

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CAMPUS URUGUAIANA
Curso de Licenciatura em Educação Física
Trabalho de Conclusão de Curso II

**PREVALÊNCIA DE USO DAS ACADEMIAS AO AR LIVRE E FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE ASSOCIADOS EM ADULTOS DE
URUGUAIANA-RS**

Acadêmicos: Deivid Cristiano Cooper Alves e Marcos Ferrari
Orientador: Professor Gabriel Gustavo Bergmann

Trabalho apresentado em formato de artigo científico
Artigo nas normas do periódico:
REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE
Uruguaiiana, dezembro de 2016

1 **Prevalência de uso das Academias ao Ar Livre e fatores sociodemográficos e de saúde**
2 **associados em adultos de Uruguaiana-RS**

3 **Resumo**

4 O objetivo deste estudo foi de investigar a prevalência de uso de Academias ao Ar Livre
5 (AAL) por moradores próximos aos locais e os fatores sociodemográficos e de saúde
6 associados na cidade de Uruguaiana-RS. Foram selecionadas quatro AAL distribuídas em
7 diferentes áreas da zona urbana da cidade. Participaram do estudo 431 adultos (66,82 %
8 mulheres) de 18 a 87 anos selecionados de maneira probabilística multifásica, considerando
9 um raio de 500 metros no entorno de cada AAL. Informações sobre o uso das AAL para a
10 prática de AF, indicadores sociodemográficos e de saúde foram coletadas por entrevista nas
11 residências dos participantes. Os dados foram descritos e as associações das variáveis
12 sociodemográficas e de saúde com o uso das AAL foram analisadas com o teste de qui-
13 quadrado para heterogeneidade e tendência linear adotando-se um nível de significância de
14 5%. Aproximadamente um terço da amostra (30,4%; IC95% 26,1-34,7) declarou utilizar as
15 AAL para a prática de AF e 20,4% (IC95% 16,8-24,4) informou utilizar com frequência de
16 duas ou mais vezes por semana. Prevalência mais estatisticamente altas ($p < 0,05$) de uso das
17 AAL foram encontradas entre as mulheres, linearmente à medida que a distância da residência
18 aumentava em relação ao local da AAL e que a renda familiar diminuía, e entre os
19 suficientemente ativos. Os resultados deste estudo indicam que uma parcela importante da
20 população utiliza as AAL para a prática de AF, podendo contribuir para a elaboração de
21 políticas públicas para implementação de novas AAL na cidade visando o aumento de
22 oportunidades para a população praticar.

23 Palavras-chave: Academia de ginástica; Atividade Física; Saúde Pública; Adulto.

24

1 **Abstract**

2 The objective of this study was to investigate the prevalence of outdoor academies (AAL) by
3 residents near the sites and associated sociodemographic and health factors in the city of
4 Uruguaiana-RS. Four AALs were distributed in different areas of the urban area of the city. A
5 total of 431 adults (66.82% females) aged 18-87 years selected in a multiphasic probabilistic
6 manner, considering a radius of 500 meters in the vicinity of each AAL. Information on the
7 use of AAL for the practice of PA, sociodemographic and health indicators were collected by
8 interview in the participants' homes. The data were described and associations of
9 sociodemographic and health variables with the use of AAL were analyzed with the chi-
10 square test for heterogeneity and linear trend, adopting a level of significance of 5%.
11 Approximately one-third of the sample (30.4%; 95% CI: 26.1-34.7) reported using AALs for
12 AF practice and 20.4% (IC95% 16.8-24.4) reported frequent use Of two or more times per
13 week. More statistically significant ($p < 0.05$) prevalence of AAL were found among women,
14 linearly as the distance from the home increased relative to the AAL site and the family
15 income decreased, and among those who were sufficiently active. The results of this study
16 indicate that a significant portion of the population uses AALs for the practice of PA, and can
17 contribute to the elaboration of public policies for the implementation of new AALs in the
18 city aiming at increasing opportunities for the population to practice.

19 **Key-words:** Fitness Center; Physical Activity; Public Health; Adult.

20

21

22

23

1 **Introdução**

2 A prática regular de Atividade Física (AF) melhora a aptidão física; auxilia no controle
3 do peso e da composição corporal; contribui para a manutenção e/ou aumento da densidade
4 mineral óssea; melhora a saúde funcional e a função cognitiva¹. Além disto, contribui para a
5 prevenção primária e secundária de várias doenças crônicas como as doenças
6 cardiovasculares, diabetes, câncer, hipertensão, obesidade, depressão e osteoporose, e para
7 morte prematura². Não obstante tais informações estejam disponíveis na literatura há anos, a
8 prevalência de indivíduos insuficientemente ativos é elevada³, transformando a promoção da
9 AF para a população como um desafio. Resultados provenientes de estudos que analisaram
10 modificações no ambiente construído voltadas para o aumento da AF têm apresentando
11 resultados positivos⁴. No Brasil, a instalação de equipamentos para ginástica, conhecidos
12 como Academias ao Ar Livre (AAL), em ambientes públicos como parques e praças tem sido
13 realizada como estratégias para oportunizar a população alternativas para a prática de AF. No
14 entanto, ainda são poucas as informações sobre a utilização dessas instalações. Em um estudo
15 realizado com usuários de AAL em Curitiba, foi identificado que a frequência semanal e o
16 tempo de permanência são maiores entre os usuários em que as AAL estão situadas em
17 bairros de baixa renda, já o período de uso em meses é maior entre usuários em que as AAL
18 estão situadas em bairros de alta renda⁵. Estes resultados sugerem que o padrão de uso das
19 AAL pode variar de acordo com o local na qual elas são instaladas. Outras informações são
20 provenientes de estudos que analisaram os parâmetros morfofuncionais, perfil dos
21 frequentadores e a percepção do esforço em idosos nas AAL^{6,5,7}. Contudo, estes estudos
22 foram realizados apenas com usuários destas instalações, não havendo, em nosso
23 conhecimento, estudos que tenham analisado a proporção da população que utiliza AAL.
24 Desta forma, este estudo tem por objetivo investigar a prevalência de uso de AAL por

- 1 moradores próximos aos locais e os fatores sociodemográficos e de saúde associados na
- 2 cidade de Uruguaiana-RS.
- 3

1 **Métodos**

2 *População e amostra*

3 Este estudo observacional analítico de base populacional foi realizado com indivíduos
4 adultos (≥ 18 anos) residentes próximos a AAL. Atualmente o município de Uruguaiana/RS
5 possui oito AAL. Para a realização deste estudo foram escolhidas quatro AAL distribuídas em
6 diferentes áreas da zona urbana, situadas nos bairros São João (zona central), Bela Vista (zona
7 oeste), Emílio Brandi (zona leste) e São Miguel (zona sul) do município de Uruguaiana/RS.
8 Em cada um destes bairros existe uma AAL localizada em uma praça com outras opções de
9 lazer ou em um Parque (AAL do bairro São João) com um espaço amplo com diversas
10 possibilidades de lazer.

11 Para a composição da amostra foram consideradas as seguintes características: a)
12 população de 26.585 indivíduos adultos (≥ 18 anos) referente ao somatório das populações dos
13 quatro bairros (São João de 10.474 indivíduos, Bela Vista de 5.108, Emilio Brandi II de 1.672
14 indivíduos e São Miguel de 9.271 indivíduos)⁸; b) intervalo de confiança de 95% (IC 95%); c)
15 percentuais; d) prevalência de 50% (por se tratar de um desfecho de prevalência desconhecida
16 na população) e, e) acréscimo de 10% para suprir possíveis perdas e recusas, resultando em
17 um total de 416 indivíduos.

18 O processo de seleção dos participantes foi realizado de maneira probabilística
19 multifásica. Inicialmente foram selecionadas as quatro AAL. Após, foi considerado um raio
20 de 500 metros no entorno de cada AAL, consideramos como ponto zero a entrada principal de
21 acesso ao local. As residências dentro deste perímetro poderiam ser selecionadas. Dentro de
22 um raio de até 100 metros a partir das AAL o processo de seleção das residências aconteceu
23 alternando entre uma residência selecionada, a imediatamente ao lado excluída, e a próxima
24 novamente selecionada. Este procedimento se repetiu para cada aumento de 100 metros no
25 raio (100-200 metros; 200-300 metros; 300-400 metros; e 400-500 metros), considerando

1 sempre as AAL como ponto inicial. Contudo, a alternância entre casa selecionada e não
2 selecionada aumentou proporcionalmente. Ou seja, no raio de 100-200 metros, após a seleção
3 da residência participante, duas residências foram excluídas e a próxima selecionada. No raio
4 entre os 200-300 metros foram três residências excluídas, entre os 300-400 metros quatro
5 residências e entre os 400-500 metros cinco casas. Caso, ao invés de alguma residência
6 selecionada existisse um prédio residencial, a seleção dos apartamentos seguiu o
7 procedimento descrito anteriormente, respeitando a proporção de selecionados e excluídos
8 conforme a distância do raio entre a ALL e a residência/prédio. Caso, ao invés de alguma
9 residência ou prédio residencial selecionado existisse um estabelecimento comercial,
10 automaticamente a residência seguinte foi selecionada. Para as quatro AAL a residência mais
11 próxima do acesso principal às instalações foi à primeira selecionada. Foram convidados a
12 participar do estudo todos os indivíduos com 18 anos ou mais que morassem nas residências
13 selecionadas. Quando no momento da visita não havia morador, ou os pesquisadores não
14 foram atendidos, esta residência foi novamente visitada em duas outras oportunidades em dias
15 e horários diferentes. Quando houve recusa em participar do estudo, a residência ao lado
16 automaticamente passou a ser a selecionada, mantendo-se o procedimento de seleção das
17 próximas residências a partir desta nova situação. Este estudo foi submetido e aprovado pelo
18 Comitê de Ética da Universidade Federal do Pampa (protocolo 1.694.104).

19

20 *Abordagem aos sujeitos*

21 Foram realizadas visitas às residências selecionadas nos dias de semana e finais de
22 semana, entre às 14 horas e 20 horas. Nesta ocasião foram apresentados pelos pesquisadores
23 os objetivos e procedimentos do estudo e os critérios para a participação na pesquisa. As
24 entrevistas foram realizadas com os sujeitos que após a explicação e entrega do Termo de
25 Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordaram em assinar o documento e se

1 enquadraram em todos os critérios de inclusão. Os critérios de inclusão utilizados foram
2 residir próximos (até 500 metros) das quatro AAL; e, estarem dentro da faixa etária de
3 interesse (≥ 18 anos de idade). Não poder realizar Atividade Física por alguma limitação física
4 (indicada pelo próprio indivíduo) e ter alguma limitação cognitiva que não permitisse
5 responder as questões do instrumento (limitação cognitiva caracterizada a partir da indicação
6 de algum parente, responsável ou cuidador) foram utilizados como critérios de exclusão.

7

8 *Variáveis e instrumentos de coleta de dados*

9 A variável dependente do estudo foi mensurada pela questão: “Você utiliza os
10 equipamentos de ginástica da Academia ao Ar Livre próxima à sua casa para praticar
11 Atividade Física?” (sim ou não). Caso a resposta fosse positiva, foi questionada a frequência
12 semanal de utilização (menos de uma vez por semana; uma vez; duas vezes; três vezes; quatro
13 vezes; cinco vezes; seis vezes; ou, sete vezes). Para as análises de associação, o uso das AAL
14 foi analisado a partir de duas formas de categorização. A primeira considerando apenas as
15 respostas dos indivíduos em relação ao uso (sim ou não) independentemente do número de
16 dias por semana que as utilizavam. Na segunda, o uso das AAL foi dicotomizado em não
17 utilizar ou utilizar no máximo uma vez por semana ($\leq 1x/\text{semana}$) e utilizar duas ou mais
18 vezes por semana ($\geq 2x/\text{semana}$).

19 As variáveis independentes do estudo foram organizadas em três blocos compostos por
20 informações demográficas, socioeconômicas e de saúde. Dentre as informações demográficas
21 foram considerados o gênero (masculino ou feminino), a idade (em anos completos) e a
22 distância da residência até o local onde estavam localizadas as AAL. As informações
23 socioeconômicas incluíram a renda familiar autodeclarada (número de salários mínimos) e a
24 escolaridade autodeclarada (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo,
25 ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino

1 superior completo). Entre as informações de saúde foram analisados o nível de Atividade
2 Física (AF), o Índice de Massa Corporal (IMC), nível de estresse e a percepção de saúde. A
3 AF foi estimada utilizando Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) versão
4 longa⁹. Nas análises foi utilizado somente o domínio do lazer e os resultados categorizados
5 em dois grupos. Aqueles que somaram menos do que 150 minutos de AF de intensidade
6 moderada à vigorosa durante a semana (<150 AFMV) e aqueles que somaram 150 ou mais
7 minutos de AF de intensidade moderada à vigorosa durante a semana (≥ 150 AFMV). O IMC
8 foi calculado através da divisão da massa corporal (quilogramas) pela estatura (metros) ao
9 quadrado e foi classificado de acordo com a proposta da Organização Mundial da Saúde
10 (WHO)¹⁰. O nível de estresse e a percepção de saúde foram avaliados pela percepção dos
11 indivíduos por questões considerando uma escala *likert* de quatro e cinco pontos,
12 respectivamente, elaboradas conforme os itens dos questionários construídos e validados para
13 estudos populacionais nos Estados Unidos (BRFSS – Behavioral Risk Factors Surveillance
14 System e Nhanes III – Third National Health and Nutrition Examination Survey) e que já
15 foram utilizados na população brasileira em estudo prévio¹¹. Para o nível de estresse os
16 sujeitos, indicaram a sua auto percepção considerando as opções “raramente estressado; às
17 vezes estressado; quase sempre estressado; excessivamente estressado”. Para a percepção de
18 saúde indicaram a sua auto percepção considerando as opções “excelente; muito boa, boa;
19 regular; ruim”.

20

21 *Tratamento Estatístico dos Dados*

22 A descrição das variáveis foi realizada utilizando as frequências absolutas e relativas e
23 os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para comparar as proporções de
24 indivíduos que indicaram utilizar as AAL ($\leq 1x$ /semana e $\geq 2x$ /semana) entre as categorias das
25 variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde foram utilizados os testes de Qui-

- 1 Quadrado para heterogeneidade e para tendência. Para todas as análises foi considerado um de
- 2 significância de 5%. Todas as análises foram realizadas no software SPSS 20.0 for Windows.
- 3

1 Resultados

2 Foram visitadas 549 residências no entorno das AAL. Destas, em 89 não foram
3 encontrados os moradores nas diferentes tentativas de contato. Dentre as 440 residências em
4 que ao menos um morador recebeu a equipe de pesquisadores, 431 indivíduos concordaram e
5 29 se recusaram a participar do estudo. Entre as AAL, a localizada no bairro Bela Vista teve o
6 maior número de entrevistados (28,1%), com a AAL do Bairro Emilio Brandi apresentando
7 25,1%, a do Bairro São Miguel 23,9% e a AAL do Bairro São João 23,0% (Tabela 1).

8 **Tabela 1. Distribuição da amostra por gênero e localização da Academia ao Ar Livre**
9 **(AAL). Uruguaiana/RS, 2016.**

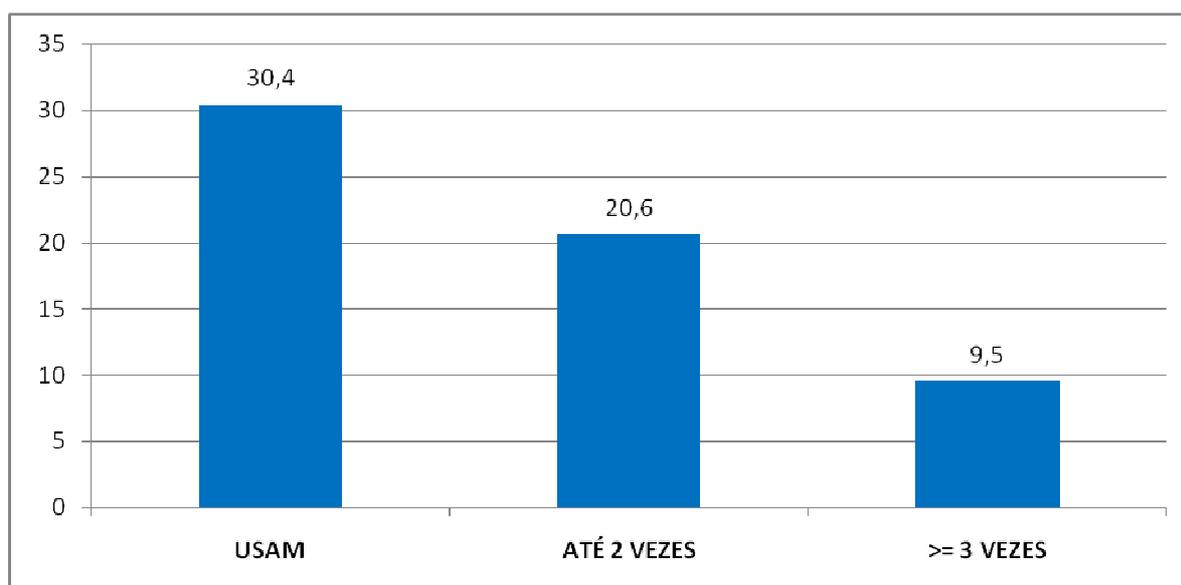
AAL	Homens	Fr (%)	Mulheres	Fr (%)	Geral	Fr (%)
Praça Bairro Bela Vista	41	28,67	80	27,78	121	28,1
Praça Bairro Emilio Brandi	35	24,48	73	25,35	108	25,1
Praça Bairro São Miguel	32	22,37	71	24,65	103	23,9
Praça Bairro São João	35	24,48	64	22,22	99	23,0
Total de Avaliados	143	100	288	100	431	100

10 Fr(%) = Frequência relativa.

11 Cerca de um terço da amostra indicou utilizar os equipamentos de ginástica das AAL
12 para praticar AF e um quinto indicou esta utilização duas ou mais vezes por semana (Figura
13 1). Na tabela 2 são apresentados os resultados referentes às variáveis demográficas,
14 socioeconômicas e de saúde. Dois terços da amostra foram compostos pelo gênero feminino e
15 cerca de um quinto está na faixa etária entre 50 e 59 anos de idade. Em torno de um terço da
16 amostra declarou renda familiar mensal entre dois e três salários mínimos (32,6%) e
17 aproximadamente um terço da amostra concluiu o Ensino Médio. Metade dos entrevistados é
18 suficientemente ativo e, aproximadamente, três em cada dez participantes está com sobrepeso.

1 Cerca de dois quintos da amostra declarou-se raramente estressado e a metade declarou
 2 percepção positiva de saúde (Tabela 2).

3 **Figura 1 – Distribuição da amostra conforme a utilização das Academias ao Ar Livre**
 4 **para a prática de atividade física. Uruguaiana/RS, 2016.**



5

6

7 **Tabela 2 - Descrição da amostra conforme os indicadores demográficos,**
 8 **socioeconômicos e de saúde. Uruguaiana/RS, 2016.**

Variável	N	% (IC95%)
INDICADORES DEMOGRÁFICOS		
<i>Gênero</i>		
Masculino	143	33,2 (28,7-37,6)
Feminino	288	66,8 (62,3-71,2)
<i>Grupos Etários</i>		
18-29	66	15,3 (6,6-23,9)
30-39	56	13,0 (4,1-21,8)
40-49	70	16,3 (7,6-24,9)
50-59	85	19,8 (8,4-24,1)

	60-69	76	17,7 (9,1-26,2)
	70 ≥	77	17,9 (9,3-26,4)
<i>Distância</i>			
	Até 100 metros	85	19,7 (11,2-28,1)
	100-200 metros	84	19,5 (11,0-27,9)
	200-300 metros	88	20,0 (11,9-28,8)
	300-400 metros	86	20,0 (11,5-28,4)
	400-500 metros	88	20,0 (11,9-28,8)

INDICADORES

SOCIOECONÔMICOS

Renda Familiar

	Menos de 1 Sal. Mínimo	3	0,7 (0,9-1,0)
	Entre 1 e 2 Sal. Mínimos	89	20,7 (12,2-29,1)
	Entre 2 e 3 Sal. Mínimos	140	32,6 (24,9-40,0)
	Entre 3 e 4 Sal. Mínimos	88	20,5 (12,0-28,9)
	Entre 4 e 5 Sal. Mínimos	21	4,9 (4,3-14,1)
	5 ou mais Salários	89	20,7 (12,2-29,1)

Escolaridade

	Não estudou	6	1,4 (0,8-10,8)
	Ensino Fundamental Incompleto	106	24,6 (16,4-32,7)
	Ensino Fundamental Completo	49	11,4 (2,5-20,2)
	Ensino Médio Incompleto	33	7,7 (1,4-16,7)
	Ensino Médio Completo	128	29,7 (21,7-37,6)
	Ensino Superior Incompleto	34	7,9 (1,2-16,9)
	Ensino Superior Completo	75	17,4 (8,8-25,9)

INDICADORES DE SAÚDE

Nível de AF no Lazer (IPAQ)

	Insuficientemente Ativo	214	49,8 (45,0-54,5)
	Suficientemente Ativo	216	50,2 (45,4-54,9)

Índice de Massa Corporal (IMC)

Baixo Peso	2	0,5 (0,1-1,0)
Peso normal	153	36,3 (28,6-43,9)
Sobrepeso	161	38,2 (30,9-45,7)
Obesidade	106	25,1 (16,8-33,3)

Nível de Estresse

Raramente estressado	182	42,2 (35,0-49,4)
Às vezes estressado	134	31,1 (23,3-38,9)
Quase sempre estressado	56	13,0 (4,2-21,8)
Excessivamente estressado	59	13,7 (4,9-22,5)

Percepção de Saúde

Excelente	37	8,6 (4,3-17,6)
Muito boa	62	14,4 (5,7-23,1)
Boa	226	52,4 (45,9-58,9)
Regular	105	24,4 (16,2-32,6)
Ruim	1	0,2 (0,1-0,8)

1 n – número amostral; % - proporção da amostra; IC95% - intervalo de confiança de 95%; Atividade Física - AF; Academia ao Ar Livre -
2 AAL

3

4 A Tabela 3 apresenta a distribuição do uso de AAL para a prática de AF (sim ou não; e
5 $\leq 1x$ /semana ou $\geq 2x$ /semana) de acordo com os indicadores demográficos, socioeconômicos e
6 de saúde. Dentre todas as variáveis analisadas, apenas o gênero apresentou associação
7 estatisticamente significativa com o uso de AAL em suas duas formas de categorização (sim
8 ou não; e $\leq 1x$ /semana ou $\geq 2x$ /semana), tendo as mulheres uma maior utilização do que os
9 homens. Contudo, outras variáveis se associaram ao uso de AAL $\geq 2x$ /semana. Enquanto à
10 distância até o local apresentou uma associação linear significativa direta, o nível
11 socioeconômico apresentou uma associação linear significativa inversa com o uso de AAL
12 $\geq 2x$ /semana. Dentre os indicadores de saúde, indivíduos classificados como suficientemente

1 ativos apresentaram uma frequência estatisticamente superior de uso de AAL $\geq 2x$ /semana do
 2 que aqueles classificados como insuficientemente ativos.

3

4 **Tabela 3 - Distribuição do uso de AAL para a prática de atividade física (sim ou não; e**
 5 **$\leq 1x$ /semana ou $\geq 2x$ /semana) de acordo com os indicadores demográficos,**
 6 **socioeconômicos e de saúde. Uruguaiana/RS, 2016.**

Variável	Uso de AAL		
		Sim	≥ 2 x/semana
INDICADORES DEMOGRÁFICOS	n (%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<i>Gênero*</i>	431 (100)	P=0,001	P=0,016
Masculino	143 (33,2)	20,2 (16,4-24,0)	14 (10,7-17,3)
Feminino	288 (66,8)	35,4 (30,9-39,9)	24 (19,9-28,0)
<i>Grupos Etários †</i>	430 (100)	P=0,632	P=0,623
18-29	66 (15,3)	22,7 (12,6-32,8)	21,2 (11,3-31,1)
30-39	56 (13,0)	23,2 (12,1-34,2)	17,9 (7,8-27,9)
40-49	70 (16,3)	42,9 (31,3-54,5)	27,1 (16,7-37,5)
50-59	85 (19,8)	34,1 (24,0-44,2)	20,0 (11,5-28,5)
60-69	76 (17,7)	32,9 (22,3-43,5)	19,7 (10,7-28,6)
≥ 70	77 (17,9)	24,7 (34,3-15,1)	18,2 (26,8-9,6)
<i>Distâncias †</i>	431 (100)	P=0,222	P=0,014
Até 100 metros	85 (19,7)	24,7 (15,5-33,9)	14,1 (6,7-21,5)
100-200 metros	84 (19,5)	31,0 (21,1-40,9)	16,7 (8,7-24,7)
200-300 metros	88 (20,4)	25,0 (16,0-34,0)	17,0 (9,1-24,8)
300-400 metros	86 (20,0)	43,0 (32,5-53,5)	31,4 (21,6-41,2)
400-500 metros	88 (20,4)	28,4 (19,0-37,8)	23,9 (15,0-32,8)

INDICADORES**SOCIOECONÔMICOS**

<i>Renda Familiar</i> †	430 (100)	P=0,131	P=0,020
Até 2 Sal. Mínimos	92 (21,4)	38,0 (28,1-47,9)	28,3 (19,1-37,5)
Entre 2 e 3 Sal. Mínimos	140 (32,5)	30,7 (23,0-38,3)	22,9 (15,9-29,9)
Entre 3 e 4 Sal. Mínimos	88 (20,5)	23,9 (15,0-32,8)	13,6 (6,4-20,8)
Entre 4 e 5 Sal. Mínimos	21 (4,9)	33,3 (13,1-53,4)	23,8 (5,6-42,0)
5 ou mais Salários	89 (20,7)	27,0 (17,8-36,2)	14,6 (7,3-21,9)
 <i>Escolaridade</i> †	431 (100)	P=0,448	P=0,369
Não estudou/EF Incompleto	112 (26,0)	26,8 (18,6-35,0)	21,4 (13,8-29,0)
EF Completo	49 (11,4)	22,4 (10,7-34,1)	16,3 (5,9-26,6)
EM Incompleto	33 (7,7)	36,4 (20,0-52,8)	30,3 (14,6-46,0)
EM Completo	128 (29,7)	39,1 (30,6-47,5)	25,0 (17,5-32,5)
ES Incompleto	34 (7,9)	14,7 (2,8-26,6)	11,8 (9,5-22,6)
ES Completo	75 (17,4)	30,7 (20,3-41,1)	14,7 (6,7-22,7)

INDICADORES DE SAÚDE

Nível de AF no Lazer *	430 (100)	P=0,160	P=0,019
Insuficientemente Ativo	214 (49,8)	27,1 (22,9-31,3)	15,9 (12,4-19,3)
Suficientemente Ativo	216 (50,2)	33,3 (28,8-37,7)	25,0 (20,9-29,1)
 <i>Índice de Massa Corporal (IMC)</i> †	422 (100)	P=0,490	P=0,339
Baixo Peso/Peso normal	155 (36,7)	29,7 (22,5-36,9)	20,0 (26,3-13,7)
Sobrepeso	161 (38,2)	29,8 (22,7-36,9)	18,6 (12,6-24,6)
Obesidade	106 (25,1)	34,0 (25,0-43,0)	25,5 (17,2-33,8)
 <i>Nível de Estresse</i> †	431 (100)	P=0,298	P=0,598
Raramente estressado	182 (42,2)	31,9 (25,1-38,7)	22,0 (16,0-28,0)

Às vezes estressado	134 (31,1)	20,9 (14,0-27,8)	15,7 (9,5-21,8)
Quase sempre estressado	56 (13,0)	42,9 (29,9-55,9)	23,2 (12,1-34,2)
Excessivamente estressado	59 (13,7)	35,6 (30,3-55,5)	25,4 (14,3-36,5)
<i>Percepção de Saúde</i> †	431 (100)	P=0,453	P=0,503
Excelente	37 (8,6)	32,4 (17,3-47,5)	29,7 (15,0-44,4)
Muito boa	62 (14,4)	24,2 (13,5-34,9)	16,1 (6,9-25,2)
Boa	226 (52,4)	30,1 (24,1-36,1)	20,8 (15,5-26,1)
Regular/Ruim	106 (24,6)	34,0 (25,0-43,0)	19,8 (12,2-27,4)

1 n – número amostral; % - proporção da amostra; IC95% - intervalo de confiança de 95%; P – nível de significância; † Teste Qui-Quadrado
2 para tendência; * Teste Qui-Quadrado para heterogeneidade

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

1 **Discussão**

2 O principal achado deste estudo foi que cerca de um terço da amostra pesquisada
3 indicou utilizar os equipamentos de ginástica das AAL para a prática de AF. O objetivo do
4 presente estudo foi investigar a prevalência de uso das Academias ao Ar Livre (AAL) e os
5 fatores sociodemográficos e de saúde associados em adultos moradores próximos aos locais
6 na cidade de Uruguaiana- RS. Embora a literatura disponibilize estudos sobre as AAL, não
7 encontramos estudos sobre prevalência de uso, sendo, de nosso conhecimento, este o primeiro
8 estudo brasileiro a realizar esta análise.

9 Cerca de um terço do total da amostra indicou utilizar as AAL para praticar AF, um
10 quinto indicou esta utilização duas ou mais vezes por semana e menos do que 10% da amostra
11 declarou utilizar as AAL para praticar atividade física três ou mais vezes por semana. Um
12 estudo realizado em Curitiba traçou o perfil e o padrão de uso das AAL de frequentadores,
13 mostrou que cerca de dois terços deles utilizavam os locais três ou mais vezes por semana⁵. A
14 diferença entre os dois estudos pode estar associada ao procedimento de seleção da amostra.
15 Em nosso estudo foi realizado um levantamento populacional sobre o uso das AAL, enquanto
16 que no estudo previamente citado os sujeitos foram abordados nas próprias AAL. Mesmo com
17 diferenças no número de dias de uso, a identificação desta variável é importante para a
18 implantação de políticas públicas para a promoção de AF por meio da disponibilidade de
19 espaços públicos que ofereçam a AAL como alternativa para a prática de AF da população.

20 Nosso estudo observou diferença estatisticamente significativa entre os gêneros, onde as
21 mulheres tiveram uma maior utilização das AAL do que os homens. Considerando que a
22 prevalência de atendimento às recomendações para a prática de AF no lazer é maior entre os
23 homens¹², as AAL podem ser consideradas como facilitadores para a adesão à prática habitual
24 de AF para as mulheres.

1 Embora não tenha sido encontrada associação estatisticamente significativa entre o
2 grupo etário e o uso das AAL, indivíduos entre 50 e 59 tiveram a maior frequência de uso das
3 AAL. Este resultado é semelhante ao encontrado por outro estudo onde indivíduos na faixa
4 etária entre 30 e 59 anos são os que mais frequentam as AAL¹³.

5 Diferentemente dos resultados de outros estudos que indicam maior prevalência de uso
6 das AAL por pessoas residentes próximos aos locais^{5,14}, o resultado do presente estudo
7 apresentou uma associação significativa direta entre a distância das residências até o local
8 onde se encontram as AAL. Este resultado pode ser interpretado no sentido de que a distância
9 (até 500 metros) não se configura como uma barreira para a utilização das AAL na população
10 estudada, reforçando a importância destas estruturas como alternativas para a prática de AF de
11 adultos.

12 Com relação ao uso das AAL e sua associação com indicadores socioeconômicos, um
13 estudo que teve o objetivo de identificar o perfil dos frequentadores e o padrão de uso das
14 AAL, encontrou a maior frequência de utilização das AAL em bairros de baixa renda⁵. Esses
15 resultados apontam o potencial que estas estruturas apresentam para proporcionar e facilitar o
16 acesso à prática de AF para indivíduos que residem em regiões de menor renda. Neste estudo,
17 a frequência de uso das AAL aumentou à medida que a renda familiar dos moradores
18 diminuía, indo ao encontro dos resultados do estudo acima mencionado.

19 Contrário aos resultados de um estudo que destaca o grau de escolaridade superior entre
20 os usuários das AAL¹⁵, este estudo mostrou que a maioria dos moradores no entorno das AAL
21 apresenta nível médio de escolaridade e esta variável não se associou com o uso destas
22 estruturas para a prática de AF. Quanto à variável IMC, o presente estudo também não
23 apresentou diferença significativa entre os que utilizam as AAL, se assimilando com outro
24 estudo que apresenta ausência de associação ou associação inconclusiva entre o estado
25 nutricional e o uso dos locais¹⁴. Tais resultados reforçam a importância de ambientes públicos

1 para a prática de AF, indicando que independentemente da escolaridade e do estado
2 nutricional, estes espaços se configuram como alternativas para a promoção da AF.

3 As AAL oferecem uma oportunidade para os moradores próximos aos locais serem
4 fisicamente ativos no seu tempo de lazer, constituindo-se em um espaço gratuito para realizar
5 a prática de AF e com inúmeras possibilidades para intervenções e programas comunitários
6 para promoção da AF. Em nosso estudo, a metade dos participantes foi classificada como
7 suficientemente ativos e um quarto destes declarou utilizar as AAL duas ou mais vezes por
8 semana. Dois terços dos freqüentadores das AAL atingem as recomendações para AF¹⁵. Tais
9 resultados reforçam mais uma vez a importância destas estruturas para a promoção da AF.

10 A redução dos níveis de estresse em diferentes faixas etárias está associada à prática
11 de AF¹⁶. Embora o estudo não tenha apresentado significância estatística, dois quintos dos
12 moradores que usam as AAL declararam ser raramente estressados e metade da amostra
13 declarou percepção positiva de saúde. Assim, é importante ressaltar que a prática de AF está
14 associada com o nível de estresse e a percepção de saúde das pessoas e que estruturas como as
15 AAL podem contribuir para o aumento da AF destes indivíduos.

16 Algumas limitações devem ser consideradas para a adequada compreensão e
17 generalização dos resultados deste estudo. Dentre elas estão os dias e horários das visitas às
18 residências; a grande quantidade de prédios residenciais no entorno de duas das AAL; e a
19 época em que foi realizado o estudo. As visitas às residências não contemplaram o período
20 matutino, apenas o vespertino, no entanto, houve preocupação em realizá-las nos dias de
21 semana e finais de semana, com condições climáticas semelhantes (dias ensolarados). Duas
22 das quatro AAL contempladas no estudo estão localizadas próximas à área central da cidade.
23 Outro fator que pode ter interferido na quantidade de entrevistados foi a época do ano que o

1 estudo foi realizado, por coincidir com o período eleitoral do município, dificultando a
2 recepção dos pesquisadores nas residências.

3 Em conclusão, o estudo teve como principal achado que as AAL são importantes
4 alternativas para promover o aumento da prática regular de AF de moradores de seu entorno,
5 indicando que cerca de um terço da amostra utiliza as AAL para praticar AF. Mulheres,
6 indivíduos entre 50 e 59 anos e aqueles com menor renda familiar são os que mais utilizam as
7 AAL. Políticas públicas para a implantação de novas AAL e manutenção das já existentes são
8 fundamentais para aumentar as possibilidades da população para a prática de AF.

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1 Referências

- 2 1. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical
3 inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of
4 disease and life expectancy. *The lancet*. 2012;380:219-229.
- 5 2. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the
6 evidence. *Canadian medical association journal*. 2006;174:801-809.
- 7 3. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical
8 activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The lancet*. 2012;380:247-
9 257.
- 10 4. Sallis JF, Cerin E, Conway TL, Adams MA, Frank LD, Pratt M, et al. Physical activity in
11 relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *The*
12 *Lancet*. 2016;387:2207-2217.
- 13 5. Souza C, Fermino R, Añez C, Reis RS. Perfil dos frequentadores e padrão de uso das
14 academias ao ar livre em bairros de baixa e alta renda de Curitiba-PR. *Revista Brasileira*
15 *de Atividade Física & Saúde*. 2014;19:86.
- 16 6. Esteves JVDC, Andreato LV, Pastório JJ, Versuti JKB, Almeida HDC, Moraes SMF. O
17 uso de academias da terceira idade por idosos modifica parâmetros morfofuncionais?-doi:
18 10.4025/actascihealthsci. v34i1. 8354. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2011;34:31-
19 38.
- 20 7. de Lima FLR. Percepção do esforço em idosos nas academias ao ar livre. *RBPFEEX-*
21 *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*. 2013;7:37.
- 22 8. IBGE Censo. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em:
23 [url:http://www.brasilsabido.com.br/populacao/uruguaiana-rs-473.html](http://www.brasilsabido.com.br/populacao/uruguaiana-rs-473.html)

- 1 9. Matsudo S, Araújo T, Marsudo V, Andrade D, Andrade E, Braggion G. Questinário
2 Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no
3 Brasil. Rev. bras. ativ. fís. Saúde. 2001;6:05-18.
- 4 10. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic.
5 Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health
6 Organization; 2000.
- 7 11. de Barros MVG, Nahas MV. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde
8 e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. Revista de Saúde Pública.
9 2001;35:554-564.
- 10 12. VIGITEL Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas
11 por inquérito telefônico. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em:
12 url:[http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-
14 ok.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-
13 ok.pdf)
- 15 13. Lemos E, Bastos L, Silva G, Luna C, Gouveia G. Fatores associados à adesão ao
16 Programa Academia da Cidade do Recife. Revista Brasileira de Atividade Física &
17 Saúde. 2016;21:470-482.
- 18 14. Fermino R, Reis R. 2014. Variáveis individuais, ambientais e sociais associadas com o
19 uso de espaços públicos abertos para a prática de atividade física: uma revisão
20 sistemática. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2014;18:523.
- 21 15. Costa B, Freitas C, Silva K. Atividade física e uso de equipamentos entre usuários de
22 duas Academias ao Ar Livre. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.
23 2016;21:29-38.
- 24 16. Silva ML, Leonídio ADCR, de Freitas CMSM. Prática de atividade física e o
estresse:uma revisão bibliométrica. Journal of Physical Education. 2015;26:329-337.

1
2
3
4
5
6
7

8 **Instruções aos autores**

9 **1 Escopo E política Editorial**

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

23 É um periódico multidisciplinar que aceita contribuições de pesquisadores cujos esforços de
24 investigação contribuam para o desenvolvimento da “área de atividade física e saúde”. Ao
25 submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de que o trabalho não foi
26 previamente publicado e nem está sendo analisado por outra revista, enquanto estiver em
27 avaliação pelo conselho editoria da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Como
28 forma de atestar formalmente que assumem esta responsabilidade, os autores deverão assinar
29 declaração de acordo com o modelo fornecido pela revista. Os manuscritos devem ser

30 inéditos e todos os autores devem ter contribuído substancialmente para o seu
31 desenvolvimento de modo que estes possam assumir responsabilidade pela autoria dos
32 mesmos (ver critérios de autoria no item 3.7). Admite-se a submissão de manuscrito contendo
33 resultados de estudos que tenham sido preliminarmente publicados na forma de resumos.

34 **2 Avaliação dos manuscritos**

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

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

53 Na fase seguinte, um dos editores-chefes é designado para efetuar uma análise do manuscrito
54 considerando: a compatibilidade em relação à política editorial da revista; e, a contribuição

55 potencial do artigo para o avanço do conhecimento em atividade física. Se aprovado nesta
56 fase, o manuscrito segue então para a próxima etapa do processo de avaliação, caso contrário,
57 a recusa é imediatamente comunicada aos autores.

58 A terceira etapa na avaliação dos manuscritos tem início quando um dos editores associados é
59 designado pelo editor-chefe para acompanhar o processo de avaliação do manuscrito. Nesta
60 etapa, inicialmente, o editor associado julga o potencial do artigo, considerando o rigor
61 científico, a originalidade e a qualidade linguística. Se aprovado nesta etapa, o manuscrito é
62 encaminhado para análise por, no mínimo, dois revisores ad hoc, caso contrário, a recusa é
63 imediatamente comunicada aos autores. Se o manuscrito alcançar a fase de análise pelos
64 revisores ad hoc, o editor associado aguarda os pareceres para subsidiar a sua decisão quanto
65 ao aceite ou recusa do manuscrito.

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

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

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

74 **3 Preparação e envio dos manuscritos**

75 **3.1 Submissões**

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

78 **Artigos originais**

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

84 **Artigos de revisão**

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

88 **Cartas ao editor**

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

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

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

98 Seção especial “Pesquisa e pós-graduação em atividade física e saúde” É uma seção destinada
99 à veiculação de artigos apresentando experiências de pesquisa e de formação de
100 pesquisadores. Interessam para esta seção as contribuições que descrevam modos de
101 organização de grupos de pesquisa ou de trabalho em rede com vistas ao desenvolvimento de

102 projetos de pesquisa e ações de formação ou capacitação de recursos humanos para
103 investigação em atividade física e saúde.

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

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

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

112 **3.2 Conflito de interesses**

113 A transparência do processo de revisão por pares e a credibilidade dos artigos publicados
114 dependem, ao menos em parte, de como o conflito de interesses é tratado durante a redação,
115 revisão por pares e tomada de decisão pelos editores. Este tipo de conflito pode emergir
116 quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem
117 influenciar na elaboração ou avaliação dos manuscritos. Assim, tanto os autores quanto os
118 revisores devem comunicar à revista sobre a existência de conflito de interesses de qualquer
119 natureza. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica
120 ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por
121 reconhecer e revelar a existência de conflito financeiro ou de qualquer outra natureza que
122 possa ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio
123 financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa.
124 Por sua vez, também os revisores ad hoc devem declinar da revisão de um manuscrito quando
125 houver qualquer conflito de interesses que possa influir em sua opinião. No momento da

126 submissão de um manuscrito os autores devem encaminhar também a declaração de conflito
127 de interesses elaborada conforme modelo adotado pela revista.

128 3.3 Aspectos éticos

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

143 3.4 Idioma

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

151 **3.5 Direitos autorais**

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

159 **3.6 Agradecimentos/Financiamentos**

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

166 **3.7 Colaboradores**

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

174 4 Preparação dos manuscritos

175 Todos os artigos devem vir acompanhados por uma carta de submissão dirigida ao editor-
 176 chefe, indicando a seção em que o artigo deva ser incluído (vide categorias anteriormente
 177 listadas no item 3.1) e apontando a potencial contribuição do estudo para desenvolvimento da
 178 área de atividade física e saúde. Os autores devem encaminhar também todas as declarações
 179 exigidas por ocasião da submissão do manuscrito, a saber: declaração de responsabilidade,
 180 declaração de conflito de interesses e declaração de transferência dos direitos autorais,
 181 anexando-as em “documentos suplementares”. Anexar ainda documentação comprobatória de
 182 atendimento aos requisitos éticos de pesquisa, conforme descrito no item 3.3. Após
 183 submissão, os autores assumem inteira responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito, assim
 184 como pela obtenção de autorização para uso de ilustrações e dados de terceiros.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

234 4.1 Referências

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

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

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

258 EndNote). Não submeter o manuscrito com hiperlinks entre as referências citadas e a lista
259 apresentada ao final do texto. São exemplos de referências de trabalhos científicos:

260 • **Artigos em periódicos**

261 ✧ **Artigos em periódicos com até 6 autores**

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

264 ✧ **Artigos em periódicos com mais de 6 autores**

265 Mattos LA, Sousa AGMR, Feres F, Pinto I, Tanajura L, Sousa JE, et al. Influência da
266 pressão de liberação dos stents coronários implantados em pacientes com infarto agudo
267 do miocárdio: análise pela angiografia coronária quantitativa. *Arq Bras Cardiol.* 2003;
268 80(3): 250-9.

269 ✧ **Artigos publicados em suplementos de periódicos**

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

273 • **Livros e capítulos de livros**

274 ✧ **Livro - Autoria individual**

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

277 ✧ **Livro - Autoria institucional**

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

281 **⌘ Capítulo de livro – autoria individual**

282 Zanella MT. Obesidade e fatores de risco cardiovascular. In: Mion Jr D, Nobre F (eds).
283 Risco cardiovascular global: da teoria à prática. 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial;
284 2000. p. 109-25.

285 **• Tese ou Dissertação**

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

288 **• Obras em formato eletrônico**

289 Sabroza PC. Globalização e saúde: impacto nos perfis epidemiológicos das populações. In:
290 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais
291 eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. [citado 1999 jan 17]. Disponível em:
292 url:<http://www.abrasco.com.br/epirio98>

293 **• Ilustrações (Tabelas, Figuras, Quadros e Fotos)**

294 Limita-se o quantitativo de ilustrações a um máximo de 5 (cinco). Todas as ilustrações
295 devem ser inseridas, sempre que possível, no mesmo arquivo do texto, após as referências
296 bibliográficas, e devem ser acompanhadas de um título autoexplicativo. As unidades de
297 medida, abreviações, símbolos e estatísticas devem estar apresentadas de modo claro e
298 objetivo. As ilustrações devem ser monocromáticas (em escala de cinza). Fotografias
299 podem ser usadas, mas devem ser em preto e branco e com boa qualidade gráfica. As
300 ilustrações devem ser usadas somente quando necessário para a efetiva compreensão do
301 trabalho, sem repetir informações já apresentadas no corpo do texto. Todas as ilustrações
302 devem ser numeradas por ordem de aparecimento, conforme o tipo (Tabela ou Figura),
303 devendo-se indicar no texto o local aproximado no qual devem ser inseridas. Fotos,

304 ilustrações, quadros e assemelhados devem ser identificados como figuras. Utilize na
305 preparação das ilustrações a mesma fonte que foi utilizada no texto.

306 **4.2 Submissão dos manuscritos**

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