comunitário de saúde (ACS) é peça chave nesse contexto (15) tendo ações importantes na facilitação/monitoramento processo de divulgação e educação em saúde(1). Nesse cenário, o ACS desempenha um papel de mediador social de extrema relevância (2) uma vez que o mesmo é tido como "... um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o



conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de autoajuda, própria da comunidade, e os direitos sociais garantidos pelo Estado"(16).

Em trabalho de revisão recente concluí-se que há um consenso geral na literatura de que os ACSs ajudam a promover estímulos contínuos de organização comunitária, fortalecer os laços entre os membros da comunidade e provedores de serviços e saúde e prestar serviços de atenção primária à saúde, particularmente na provisão de orientação sobre um estilo de vida saudável(23).

Em estudo recente que pesquisou sobre o saber das recomendações de quantidade de minutos por semana de atividades físicas vigentes por três profissionais (médicos, enfermeiros e ACSs) de saúde dentre os quais, os ACSs foram os que demonstraram o menor conhecimento (22). Esses três grupos de profissionais detiveram crenças e conhecimentos que não se alinham com recomendações de atividade física anteriores ou atuais(22).

Embora, os ACS (voluntários ou não) desempenham um papel importante na promoção da AF/EF nas comunidades que atuam (24)e são essenciais no processo de desenvolvimento de ações de prevenção em uma unidade básica de saúde em especial para com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (15), até o presente momento, têm-se poucos estudos no Brasil (3, 4, 22) que pesquisaram o ACS e suas relações com atividade física/exercício físico (AF/EF) na promoção da saúde e nenhum deles o fez na região norte do Brasil.

A atenção primária é essencial para se ter uma sociedade saudável e o aumento do gasto calórico com tarefas do dia-a-dia acrescidas de exercícios regulares se fazem necessários neste momento. Assim, o presente estudo objetivou pesquisar relação de aconselhamento do ACS sobre AF e EF junto a população de diversas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) na cidade de Rio Branco/AC, Brasil.

6.3 MATERIAS EMÉTODOS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

A pesquisa foi do tipo descritiva com levantamento de dados através de questionários e avaliação direta (peso e altura). Foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital das Clínicas do Acre (HCA/FUNDHAcree), sob número do CAAE: 65426616.5.0000.5009. Averiguou-se o número de agentes comunitários de saúde (ACS) no município de Rio Branco/Acre, (área urbana) pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e através do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), com população total de 593 ACSs. A partir desse levantamento foi determinado, com auxílio de fórmula de Miot (25) a quantidade mínima de ≈ 77 ACS. Com o intuito de se ter uma faixa de segurança maior para possíveis perdas amostrais sorteou-se 100 ACSs, para os quais foi realizada a apresentação da pesquisa, desses 83 aceitaram participar. Esses assinaram termo de consentimento livre e esclarecido conforme resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Em local reservado, os questionários avaliativos foram aplicados, assim como foram aferidos o peso e a altura. O índice de massa corpórea (IMC) foi calculado como sendo a divisão do peso pela altura ao quadrado. Em todas as avaliações foram seguidos os protocolos preconizados pelo American College of Sports Medicine – ACSM (26), todos em duplicata, sendo consideradas as médias das aferições, em cada variável.

Anamnese com perguntas relativas à quantidade de ACSs que trabalham na mesma UBS; Qual(is) função (ões) o ACS exerce (ram) na Unidade; e se passam por programas de capacitação e/ou oficinas pertinentes a AF e EF na promoção da saúde. Para o índice de massa corpórea utilizou-se estadiômetro (Sanny®, São Bernardo do Campo, Brasil), para se mensurar a altura e a balança digital (Professional Evolution, Sanny®, São Bernardo do Campo, Brasil) para o peso.

Para avaliar o conhecimento do ACS sobre atividade física/exercício físico (AF/EF) foi aplicado ao ACS um questionário que continha perguntas para respostas discursivas do tipo: "Para você qual é a definição de atividade física?", "Para você qual é a definição de exercício físico?", "Dê 5 (cinco) exemplos de atividade física" e "Dê 5 (cinco) exemplos de exercício físico". As respostas foram avaliadas segundo o artigo de Caspersen, Powell (21) que defini o que é "Atividade Física" e "Exercício Física" Como se segue: (a) A



"atividade física" é definida como "qualquer movimento corporal produzido pelo músculo esquelético que requer gasto de energia"(21). Todo gasto acima do basal, desde que não inclui o efeito da termogênese induzida pela dieta(21); (b) Para "exercício físico" temos "um tipo de atividade física que é planejada, estruturada e repetitiva que tem um objetivo final ou intermediário de melhora ou manutenção da capacidade física".

A partir dessas definições de Caspersen, Powell (21) que são adotadas pela Organização Mundial de Saúde, tomou-se o seguinte procedimento: enviou-se as mesmas com o artigo original de Caspersen e Powell para 3 *experts* em ciências do exercício físico e solicitou-se que estes pudessem atribuir de 0 à 100 a porcentagem correspondente para cada parâmetro que compunham as definições de "atividade física" e "exercícios físicos". Entrou-se em um consenso que:

(I) Atividade Física: no caso de respostas iguais ou que continha sentido similar a sua definição. Para tal a mesma foi dividida em duas partes para a checagem da resposta do ACS: (a) 90% - "Qualquer ação de contração muscular (dinâmica ou estática) ou Qualquer atividade que tenha gasto de energia para executar a ação (dinâmica ou estática)". (b) 10% - se fosse incluído na resposta "salvo o efeito da termogênese induzida pela dieta".

(II) Exercício Físico: no caso de respostas iguais ou que continha sentido similar a sua definição. Para tal a mesma foi dividida em quatro partes para a checagem da resposta do ACS: 20% para cada um dos três pontos a seguir (a) "Atividade Planejada" (planejar/estratégia); (b) "Atividade Estruturada" (materiais/equipamentos necessários; Local necessário); (c) Atividade "Repetitiva" que contenha frequência (e.g.: semanal); (d) 40% - respostas contendo atividade proposital /intencional com objetivo final e/ou intermediário para melhora e/ou manutenção de alguma capacidade física.

Sobre os parâmetros de atividade física aplicou-se nota de 90% ao primeiro parâmetro uma vez que é o principal fator sobre o que é atividade física. Já para o exercício físico, houve consenso que o principal parâmetro fosse o mesmo ser proposital /intencional e isso levou os especialistas a atribuir 40% para o mesmo.



Ao se atribuir a cada parâmetro para a resposta do ACS foi somado chegando-se a uma nota de acerto que variava de 0a 100%. Caso se o ACS respondesse que não sabia, a nota atribuída a ele(a) era automaticamente igual a 0%. As respostas dos ACSs era individual e descritiva de acordo com seus conhecimentos. Não era permitido a ele(a) consultar a ninguém e/ou a internet.

Para a classificação do nível de atividade física utilizou-se o Questionário Global de Atividade Física(27)

Os questionários aplicados foram identificados com uma capa onde o ACS escreveu seu nome e CPF. Um colaborador realizou previamente um procedimento de identificação dos questionários da seguinte maneira: Todos os questionários de um mesmo ACS foram agrupados e identificados com código único com 5 dígitos aleatórios contendo duas letras e três números. O pesquisador realizou todas as análises necessárias, tendo acesso a todos os dados através do código de identificação dos ACS, mas não pelo nome e/ou CPF dos mesmos.

Os dados apresentados estão em média e desvio padrão. Correlação de Pearson foi utilizada para verificar possíveis correlações entre variáveis. Para comparações entre grupos o teste normalidade de kolmogorov-smirnov e em seguida se utilizou teste one-way ANOVA quando aplicados. Todos os testes foram analisados pelo software GraphPad Prism 5.0 (GraphPad Software Inc., San Diego, USA).

6.4 RESULTADOS

Fizeram parte do presente estudo 83 ACSs aleatoriamente escolhidos nas Unidades Básicas de Saúde da Cidade de Rio Branco/Acre, sendo 14 do sexo masculino e 69 do sexo feminino. A idade, tempo de serviço, altura, peso e classificação de índice de massa corpórea (IMC), estão na tabela 01.

Tabela 1 – Descrição das variáveis independentes na amostra de ACS investigada em Rio Branco/AC

	Homens	Mulher	Ambos
Idade (anos, média±SD)	40.79±7.298	41.48±8.249	41.36±8.059



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Tempo de Serviço(anos, média±SD)	6.571±3.694	7.797±3.099	7.590±3.216
Altura (cm, média±SD)	167.8±0.051	158.3±0.074	159.9±0.079
Peso (kg, média±SD)	71.7±16.42	72.5±13.89	72.4±14.30
IMC (kg/m ² , média±SD)	25.50±5.930	28.80±5.148	28.24±5.394
Abaixo do Peso (<18,5)	0	1	1
Peso Ideal (18,5 a 24,9)	8	12	20
Sobrepeso (25 a 29,9)	4	34	38
Obesidade I (30 a 34,9)	1	17	18
Obesidade II (35 e 39,9)	0	2	2
Obesidade III (>40)	1	3	4

SD- desvio padrão

Perguntou-se aos ACSs se eles passavam por capacitação e/ou oficinas periódicas sobre os conhecimentos relativos a AF/EF. Somente 7 afirmaram que sim e 76 disseram que não. No entanto, os 7 relataram que essa capacitação não era formal, e sim, conversas com o Profissional de Educação Física que realizava serviços comunitários aos arredores dos UBSs.

Quando perguntados se participavam de grupos de AF no UBS, 65 ACSs afirmaram que não participavam e 18 que sim. Ao se perguntar se eles aconselhavam regularmente os pacientes sobre AF/EF, 79 dos ACSs afirmaram que sim e 4 que não.

Ao se perguntar as definições sobre AF e EF, respectivamente 16 (19.3%) e 7 (8.4%) acertaram parcialmente as definições. A porcentagem de acerto médio dos que acertaram parcialmente as definições de AF e EF foi de 90% e 50% respectivamente. Ou seja, 67 (80.7%) e 76 (91.6%) dos ACSs não sabiam respectivamente as definições de AF e de EF. Simultaneamente somente 6 (7.2%) ACSs acertaram parcialmente ambas as definições e um respondeu que AF e EF não tinham diferença. Tanto para AF quanto para EF nenhum ACS obteve 100%.

Ao se aplicar o GPAQ (Questionário Global de Atividade Física) verificou-se que dos 83 ACSs, somente 10 foram classificados como sedentários (<600 MET-min/semana), desses 9 eram mulheres e um era homem. Dados de energia total, de atividades laborais, de atividades de viagem (deslocamento) entre lugares e de atividades físicas/recreacionais entre ACSs em Rio Branco, Acre, Brasil, 2018 estão expostos na Tabela 2.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL**

Dos quatro ACSs que afirmaram não aconselhar a população da UBS atividade física somente um foi classificado como sedentário, sendo que os outros três tiveram seus valores em MET-min/semana respectivamente de 14520, 13200 e 960.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Tabela 2- Uso de energia total, de atividades laborais, de atividades de viagem (deslocamento) entre lugares e de Atividades físicas/recreacionais entre ACSs em Rio Branco, Acre, Brasil, 2018 (n = 83)

	Total de AF (MET-minutos/semana)			Atividades Laborais (MET-minutos/semana)			Atividades de viagem (deslocamento) entre lugares (MET-minutos/semana)			Atividades Físicas/Recreacionais (MET-minutos/semana)		
	Total	♀	♂	Total	♀	♂	Total	♀	♂	Total	♀	♂
Média (SD)	6864 (6907)	7212 (7309)	5327 (4550)	3240(4953)	2950 (4916)	3051 (4505)	2545(2561)	2468 (2706)	1654 (1462)	1079 (1971)	1063 (1961)	621.4 (1637)
Mediana (IIQ)	4800 (2190 a 9690)	4800 (2400 a 10380)	3240 (1920 a 7440)	0,0 (0,0 a 5760)	0,0 (0,0 a 5400)	240 (0 a 6120)	1920 (630 a 3000)	1440 (540 a 3000)	1500 (240.0 a 3060)	0,0 (0.0a 1380)	0,0(0,0 a 1680)	0,0 (0,0 a 510.0)

SD-desvio padrão, IIQ-intervalo interquartil

um MET-minutos/semana daAtividade Física total é a soma de MET-minuto/semana dos três domínios de atividade física: 1) no trabalho; 2) durante a viagem ou transporte; e 3) durante a atividade recreativa ou tempo de lazer; ♀ - Mulheres ♂ - Homens;



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Andar, nadar, correr, serviços domésticos, andar de bicicleta foram as cinco atividades mais citadas dentre todas, perfazendo juntas mais da metade (55.4%) dos exemplos citados (Tabela 3). Dos 83 ACSs 7 (sete) colocaram que não sabe/não respondeu.

Tabela 3- Exemplos de atividade física citados pelos ACSs(n=76)

Exemplos de Exercícios	N.	%
1. Andar/Caminhar	37	14.7
2. Nadar	32	12.7
3. Correr/Trotar	27	10.7
4. Serviços Domésticos/Pessoais (lavar louça, fazer crochê, varrer, ...)	22	8.7
5. Bicicleta/Pedalar/Ciclismo	22	8.7
6. Exercícios resistidos/Para potência muscular (e.g.: Musculação/Pegar Peso/Flexão/Abdominal/Pular/fazer academia)	18	7.1
7. Danças	16	6.3
8. Esportes Coletivos (Futebol, Basquete, Handebol, ...)	13	5.2
9. Ginásticas/Aeróbica	12	4.8
10. Alongamento/Flexibilidade/meditar	8	3.2
11. Praticar Esportes/mexer o corpo	7	2.8
12. Subir escadas/Ladeiras	6	2.4
13. Hidroginástica	5	2.0
14. Atividade de rotina 2 (Estudar, escrever, digitar,...)	5	2.0
15. Atividade de rotina 1 (levantar, sentar, escovar os dentes, acordar, carregar objetos,...)	5	2.0
16. Treinamento Funcional	3	1.2
17. Trabalhar/laborar	3	1.2
18. Pilates	3	1.2
19. Pescar/Caçar	3	1.2
20. Fazer sexo/amor	3	1.2
21. Outras (e.g.: alpinismo,...)	1	0.4
22. Esportes de lutas (Boxe, lutas marciais...)	1	0.4
Total	252	100

Andar, Exercícios resistidos, correr, nadar, andar de bicicleta foram as cinco atividades mais citadas dentre todas, perfazendo juntas mais da metade (59.7%) dos exemplos citados (Tabela 4). Dos 83 ACSs 6(seis) colocaram que não sabe/não respondeu e um disse que era a "mesma coisa".

Tabela 4 - Exemplos de exercícios físicos citados pelos ACSs (n=76)

Exemplos de Exercícios	N.	%
1. Andar/Caminhar	38	17.6
2. Exercícios resistidos/Para potência muscular (e.g.: Musculação/Pegar Peso/Flexão/Abdominal/Pular/fazer	30	13.9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

academia/Malhar)		
3. Correr/Trotar	25	11.6
4. Nadar	18	8.3
5. Bicicleta/Pedalar/Ciclismo	18	8.3
6. Esportes Coletivos (Futebol, Basquete, Handebol, ...)	18	8.3
7. Ginásticas/Aeróbica/Poli-chinelo/Pular corda	13	6.0
8. Alongamento/Flexibilidade/meditar	11	5.1
9. Serviços Domésticos/Pessoais (lavar louça, fazer crochê, varrer, ...)	10	4.6
10. Danças/Dançar Zumba	8	3.7
11. Hidroginástica	7	3.2
12. Praticar Esportes/ mexer o corpo	5	2.3
13. Subir escadas/Ladeiras	3	1.4
14. Pilates	3	1.4
15. Esportes de lutas (Boxe, MMA, artes marciais...)	3	1.4
16. Treinamento Funcional	2	0.9
17. Outras (e.g.: alpinismo, lazer, fazer apoio,...)	2	0.9
18. Trabalhar/laborar	1	0.5
19. Fazer sexo/amor	1	0.5
20. Atividade de rotina 2 (Estudar, escrever, digitar,...)	0	0.0
21. Atividade de rotina 1 (levantar, sentar, escovar os dentes, acordar, carregar objetos,...)	0	0.0
22. Pescar/Caçar	0	0.0
Total	216	100

Emagrecer, aumento da qualidade de vida, combate a depressão, Controle da Pressão Arterial, Prevenir e tratar as cardiopatias foram os cinco benefícios da AF/EF mais citados dentre todos, perfazendo juntas mais da metade (59.7%) dos exemplos citados (Tabela 5). Dos 83 ACSs 5 (cinco) colocaram que não sabe/não respondeu e 6 colocaram exemplos de AF/EF ao invés de seus benefícios.

Tabela 5 - Exemplos de benefícios à saúde que os exercícios físicos promovem citados pelos ACSs (n=72)

Benefícios	N.	%
1. Emagrecer/manutenção do peso/Combate a obesidade	39	14.50
2. Aumento da qualidade de Vida/a saúde/bem estar/menos doente	29	10.78
3. Combate a Depressão/Psicológico/Ansiedade/fica mais feliz/Humor	28	10.41
4. Melhorar a Pressão Arterial/	25	9.29
5. Prevenir/tratar as Cardiopatias	19	7.06
6. Melhorar a circulação	19	7.06
7. Controlar o Diabetes/Glicemia/	14	5.20
8. Melhora o Sono/acordar mais disposto	14	5.20
9. Aumenta a resistência física/diminui sedentarismo	13	4.83
10. Aumento da disposição/aumenta o vigor	12	4.46
11. Diminuir o colesterol/triglicerídeos	11	4.09
12. Prevenir/tratar as doenças respiratórias	8	2.97
13. Evita Doenças/DCNTs	7	2.60

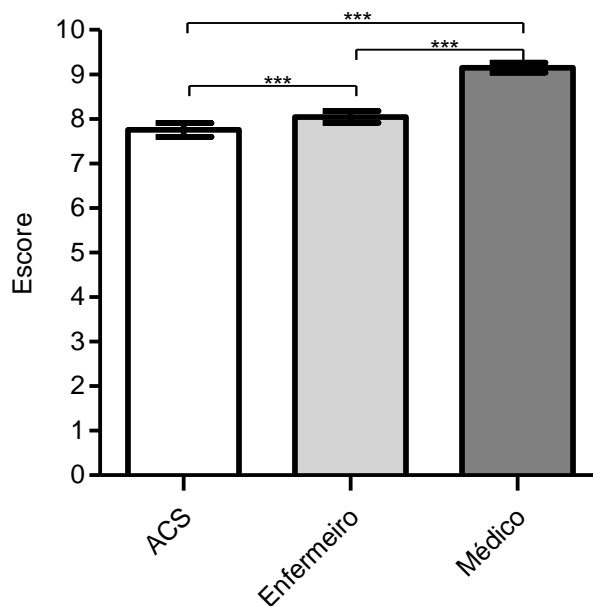


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

14. Envelhecimento mais lento/rejuvenescer/Longevidade	6	2.23
15. Melhora a Autoestima	6	2.23
16. Melhora o Estresse	5	1.86
17. Melhora a memória/Desenvolvimento Intelectual	4	1.49
18. Melhora dores pelo corpo	4	1.49
19. Reduz risco de morte	1	0.37
20. Prevenir Câncer	1	0.37
21. Bom para adolescência	1	0.37
22. Previne derrame.	1	0.37
23. É bom para os nervos	1	0.37
24. Sociabilização	1	0.37
Total		269 100

Na figura 1 que trata da percepção do ACS da capacidade de convencimento, dele próprio, do Enfermeiro e do Médico da UBS, junto ao usuário para a adesão do mesmo aos programas ofertados pelo Ministério da Saúde, pode-se observar que houve diferença entre as médias ($p < 0.05$) sendo a maior capacidade a dos médicos (8.82 ± 1.96), seguido por enfermeiros (7.85 ± 1.70) e ACSs (7.79 ± 1.40).

Figura 1 - Percepção do ACS sobre da capacidade de convencimento dele próprio, do Enfermeiro e do Médico da UBS, junto ao usuário para a adesão do mesmo aos programas ofertados pelo Ministério da Saúde



Todas os três grupos são diferentes (***) $p = 0.001$



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Não houve correlação (0.083, $p=0.457$) entre tempo de serviço dos ACSs e sua percepção da capacidade de convencimento junto ao usuário para a adesão do mesmo aos programas ofertados pelo Ministério da Saúde.

Todos os entrevistados foram contratados como ACSs ($n=83$). No entanto, não trabalhavam só na função de ACSs (Tabela 6)

Pôde-se considerar (Tabela 6) que todos ACSs realizam atividades que competem a ACSs. No entanto, somente 29 (F + G) deles realizavam atividades exclusivas de ACS sem realizar outras atividades. 54 ACSs realizavam pelo menos alguma outra atividade (C e/ou D e/ou E) que não dizem respeito ao ACSs. 12 (14.5%) deles realizam tarefas da administração da Unidade de Saúde; 34 (41%) realizam atendimento como vacinação e distribuição de medicamentos; 25 (30,1%) outras atividades (e.g.: serviços gerais, recepcionista/recepção);

Tabela 6 - Respostas sobre as funções que o ACS exercia na unidade básica de saúde.

Funções	nº de ACSs	%
A. Realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde realizada em domicílios ou juntos à coletividade, seguindo os princípios do SUS.	82	98.8
B. Atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias;	79	95.2
C. Realiza atividades de atendimento como vacinação e distribuição de medicamentos;	34	41.0
D. Participa ativamente da administração da Unidade de Saúde?	12	14.5
E. Outras funções (serviços gerais e recepcionista/recepção).	25	30.1
F. A + B exclusivamente	27	32.5
G. Exclusivamente A	2	2.4
H. A + B e/ou Exclusivamente A	29	34,9
I. Também C e/ou D e/ou E	54	65,1

P.S.: As letras A e B são competências de ACSs. As outras não são competências de ACSs

A correlação apontada na Tabela 7 entre viagem/deslocamento e tempo de serviço (-0,289, $p=0,008$) para os ACSs embora tenha significância e esteja perto de ser uma correlação negativa fraca é uma correlação desprezível.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Tabela 7- Correlações de Pearson dos ACSs entre variáveis de MET/min/semana de forma Total, ou em sub-seções, versus idade, índice de massa corpórea (IMC) e tempo de serviço

	Idade (anos)	IMC (kg/m ²)	Tempo de Serviço (anos)
AF. TOTAL	-0.053	0.017	-0.186
Atividades no trabalho	-0.036	0.138	-0.159
Viagem/Deslocamento	-0.110	-0.164	*-0.289
At. física/recreacionais	0.047	-0.070	0.115

*p= 0.008

A correlação apontada (Tabela 8) entre viagem/deslocamento e tempo de serviço (-0,308, p=0,008) para o grupo de ACSs mulheres se encontrou ser uma correlação negativa fraca.

Tabela 8- Correlações de Pearson do grupo de ACSs Mulheres entre variáveis de MET/min/semana de forma Total, ou em sub-seções, versus idade, índice de massa corpórea (IMC) e tempo de serviço

	Idade (anos)	IMC (kg/m ²)	Tempo de Serviço (anos)
TOTAL	-0.037	0.000	-0.223
Atividades no trabalho	-0.006	0.131	-0.159
Viagem/Deslocamento	-0.157	-0.191	*-0.308
At. física/recreacionais	0.094	-0.064	-0.003

*p= 0.01

A correlação apontada (Tabela 9) entre viagem/deslocamento e tempo de serviço (-0,431, p=0,124) grupo de ACSs homens não foi significativa, no entanto, encontrou-se uma correlação moderada positiva (0,673, p=0,008) entre atividade física e recreacionais e tempo de serviço.

Tabela 9 - Correlações de Pearson do grupo de ACSs Homens entre variáveis de MET/min/semana de forma Total, ou em sub-seções, versus idade, índice de massa corpórea (IMC) e tempo de serviço

	Idade (anos)	IMC (kg/m ²)	Tempo de Serviço (anos)
TOTAL	-0.227	0.019	-0.057
Atividades no trabalho	-0.232	0.212	-0.164
Viagem/Deslocamento	0.340	-0.310	#-0.431
At. física/recreacionais	-0.307	-0.251	*0.673

*p= 0.008; #p= 0.124 (não significante);



6.5 DISCUSSÃO

No presente trabalho encontrou-se que praticamente todos os ACSs pesquisados (79) aconselham os usuários na prática de atividade física, no entanto, esse processo têm fortes indícios de serem falho. O primeiro deles foi a constatação que os ACSs não sabem as definições de atividade física/exercício físico (16 em 83 ACSs/7 em 83 ACSs). O segundo, embora somente 10 (9♀ e 1♂) em 83 ACSs sejam sedentários, 38/83 tem sobrepeso 24/83 ACS são obesos. O terceiro fator é a não capacitação dos ACSs sobre atividade física/exercício físico (7/83). Os que passaram por capacitação afirmaram que a mesma era realizada informalmente, que eram conversas esporádicas com o profissional de educação física (PEF) que realiza serviços comunitários. O quarto e último foi a constatação de desvio de função de grande parte dos ACSs.

No que diz respeito ao primeiro fator, às definições de AF/EF foi afirmado em estudo prévio que há mais de três décadas os termos "Atividade Física" e "Exercício Físico" têm sido utilizados como sinônimos (28). Embora os mesmos tenham uma série de elementos comuns, seu uso indiferentemente pode levar a erro (21). Infelizmente a percepção que se tem é que até os dias atuais os termos são ainda utilizados de forma intercambiáveis, ou seja, como sinônimos e isso pode e deve ser explicitado.

Por outro lado ao citar exemplos sobre AF a grande maioria o fez, havendo somente 7 ACSs que não sabiam ou não responderam. Citaram principalmente (55.4%) andar, nadar, correr, serviços domésticos, andar de bicicleta (Tabela 3). Sobre os exemplos de exercícios físicos ACSs 6 (seis) colocaram que não sabe/não respondeu e um disse que era a "mesma coisa" (Tabela 4). Para EF nota-se que categorias como "Serviços Domésticos/Pessoais" que estava em 4º lugar em exemplos de AF cai para 9º lugar para exercícios físicos. Além dela, mas se mostra um dado preocupante, pois houveram 10 ACSs que reponderam essa categoria, que é quase impossível de se enquadrar na definição de exercício físico segundo



Caspersen, Powell (21). Ou seja, esses ACS muito provavelmente não conseguem distinguir AF e EF.

Sobre o segundo fator, pode dizer que embora seja importante que a pessoa que aconselha sobre AF/EF seja um praticante(29), o IMC é um fator importante no que tange à frequência de aconselhamento, pois o mesmo foi correlacionado negativamente com o aconselhamento pelo profissional (30).

Um recente estudo objetivou caracterizar a dinâmica de relacionamento entre participantes latinos e ACSs da perspectiva do participante (31). Nesse estudo os participantes completaram uma intervenção de estilo de vida que incluía várias visitas domiciliares dos ACSs para promover a atividade física e a escolha de alimentos saudáveis. Eles concluíram que as percepções dos participantes indicaram que as mudanças pessoais positivas foram influenciadas por ACSs. Somente participantes que relataram consistentemente pontuações precárias para depressão, ansiedade ou ambos relataram experiências negativas ou neutras com os ACSs. Este estudo presta apoio qualitativo ao uso de ACSs como extensores de cuidados, particularmente em áreas com escassez de provedores de cuidados de saúde primários e mentais(31). Os ACSs podem advogar eficazmente para estilos de vida mais saudáveis podendo ser fundamentais para enfrentar condições de saúde mentais, tais como depressão e ansiedade(31).

No que tange ao terceiro fator, o PEF que trabalha em saúde tem entre suas competências o dever de "capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para atuarem como facilitador-monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas (AF)/Práticas Corporais" (1). Esse tipo de capacitação é essencial para propagação do conhecimento, especialmente na atenção primária (1), pois profissionais que não entram em contato com recomendações formais sobre atividade física e saúde tendem a orientar menos sobre os benefícios da atividade física para saúde (30).

Estudo recente concluiu que treinar os profissionais de saúde, em especial o ACS, em como transmitir todas as informações relevantes sobre a atividade física para seus pacientes, é fundamental para a promoção da saúde dentro do sistema de atenção primária no Brasil, sendo necessário capacitar e aumentar o seu treinamento (22). Em outro estudo sugeriu-se que os ACS se



submetam a programas de treinamento baseados nas recomendações atuais para AF/EF para que possam melhorar suas competências em aconselhar e convencer a população de sua área de atuação (24). Complementar a isso, sugeriu-se que o ACS pudesse desenvolver atividades voltadas para a promoção da AF tanto no tempo de lazer quanto na caminhada para o transporte, bem como abordar e buscar soluções para superar as barreiras à prática da AF(32).Corroborando com isso, encontrou-se que os ACSs que passaram por um processo educativo para promover atividade física nas visitas domiciliares para intervir com usuários realizaram mais visitas domiciliares para promover atividade física aos idosos, pessoas com baixa escolaridade, que não trabalhavam e que tinham doenças crônicas (33).

Ao se solicitar que os ACSs dessem exemplos sobre os benefícios à saúde que os AF/EF promovem (Tabela 5), (a) emagrecer, (b) aumento da qualidade de vida, (c) combate a depressão, (d) controle da pressão arterial, (e) prevenir e tratar as cardiopatias foram os cinco benefícios mais citados (59,7%). No entanto, se mostrou preocupante novamente uma vez que dos 83 ACSs 5(cinco) colocaram que não sabe/não respondeu e 6 colocaram exemplos de AF/EF ao invés de seus benefícios.

Ao se perguntar ao ACS sobre sua percepção sobre a capacidade de convencimento dele próprio, do enfermeiro e do médico da UBS, junto ao usuário para a adesão do mesmo aos programas ofertados pelo Ministério da Saúde (Figura 1) foi constatado que o médico tem o maior poder de persuasão (8.82 ± 1.96 , $p=0,001$). Esse dado vem ao encontro do que se relatou em estudos anteriores que os médicos são os mais persuasivos no aconselhamento sobre AF (34). No entanto, havendo a mesma significância ($p=0,001$) entre os ACSs (7.79 ± 1.40) e os enfermeiros (7.85 ± 1.70), esse obteve uma média de escore somente de 0,06 acima dos ACSs. Isso infere que os ACSs têm tanto poder de persuasão junto ao usuário quanto o enfermeiro da UBS. Estudos futuros avaliando essa percepção deveriam ser feitos com os usuários e com todos os profissionais de saúde envolvidos no processo, em



especial com enfermeiros e médicos. Não houve correlação (0.083, $p=0.457$) entre tempo de serviço dos ACSs e sua percepção da capacidade de convencimento junto ao usuário para a adesão do mesmo aos programas ofertados pelo Ministério da Saúde. No entanto, vários ACSs relataram que ao passar dos anos a população os "escutam" mais, ou seja, aderem aos aconselhamentos que os mesmos fazem para eles, os usuários. Em um recente artigo pesquisou-se sobre a capacidade de convencimento do ACSs para aumentar a adesão dos usuários da comunidade no que diz respeito ao uso regular de medicamentos, alterações de estilo de vida e melhora de marcadores de risco clínico em pacientes com síndrome coronariana aguda na Índia. (18) Encontrou-se que uma estratégia de intervenção personalizada baseada nos ACSs frente aos pacientes com síndrome coronariana aguda melhorou tanto a aderência a medicamentos baseadas em evidências quanto o estilos de vida saudáveis. Além disso, resultou também em uma melhora nos marcadores de risco clínico. Dessa forma concluíram que a integração de profissionais de saúde comunitários capacitados pode melhorar a prevenção secundária na doença arterial coronariana (18). Uma recente revisão sintetizou evidências sobre a eficácia dos ACSs entregues intervenções de prevenção primária das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em países de baixa e média renda. Foi concluído que, em comparação com o cuidado padrão, o uso de ACSs em programas de saúde tem potencial para ser eficaz em nesse países na intervenções de prevenção primária de DCNT com sucesso, particularmente para cessar do tabagismo, controle da pressão arterial e com indicações menos fortes, mas promissoras para diabetes e índice de massa corporal(15). Com o exposto, sugere-se que em futuros trabalhos essa variável seja pesquisada de forma multicêntrica e com mais ACSs que foi utilizado nesse estudo.

Sobre as atividades do ACSs realizadas na UBS (Tabela 6) pôde-se constatar que embora todos ACSs realizavam atividades que competem a eles, 54/83 (65,1%) realizam outras atividades que não somente suas competências. Isso pode ser um fator impeditivo ao ACS de realizar suas obrigações na atenção primária. Esse profissional tem papel chave no auxílio para persuadir/convencer os usuários da comunidade na procura de cuidados de



saúde e aumento na confiança do profissional de saúde das condições que afetam a saúde de seus pacientes(17). A percepção dos ACSs sobre seus papéis na Estratégia de Saúde da Família são: (a) Os ACSs são os olhos e os ouvidos do sistema de saúde; (b) Os ACSs são o elo de ligação na barreira social entre os provedores de saúde e membros da comunidade; (c) Os ACSs convencem os membros da comunidade sobre valor da clínica; (d) Os ACSs são testemunhas dos determinantes sociais da saúde; (e) Os ACSs fornecem suporte social(17).

As estratégias nas políticas públicas devem ser respeitadas e o desvio de função do ACSs deve ser evitado. O aumento do treinamento, a melhor incorporação dos ACSs no fluxo de clínicas e na tomada de decisões e o estabelecimento de uma clara consciência da comunidade sobre os papéis e o valor dos ACSs ajudarão a aumentar a motivação e eficácia dos ACSs no Brasil(17) sendo importante que os modos de trabalho e prioridades dos ACS sejam repensados para ampliar a promoção da atividade física no SUS(33). É importante escutar mais o ACSs, pois como discutido em estudo Grossman-Kahn, Schoen (17) a percepção dos ACSs sobre os principais obstáculos enfrentados nas suas rotinas de trabalho incluem: (a) a incapacidade da equipe de atenção primária em se integrar de forma completa especialmente com o ACSs; (b) a incapacidade de acompanhar as necessidades de saúde identificadas devido a recursos limitados; (c) a falta de compreensão de seus membros sobre o trabalho e a subvalorização da medicina preventiva; (d) Os membros da comunidade não valorizam o trabalho dos ACSs.

Dentre as correlações (Tabelas 7, 8 e 9) encontradas entre tempo de serviço a mais proeminente foi entre tempo de serviço de ACSs homens e suas atividades físicas/recreacionais que foi uma correlação moderada (0,673) tendendo a ser forte (Tabela 9). Uma correlação negativa fraca (-0,308) entre tempo de serviço tempo de serviço de ACSs mulheres e viagens/deslocamento também foi encontrada. Mais estudos sobre ambos os tópicos devem ser realizados.

6.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL**

No presente estudo encontrou-se fortes indícios para uma falta de competência dos ACSs no aconselhamento aos usuários sobre AF/EF na cidade de Rio Branco/ Acre, Brasil. Os principais fatores potenciais que influenciaram foram: (a) A falta de conhecimento por parte dos ACSs sobre as definições de atividade física/exercício físico; (b) O sobrepeso ou obesidade dos mesmos; (c) A falta de capacitação deles sobre AF/EF; Atividades laborais extras suas competências nas UBSs; (d) O desvio de função dos ACSs.

Esse dado é preocupante, pois o ACS é o profissional chave no processo de divulgação e educação em saúde na atenção primária e a difusão de conhecimentos e aconselhamento de AF/EF é essencial na prevenção e no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Dessa forma, se faz necessário aplicar o que está disposto na lei brasileira sobre a capacitação do ACS pelo profissional de educação física no que tange AF/EF e suas benesses a saúde. Neste contexto, sugere-se que sejam realizados estudos futuros em outras localidades do Brasil similares ao presente trabalho.



6.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil MdS. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF; PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. In: Ministro MdS-Gd, editor. Brasília2008.
2. Pedrosa IL, Lira GAd, Oliveira Bd, Silva MdSML, Santos MBd, Silva EAd, et al. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. Trabalho, Educação e Saúde. 2011;9:319-32.
3. Santos TId, Guerra PH, Andrade DR, Florindo AA. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2015;20(2):165-73.
4. Araújo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Revista Brasileira de Enfermagem. 2004;57:19-25.
5. Minich DM, Bland JS. Personalized lifestyle medicine: relevance for nutrition and lifestyle recommendations. ScientificWorldJournal. 2013;2013:129841. Epub 2013/07/24.
6. Huang ES, Basu A, O'Grady M, Capretta JC. Projecting the future diabetes population size and related costs for the U.S. Diabetes Care. 2009;32(12):2225-9. Epub 2009/11/27.
7. Mariotto AB, Yabroff KR, Shao Y, Feuer EJ, Brown ML. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. J Natl Cancer Inst. 2011;103(2):117-28. Epub 2011/01/14.
8. Davis JC, Verhagen E, Bryan S, Liu-Ambrose T, Borland J, Buchner D, et al. 2014 consensus statement from the first Economics of Physical Inactivity Consensus (EPIC) conference (Vancouver). British journal of sports medicine. 2014;48(12):947-51. Epub 2014/05/27.
9. Buford TW, Roberts MD, Church TS. Toward exercise as personalized medicine. Sports Med. 2013;43(3):157-65. Epub 2013/02/06.
10. MEDICINE IFOS. Physical exercise--an important factor for health. A position statement from the International Federation of Sports Medicine. Schweiz Z Sportmed. 1989;37(3):177-8. Epub 1989/10/01.
11. BRASIL MdS. Pesquisa nacional de saúde : 2013 : percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas : Brasil, grandes regiões e unidades da federação IBGE ed. Rio de Janeiro2014.
12. Brasil MdS. Programa saúde da família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003;3(1):1113-25.
13. GLOBO PG. Cai o número de brasileiros com plano de saúde2016 2016/03/05. Available from: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2016/01/cai-o-numero-de-brasileiros-com-plano-de-saude.html>.
14. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias., Lei 13.595 de 05 de Janeiro de 2018 (2018).



15. Jeet G, Thakur JS, Prinja S, Singh M. Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. *PloS one*. 2017;12(7):e0180640. Epub 2017/07/14.
16. BRASIL. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. Brasília, DF:: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Ipea,; 2000 [cited 2016 2016 03 09]; Available from: http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0735.pdf.
17. Grossman-Kahn R, Schoen J, Mallett JW, Brentani A, Kaselitz E, Heisler M. Challenges facing community health workers in Brazil's Family Health Strategy: A qualitative study. *The International journal of health planning and management*. 2017. Epub 2017/09/25.
18. Wajid A, White F, Karim MS. Community health workers and health care delivery: evaluation of a women's reproductive health care project in a developing country. *PloS one*. 2013;8(9):e75476. Epub 2013/10/03.
19. Fox SM, 3rd, Haskell WL. Physical activity and the prevention of coronary heart disease. *Bull N Y Acad Med*. 1968;44(8):950-67. Epub 1968/08/01.
20. Sharma RK, Dash B. *Caraka Samhita*. Varanasi, India: Chowkhamba Sanskrit Bhawan; 2008.
21. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985;100(2):126-31. Epub 1985/03/01.
22. Burdick L, Mielke GI, Parra DC, Gomes G, Florindo A, Bracco M, et al. Physicians', nurses' and community health workers' knowledge about physical activity in Brazil: A cross-sectional study. *Preventive medicine reports*. 2015;2:467-72. Epub 2016/02/05.
23. Organization WH. *Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration Into National Health Systems*. . Global Health Workforce Alliance. 2010.
24. Costa EF, Guerra PH, Santos TI, Florindo AA. Systematic review of physical activity promotion by community health workers. *Preventive medicine*. 2015;81:114-21. Epub 2015/08/25.
25. Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras*. 2011;10(4):275-8.
26. (ACSM) ACoSM. *ACSM's Health-Related Physical Fitness Assessment Manual*. 3, editor. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. 192 p.
27. Armstrong R, Bull F. Development of the World Health Organization Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). *Journal of Public Health*. 2006;14(2):66-70.
28. Taylor HL. Physical activity: is it still a risk factor? *Preventive medicine*. 1983;12(1):20-4. Epub 1983/01/01.
29. Siqueira FCV, Nahas MV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25:1917-28.
30. Stanford FC, Durkin MW, Stallworth JR, Powell CK, Poston MB, Blair SN. Factors that influence physicians' and medical students' confidence in counseling patients about physical activity. *J Prim Prev*. 2014;35(3):193-201. Epub 2014/04/01.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

31. Perales J, Reininger BM, Lee M, Linder SH. Participants' perceptions of interactions with community health workers who promote behavior change: a qualitative characterization from participants with normal, depressive and anxious mood states. *International journal for equity in health*. 2018;17(1):19. Epub 2018/02/07.
32. Florindo AA, Costa EF, Sa TH, dos Santos TI, Velardi M, Andrade DR. Physical activity promotion in primary health care in Brazil: a counseling model applied to community health workers. *Journal of physical activity & health*. 2014;11(8):1531-9. Epub 2014/01/05.
33. Costa EF, Andrade DR, Garcia LM, Ribeiro EH, Santos TI, Florindo AA. [Evaluation of the effectiveness of home-based physical activity promotion by community health workers]. *Cadernos de saude publica*. 2015;31(10):2185-98. Epub 2016/01/07. Avaliacao da efetividade da promocao da atividade fisica por agentes comunitarios de saude em visitas domiciliares.
34. Angyan L. Promoting physical activity in medical education. Mini-review. *Acta Physiol Hung*. 2004;91(2):157-66. Epub 2004/10/16.



7 ANEXOS

7.1 ANEXO 1 - ANAMNESE

Número do ACS: _____ (capo para o avaliador);

Nome da Unidade de Saúde:

Nome do Gerente Administrativo da Unidade:

Endereço da UBS:

Telefone:

Data da Entrevista:

Idade:

Sexo: () F () M

Altura (cm):

Peso (kg): _____ Média de Peso no último ano (SIC). _____

Quantos ACS tem na Unidade que você trabalha?

Qual a forma de contratação?

ACS

Sou contratado como ACS, mas faço outros serviços. Quais?

Sou contratado como técnico de enfermagem, mas atuo como ACS.

Outros: _____

Quais as funções abaixo você exerce?

Realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde realizada em domicílios ou juntos à coletividade, seguindo os princípios do SUS.

Atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias;

Realiza atividades de atendimento como vacinação e distribuição de medicamentos;

Participa ativamente da administração da Unidade de Saúde?

Outras funções. (serviços gerais e recepcionista/recepção)

A) Passa por capacitação e/ ou oficinas periódicas de conhecimento a atividade física/ exercício físico. Quais são os profissionais responsáveis por essa (s) capacitação (s).

() SIM () NÃO

B) E se a resposta anterior for **SIM**, o profissional de EDUCAÇÃO FÍSICA foi o responsável pela(s) capacitação (s).

Você aconselha o usuário a praticar Atividade Física/ Exercício Físico?

Participa de grupos de AF na Unidade de Saúde? Se sim. Qual(ais)?

Observações:



7.2 ANEXO 2 - CONHECIMENTOS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA/EXERCÍCIO FÍSICO

7.3 RESPONDA AS PERGUNTAS ABAIXO DE FORMA OBJETIVA:

Para você qual é a definição de **ATIVIDADE FÍSICA**?

Para você qual é a definição de **EXERCÍCIO FÍSICO**?

Dê 5 (cinco) exemplos de **ATIVIDADE FÍSICA**:

Dê 5 (cinco) exemplos de **EXERCÍCIO FÍSICO**:

A prática **REGULAR** de atividade física e/ou exercício físico traz(em) benefício(s) à saúde das pessoas? () SIM; () NÃO () NÃO sei/NÃO sei responder.

Responda somente se você respondeu **SIM** para a questão acima. Cite de 1 (um) a 10 (dez) exemplos que a prática **REGULAR** atividade física e/ou exercício físico traz(em) benefício(s) à saúde das pessoas.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

7.4 ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO GLOBAL DE ATIVIDADE FÍSICA (GPAQ)

Atividade física			
Em seguida, vou lhe perguntar sobre o tempo que você gasta praticando diferentes tipos de atividade física em uma semana típica. Por favor, responda a estas perguntas, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente ativa. Pense primeiro sobre o tempo que você gasta trabalhando. Pense no trabalho como atividades remuneradas ou não remuneradas, estudo / treinamento, tarefas domésticas, colheita de alimentos, pesca ou caça para alimentação, busca de emprego. <i>[Inserir outros exemplos, se necessário]</i> . Em resposta às seguintes questões, as 'atividades vigorosas' são atividades que exigem esforço físico intenso e causam forte aumento da respiração ou dos batimentos cardíacos, as 'atividades de intensidade moderada' são atividades que exigem um esforço físico moderado e provocam pequenos aumentos da respiração ou dos batimentos cardíacos.			
Questões		Resposta	Código
Atividades no trabalho			
1	O seu trabalho envolve atividade de intensidade vigorosa que leva a grandes aumentos na respiração ou batimentos cardíacos como <i>[transportar ou levantar cargas pesadas, escavação ou construção]</i> durante pelo menos 10 minutos de forma contínua? <i>[INSERIR EXEMPLOS] (USE SHOWCARD)</i>	1 Sim 2 Não <i>Se não, vá para P 4</i>	P1
2	Em uma semana típica, em quantos dias você faz atividades de intensidade vigorosa como parte do seu trabalho?	Número de dias <input type="text"/>	P2
3	Quanto tempo você gasta fazendo atividades de intensidade vigorosa no trabalho em um dia típico?	Horas: minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hr. min.	P3 (a- b)
4	O seu trabalho envolve atividade de intensidade moderada que leva a pequenos aumentos na respiração ou batimentos cardíacos, como caminhada rápida <i>[ou transportar cargas leves]</i> durante pelo menos 10 minutos de forma contínua? <i>[INSERIR EXEMPLOS] (USE SHOWCARD)</i>	1 sim 2 Não <i>Se não, vá para P 7</i>	P4
5	Em uma semana típica, em quantos dias você faz atividades de intensidade moderada como parte de seu trabalho?	Número de dias <input type="text"/>	P5
6	Quanto tempo você gasta fazendo atividades de intensidade moderada no trabalho em um dia típico?	Horas: minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hr. min.	P6 (a- b)
Viagem (deslocamento) entre lugares			
Para as próximas perguntas, exclua as atividades físicas no trabalho já mencionadas. Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre a sua maneira usual de se deslocar entre lugares. Por exemplo, para trabalhar, para fazer compras, para o mercado, para o local de culto. <i>[insira outros exemplos, se necessário]</i>			
7	Você caminha ou usa bicicleta (<i>não elétrica</i>) durante pelo menos 10 minutos continuamente para se deslocar entre lugares?	1 sim 2 Não <i>Se não, vá para P 10</i>	P7
8	Em uma semana típica, em quantos dias você caminha ou usa bicicleta por pelo menos 10 minutos continuamente para se deslocar entre lugares?	Número de dias <input type="text"/>	P8
9	Quanto tempo você gasta caminhando ou andando de bicicleta para viajar em um dia típico?	Horas: minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hr. min.	P9 (a- b)
Atividade física (atividades recreativas)			
Para as próximas perguntas, exclua as atividades de trabalho e de transporte já mencionadas. Agora eu gostaria de lhe perguntar sobre esportes, exercícios e atividades recreativas (lazer). <i>[inserir termos relevantes]</i> .			
Questões		Resposta	Código
10	Você faz algum esporte, exercício ou atividade recreativa (<i>lazer</i>) de intensidade vigorosa que causa grande aumento na respiração ou batimentos cardíacos, como <i>[correr ou jogar futebol]</i> durante pelo menos 10 minutos de forma contínua? <i>[INSERIR EXEMPLOS] (USE SHOWCARD)</i>	1 sim 2 Não <i>Se não, vá para P 13</i>	P 10
11	Em uma semana típica, em quantos dias você pratica esportes, exercícios ou atividades recreativas (<i>lazer</i>) de intensidade vigorosa?	Número de dias <input type="text"/>	P11
12	Quanto tempo você gasta praticando esportes, exercícios ou atividades recreativas de intensidade vigorosa em um dia típico?	Horas: minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hr. min.	P12 (a- b)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

13	Você pratica algum esporte, exercício ou atividades recreativas (<i>lazer</i>) de intensidade moderada que provoca um pequeno aumento na respiração ou batimentos cardíacos, como caminhada rápida, (<i>ciclismo, nataçã, voleibol</i>) por pelo menos 10 minutos de forma continua? [INSERIR EXEMPLOS] (USE SHOWCARD)	1 sim 2 Não Se Não, vá para P 16	P13
14	Em uma semana típica, em quantos dias você pratica esportes, exercícios ou atividades recreativas (<i>lazer</i>) de intensidade moderada?	Número de dias <input type="text"/>	P14
15	Quanto tempo você gasta praticando esportes, exercícios ou atividades recreativas (<i>lazer</i>) de intensidade moderada em um dia típico?	Horas: minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hr. min.	P15 (a- b)
Comportamento sedentário			
A pergunta seguinte é sobre sentar ou deitar no trabalho, em casa, no deslocamento, ou com amigos, incluindo o tempo gasto [sentado em uma mesa, sentado com os amigos, viajando em carro, ônibus, trem, lendo, jogando cartas ou assistindo televisão], mas não inclui o tempo gasto para dormir. [INSERIR EXEMPLOS] (USE SHOWCARD)			
16	Quanto tempo você costuma passar sentado ou deitado em um dia típico?	Horas: minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hr. min.	P16 (a- b)



7.5 NORMAS DA REVISTA

1. Informações gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- PRISMA – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- STROBE – checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS – checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

Topo

2. Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concotrdância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das recomendações citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

Formatação:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: até 30 no total.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicações breves

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.



- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.
- Número de referências: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

MOOSE checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais

PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises

Revisão narrativa/crítica – A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Formatação:

- Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: sem limites.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e “oxigenar” controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Formatação:

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30 no total.
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.



Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

Topo

3. Dados de identificação do manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: **departamento, faculdade, universidade**).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Topo

4. Conflito de interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. 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 conflitos financeiros ou de outra natureza que possam 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. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Topo

5. Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors*, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Na submissão
b. Declaração de responsabilidade	Todos os autores	Na submissão
c. Responsabilidade Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
d. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) Carta de apresentação

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.
- Responder: Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

b) Declaração de responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos



dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria. Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

c) Agradecimentos

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

d) Transferência de direitos autorais

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

Topo

6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês: O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido: Deve conter até 45 caracteres.

Descritores: Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *keywords*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas: Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos etc.

Resumo: São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas



em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução: Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos: Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados: Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão: A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documento citado, de acordo com os exemplos a seguir.



Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Cienc Saude Coletiva. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas,



dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Topo

7. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).
9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação, verificando se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

Topo

8. Processo editorial

a) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.



b) Provas

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão “original aprovada”. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (*rolling pass*). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

Topo

9. Taxa de publicação

Embora as revistas recebam subvenções de instituições públicas, estas não são suficientes para sua manutenção. Assim, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa para garantir os recursos necessários para produção da RSP.

A USP garante os recursos básicos, mas não são suficientes. Assim, temos que contar com recursos complementares, além das agências de fomento.

A RSP em 2016 completa 50 anos de publicação e somente em 2012 iniciou a cobrança de taxa de artigos, fato este imperioso para garantir sua continuidade, sobretudo permitindo-lhe evoluir com tecnologias mais avançadas, mas que exigem também maior qualidade e recursos tecnológicos.

O valor cobrado é avaliado regularmente. Assim, para os artigos submetidos a partir de **janeiro de 2017**, o valor da taxa será de **2.200,00** para Artigo Original, Revisão e Comentário, e de 1.500,00 para Comunicação Breve.

A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.