

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**WALLACY MILTON DO NASCIMENTO FEITOSA**

**PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA: ESTUDO DE CASO  
ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE (PAC)  
EM RECIFE ENTRE 2002 E 2014**

**RECIFE  
2015**

**WALLACY MILTON DO NASCIMENTO FEITOSA**

**PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA: ESTUDO DE CASO  
ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE (PAC)  
EM RECIFE ENTRE 2002 E 2014**

Tese apresentada ao Curso de  
Doutorado em Saúde Pública do  
Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,  
para obtenção do grau de Doutor em  
Ciências.

**Orientadores:** Prof. Dr. José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior  
Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

**RECIFE**

**2015**

---

F311p Feitosa, Wallacy Milton do Nascimento.  
Programas de promoção da atividade física:  
estudo de caso acerca da implementação do  
Programa Academia da Cidade (PAC) em  
Recife entre 2002 e 2014 / Wallacy Milton do  
Nascimento Feitosa. - Recife: [s.n.], 2015.  
133 p. : ilus., graf., tab.; 30 cm.

Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro  
de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação  
Oswaldo Cruz, 24 abr. 2015.

Orientadores: José Luiz do Amaral Corrêa  
de Araújo Júnior, Petrônio José de Lima  
Martelli.

1. Planos e Programas de Saúde. 2.  
Atividade Física. 3. Promoção da Saúde. 4.  
Políticas Públicas de Saúde. 5. Brasil. I.  
Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Corrêa de.  
II. Martelli, Petrônio José de Lima. III. Título.

---

CDU 614

WALLACY MILTON DO NASCIMENTO FEITOSA

PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA: ESTUDO DE CASO  
ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE (PAC)  
EM RECIFE ENTRE 2002 E 2014

Tese apresentada ao Curso de Doutorado  
em Saúde Pública do Centro de  
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação  
Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de  
Doutor em Ciências.

Data de Aprovação: 24/04/2015

Banca Examinadora

---

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Rafael Miranda Tassitano  
Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE

---

Profa. Dra. Petra Oliveira Duarte  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

---

Prof. Dra. Tereza Maciel Lyra  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Aos meus pais (*in memoriam*), Murilo Feitosa e Marluce Feitosa, por terem me mostrado a importância de ter uma formação profissional que objetive servir ao próximo e ao meu filho Túlio Feitosa, meu melhor amigo.

## AGRADECIMENTOS

A conclusão desta importante etapa teve a participação de muitas pessoas de grande importância em minha vida.

Primeiramente, agradeço a Deus pela dádiva da vida e sua proteção.

Aos meus amigos e orientadores Dr. José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior e Dr. Petrônio José de Lima Martelli pelas contribuições, paciência e grande parceria, ficarei agradecido eternamente.

Aos membros da banca examinadora Dr. Rafael Miranda Tassitano, Dra. Petra Oliveira Duarte, Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto, Dra. Tereza Maciel Lyra e o Dr. Mauro Virgílio Gomes de Barros pelas observações e contribuições durante o processo de avaliação dessa tese, muito obrigado.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, todos os professores e servidores do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco, pela acolhida e por mim oportunizar grande aprendizado, minha gratidão.

A Faculdade Asces e o Colégio Militar do Recife por facilitarem e favorecerem nossa formação continuada, compreendendo os momentos de ausências, meu eterno agradecimento. A todos os meus amigos e colegas destas instituições pelo companheirismo e efetiva participação direta e indireta na produção deste trabalho, serei sempre grato.

A Secretaria Municipal de Saúde do Recife e, em especial, ao Programa Academia da Cidade do Recife, representado pelos seus coordenadores, minha eterna gratidão. Sem vocês esta tese não teria se materializado.

A, se não a melhor, turma mais competente que tive a oportunidade de fazer parte. Meus amigos-irmãos do doutorado, turma 2011-2015, agradeço por tê-los em minha vida.

As demais pessoas e instituições que direta ou indiretamente participaram desta produção, serei eternamente grato.

FEITOSA, Wallacy Milton do Nascimento. **Programas de Promoção da Atividade Física:** estudo de caso acerca da implementação do Programa Academia da Cidade (PAC) em Recife entre 2002 e 2014. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

## RESUMO

Criado em 2002, o Programa Academia da Cidade do Recife é uma das iniciativas de programas comunitários de promoção de atividades físicas e outras atividades de promoção da saúde, realizadas em municípios do Brasil por instituições públicas, de grande sucesso. Tem servido de referência para o surgimento de outros programas de promoção da atividade física em comunidades como também em definições de políticas governamentais para promoção da saúde e qualidade de vida. O objetivo desta tese foi analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto à intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2014, ou seja, em seus 12 anos de fundação. Para tanto, realizou-se um estudo de caso, com abordagem qualitativa, através de uma triangulação de métodos (documentos e entrevista). Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de acordo com o método da Condensação de Significados de Kvale. Observou-se que o processo de implantação do programa apresentou diversas dificuldades, desde a mínima estrutura necessária para seu funcionamento a contratação de profissionais de Educação Física para atuarem na oferta dos serviços. Percebeu-se também uma forte influência do programa na criação de programas similares tanto no Estado de Pernambuco, quanto em outros estados e no programa do Governo Federal. Existe um processo de transferência de política, como também o de “contratransferência”, ou seja, o PAC Recife influencia diversas iniciativas, como também recebe influência do Programa Academia das Cidades e Academia da Saúde, programas que tiveram o PAC Recife como fonte de inspiração para sua criação. Quanto à percepção dos usuários em relação à oferta dos serviços do PAC Recife apresenta um bom nível de satisfação com o programa e uma expressiva melhora na qualidade de vida. Evidencia-se a necessidade de outras investigações que analisem como ocorre este processo de “contratransferência” em outros programas que objetivem atender a comunidade na realidade brasileira. Além de investigações que retratem melhor as iniciativas voltadas à melhoria da saúde de nossa população.

**Descritores:** Planos e Programas de Saúde. Atividade Física. Promoção da Saúde. Políticas públicas de saúde. Brasil.

FEITOSA, Wallacy Milton do Nascimento. **Promoting Physical Activity Programs:** case study about the implementation of the Academia da Cidade Program (PAC) in Recife between 2002 and 2014. 2015. Thesys (PhD in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

## ABSTRACT

Created in 2002, the Academia da Cidade do Recife program is one of the Community programs of action for the promotion of physical activity and health, held in municipalities in Brazil by public institutions. It is highly successful and has served as a reference for developing other programs to promote physical activity in communities, as well as amending government policy settings for promoting health and quality of life. The aim of this thesis is to analyze the design and implementation of the Academia da Cidade do Recife Program in its effective intervention to promote physical activity for health and community well-being from 2002 to 2014, that is, in their 12 years of foundation. Therefore, we carried out a case study with a qualitative approach, through a triangulation of methods (documents and interviews). For data analysis, we used the content analysis according to the Meaning Condensation method of Kvale. It was observed that the program implementation process presented several difficulties, from the minimum structure necessary for its functioning to hiring physical education professionals to work in the provision of services. A strong influence of the program in establishing similar actions both in the State of Pernambuco and in other states and the Federal Government's program was also noticed. There is a policy transfer process, as well as a "countertransference" one; the PAC Recife influences and is influenced by several initiatives of the Academia das Cidades and Academia da Saúde programs, which had the PAC Recife as a source of inspiration for its creation. As for the perception of users regarding the provision of services, PAC Recife has a good level of satisfaction with the program and a significant improvement in the communities' quality of life. It is important to highlight the need for further research to examine how to get this "countertransference" process in other programs that aim to serve the community in the Brazilian reality, in addition to investigations which better describe the initiatives aimed at improving the health of our population.

**Keywords:** Health Plans and Programs. Physical Activity. Health Promotion. Health Public Policies. Brazil.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de Ciclo das Políticas	26
Figura 2 - Contextos a partir da Abordagem do Ciclo de Políticas	27
Quadro 1 - Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial	54
Figura 3 - Distribuição de bairros da Cidade do Recife segundo Estratos de Carência Social	63
Figura 4 - Desenho esquemático do Modelo de Atenção a Saúde da Cidade do Recife	71
Quadro 2 - Tipos de Transferência de Políticas	85

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Abordagem do Ciclo de Políticas
AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CELAFISCS	Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física da São Caetano do Sul
CGDant	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CM	Coeficiente de Mortalidade
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNTs	Doenças Crônico Degenerativas
DEF	Departamento de Educação Física
DS	Distrito Sanitário
ESEF	Escola Superior de Educação Física
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GPS	Grupo de Promoção da Saúde
IMIP	Instituto de Medicina Integral de Pernambuco
MR	Microrregiões
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OP	Orçamento Participativo
PAC Aracaju	Programa Academia da Cidade de Aracaju
PAC BH	Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte
PAC Recife	Programa Academia da Cidade do Recife
PACID	Programa Academia das Cidades
PAS	Programa Academia da Saúde
PMA	Prefeitura Municipal de Aracaju

PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RPA	Regiões Político Administrativas
SBME	Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOE	Serviço de Orientação ao Exercício
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UPE	Universidade de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>CAPITULO 1 – INTRODUÇÃO</b>	16
1.1 OBJETIVOS	18
<b>REFERÊNCIAS</b>	19
<b>CAPITULO 2 – MARCO TEÓRICO CONCEITUAL</b>	21
2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS AÇÕES VOLTADAS A PROMOÇÃO DA SAÚDE	21
2.2 ANÁLISE DE POLÍTICAS E SUAS ABORDAGENS	25
2.3 EXPERIÊNCIAS NACIONAIS DE PROGRAMAS COMUNITÁRIOS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA	31
2.3.1 A Experiência de Vitória – ES	33
2.3.2 A Experiência de São Paulo – SP	34
2.3.3 A Experiência de Curitiba – PR	35
2.4 Outros resultados importantes de pesquisas sobre o Programa Academia da Cidade do Recife	37
<b>REFERÊNCIAS</b>	40
<b>CAPITULO 3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO</b>	48
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	49
3.2 LOCAL DO ESTUDO	50
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	50
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	52
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	53
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	55
<b>REFERÊNCIAS</b>	57
<b>CAPITULO 4 – IMPLANTAÇÃO E EVOLUÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE: CONTEXTO, CONTEÚDO, ATORES SOCIAIS E PROCESSO</b>	60
4.1 O CENÁRIO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE – O CONTEXTO IDEAL PARA A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE	60
4.2 ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DO PROGRAMA ACADEMIA	64

	DA CIDADE DO RECIFE – CONTEXTO E CONTEÚDO	
4.3	AMPLIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA E CRESCIMENTO NO APORTE FINANCEIRO PARA FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE – PROCESSO	69
4.4	CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA: DA PRECARIZAÇÃO AO CONCURSO PÚBLICO – PROCESSO E ATORES SOCIAIS	73
	<b>REFERÊNCIAS</b>	77
	<b>CAPITULO 5 – INFLUÊNCIA DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE EM OUTRAS INICIATIVAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA: PASSAGEM E TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS</b>	82
5.1	INTRODUÇÃO	82
5.1.1	Análise de Políticas de Saúde	82
5.1.2	Passagem e Transferência de Políticas	83
5.2	PASSAGEM, TRANSFERÊNCIA E “CONTRATRANSFERÊNCIA” DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: O MODELO DO PAC RECIFE	85
5.3	OS PROGRAMAS ACADEMIAS DA CIDADE DE ARACAJU E DE BELO HORIZONTE	88
5.3.1	Programa Academia da Cidade de Aracaju – PAC Aracaju	88
5.3.2	Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte – PAC BH	90
5.4	O PROGRAMA ACADEMIA DAS CIDADES DE PERNAMBUCO	92
5.5	O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE	94
	<b>REFERÊNCIAS</b>	96
	<b>CAPITULO 6 – A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE</b>	100
6.1	A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E A OFERTA DOS SERVIÇOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE	101
6.2	O PROGRAMA ACADEMIA CIDADE DO RECIFE E A QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS	106

<b>REFERÊNCIAS</b>	110
<b>CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	114
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA: “Coordenação/gestor público no período de criação do Programa”	118
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA: “Profissional no período de criação do Programa e que atua até o momento”	121
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA: “Usuários”	124
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA: (Gestores dos Programas Similares do Academia da Cidade)	126
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	128
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	131



# Capítulo 1

## INTRODUÇÃO

## CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

Envolto ao movimento adotado pela Prefeitura da Cidade do Recife na construção de um município saudável, integrado, solidário, democrático, com espaços comuns de inclusão social, uma cidade que valoriza, antes de tudo, a vida de seus habitantes, a Secretaria de Saúde do Recife, através da Diretoria de Atenção à Saúde, institui o PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE (PAC Recife) (RECIFE, 2010a).

Criado em 2002, o PAC Recife é uma das iniciativas de programas comunitários de promoção de atividades físicas e orientação nutricional, realizadas em municípios do Brasil por instituições públicas, de grande sucesso (BRASIL, 2011a; HALLAL *et al.*, 2009, 2010). Foi instituído e implementado pelo Decreto Municipal nº 19.808, de 03 de abril de 2003 (RECIFE, 2003), tornando-se política de Promoção da Saúde da Atenção Básica da Secretaria de Saúde, pela portaria nº 122/2006, de 28 de setembro de 2006 (RECIFE, 2006). Este programa tem o objetivo de potencializar os espaços públicos de lazer requalificados e equipamentos de saúde para promover a prática de atividades físicas e incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2011a).

O Programa congrega aproximadamente 160 profissionais das áreas de Educação Física e, fazendo parte da rede, conta com os demais profissionais de saúde para a execução de suas ações. Oferece um atendimento mensal a mais de 32.000 usuários com serviços de avaliação física e nutricional. Além disso, desenvolve trabalhos nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), junto aos seus usuários, com a orientação de atividades físicas, jogos e passeios temáticos, além de estarem diretamente ligadas as Unidades de Saúde. A escolha das atividades depende da vocação da comunidade e das condições do espaço envolvido (RECIFE, 2010b).

Hoje o Recife conta com 41 Academias da Cidade que procuram ainda aumentar a autoestima e melhorar a qualidade de vida da população envolvida, a partir da redução dos riscos de doenças provocadas pelo estresse e inatividade física (RECIFE, 2014).

Este programa influenciou a criação de outras iniciativas no estado de Pernambuco, como também em outros municípios de estados e regiões do país.



Como exemplos os programas Academia das Cidades do Estado de Pernambuco e o Academia da Saúde do Governo Federal (BRASIL, 2011b; RECIFE, 2003).

Considerando a dimensão desse programa e a importância de uma política potencialmente exitosa no município do Recife, observar e analisar os passos dados desta intervenção poderá representar uma alternativa para a criação, avaliação e aperfeiçoamento de políticas de saúde voltadas a promoção da saúde através da atividade física.

Sendo assim, apesar do grande esforço empreendido pelas organizações Nacionais (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), e o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias amplas e que estejam associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), realizar ações voltadas à análise e problematização das iniciativas nos municípios relativas a programas comunitários de promoção de atividades físicas são necessárias. Para tanto, neste estudo, se propôs realizar uma análise do programa na Cidade do Recife, quanto à formulação e implementação do programa e as influências políticas, contextuais e processuais; a evolução do programa no período de doze anos; a influência causada pelo programa nas iniciativas públicas locais, regionais e nacionais de promoção da atividade física; e, a percepção dos usuários quanto a oferta dos serviços do programa e melhoria da qualidade de vida.

Para tanto, este estudo foi conduzido na perspectiva de buscar respostas ao seguinte questionamento: *Como ocorreu o processo de formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife nos últimos doze anos, ou seja, desde sua fundação?*

Entretanto, é importante destacar que, apesar dos esforços realizados pelo governo federal e algumas universidades brasileiras, não há ainda uma cultura de análise de programas de atividades físicas em nosso país, reforçando a necessidade de aumentar este debate, além, é claro, de auxiliar em um melhor direcionamento os recursos públicos em ações voltadas à promoção da saúde da população brasileira.

## 1.1 OBJETIVOS

### **Objetivo Geral**

Analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto à intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2014, ou seja, em seus 12 anos de fundação.

### **Objetivos Específicos**

- a) Analisar a implementação do Programa Academia da Cidade (PAC) do Recife considerando a situação política do período, o contexto, conteúdo, atores sociais e processo;
- b) Descrever a evolução do Programa Academia da Cidade do Recife durante o período de 2002 a 2014;
- c) Identificar a influência do Programa Academia da Cidade do Recife nas iniciativas locais, regionais e nacionais de promoção de atividades físicas para comunidades.
- d) Identificar a percepção dos usuários quanto a oferta dos serviços do programa e sua influência na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719 GM/MS, de 7 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719\\_07\\_04\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

HALLAL, P. C. *et al.* Avaliação Quali-Quantitativa do Programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 14, n. 1, p. 9-14, 2009.

HALLAL, P. C. *et al.* Evaluation of the Academia da Cidade Program to Promote Physical Activity in Recife, Pernambuco State, Brazil: perceptions of users and nonusers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Academia da Cidade do Recife**. Recife, 2010a.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Projetos e Ação: Academia da Cidade**. Recife, 2010b. Disponível em: <[http://www.recife.pe.gov.br/academia\\_da\\_cidade\\_144861.php](http://www.recife.pe.gov.br/academia_da_cidade_144861.php)> Acesso em: 28 ago. 2014.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 19.808, de 3 de abril de 2003**. Institui e Regulamenta o Programa Academia da Cidade. Recife, 2003. Disponível em: <<http://www.legiscidade.recife.pe.gov.br/decreto/19808/>>. Acesso em: 29 mar. 2013.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 22.345, de 18 de outubro de 2006**. Reestrutura o Regulamento do Programa Academia da Cidade. Recife, 2006. Disponível em: <<http://www.legiscidade.recife.pe.gov.br/decreto/22345/>>. Acesso em: 31 mar. 2013.

## Capítulo 2

# MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

## CAPÍTULO 2 – MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

### 2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUAS AÇÕES VOLTADAS A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A temática da promoção da saúde já era discutida desde a década 1980. Durante a 57ª Assembleia Mundial, realizada no ano 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, tendo como principais objetivos reduzir fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), promover o conhecimento acerca dos benefícios da alimentação saudável e da AF, fomentar e fortalecer políticas e planos de ação direcionados à melhoria desses comportamentos, além de capacitar recursos humanos do setor saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Uma comissão de especialistas foi nomeada para avaliar a pertinência dessa estratégia para o nosso país, considerando-a como um *avanço que cria oportunidades para promover a saúde e prevenir o avanço das DCNTs* (BARRETO *et al.*, 2005).

A apreciação da Estratégia Global por parte dos especialistas do Ministério da Saúde classificou várias das recomendações de atividades físicas como *convincentes* ou *prováveis* e não apontou nenhuma como insuficiente, reforçando o reconhecimento da importância dessas práticas e, conseqüentemente, dos profissionais de educação física para a promoção da saúde, prevenção e controle de diversos agravos (BARRETO *et al.*, 2005).

Tal estratégia foi utilizada como referência pelo Ministério da Saúde do Brasil, o qual adotou e apoiou suas proposições, e passou a desenvolver ações que enfatizam a importância da atividade física para uma vida saudável (GUARDA; SILVA; MARIZ, 2011).

Cabe ressaltar, entretanto, que para que as recomendações contidas na Estratégia Global da OMS tivessem real efeito, fazia-se necessária, a criação de políticas públicas e instrumentos normativos de incorporação dessas práticas às ações do setor sanitário. Então, o Ministério da Saúde brasileiro, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Dentre estes, destaca-se o Pacto em Defesa da Vida, que entre as macro prioridades, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da saúde da família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

Nesse contexto e com base no previsto na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e nas contribuições oferecidas pelas conferências nacionais e internacionais de saúde, publica-se a Portaria Ministerial No. 687 de 30 de março de 2006, aprovando a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que inclui a promoção de atividades físicas, alimentação saudável e combate ao tabagismo na agenda nacional. Esta Política, dentre outras coisas, propõe a superação da cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, visando a economia de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (BRASIL, 2006).

A aprovação da PNPS ratificou a institucionalização da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal processo não só revelou o acúmulo conceitual e da práxis cotidiana do sistema de saúde brasileiro, como também a importância da análise de situação em saúde para a eleição de prioridades e focalização das ações sanitárias (MALTA *et al.*, 2009).

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Nesse sentido, a elaboração da PNPS foi oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com suas Estratégias de Implementação, a PNPS trás para a agenda da política de saúde nacional o estímulo à inserção de ações de promoção

da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção, e controle ao tabagismo; além de identificar e apoiar iniciativas referentes às Escolas Promotoras da Saúde com foco em ações de alimentação saudável; atividades físicas e ambiente livre de tabaco (BRASIL, 2006).

Para Malta *et al.* (2009), muitos são os desafios à construção dessa rotina no cotidiano. O incentivo à prática da Atividade Física, por exemplo, deve privilegiar estratégias que garantam a existência de espaços prazerosos e adequados (pistas de caminhadas, ciclovias, praças públicas, espaços para a prática de esportes), segurança, arborização e transporte público, dentre outros. Trata-se de investir no debate sobre o planejamento urbano, a mobilidade urbana e as desigualdades e iniquidades no acesso a espaços públicos saudáveis.

A PNPS constitui um instrumento de fortalecimento e implantação de ações transversais, integradas e intersetoriais visando o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, outros setores do governo, setor privado e não governamental e a sociedade em geral, criando redes de compromisso e corresponsabilidade sobre a qualidade de vida, em que todos sejam partícipes na proteção e cuidados com a vida (MALTA *et al.*, 2009).

Assim, desde 2006, com financiamentos anuais específicos a partir de editais e portarias (Edital nº 2, de 11 de setembro de 2006; Edital nº 2, de 16 de setembro de 2007; Portaria nº 79, de 23 de setembro de 2008; Portaria nº 139, de 11 de agosto de 2009; e Portaria nº 184, de 24 de junho de 2010) o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDant), vem incentivando estados e municípios a promoverem a atividade física em prol da melhoria da qualidade de vida da população nos seus territórios. Assim, a indução das capitais brasileiras, no ano de 2005, para proposição de projetos de atividade física foi expandida aos municípios brasileiros em 2006. Esse esforço alcançou 131 projetos selecionados para atuar na promoção da saúde. Em 2007, a rede formada foi estendida a 212 experiências. Com mais expansão em 2008, congregou 469 entes federados financiados em projetos de promoção da saúde, com ênfase em atividade física (KNUTH *et al.*, 2011).

Mais recentemente, a PNPS foi redefinida pela Portaria Nº 2.446 de 11 de novembro de 2014. Apesar das alterações realizadas, a política não alterou a

perspectiva do incentivo à prática de atividade física como estratégia de promoção de saúde e produção do cuidado (BRASIL, 2014).

Outro aspecto fundamental para a promoção de programas de atividades físicas com base na comunidade, promovido pelo Ministério da Saúde a partir da PNPS, foi à criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) através da Portaria GM/MS Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

O NASF tem como objetivo 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 (BRASIL, 2008). Atua na promoção das seguintes atividades: desenvolvimento de atividades físicas; educação permanente; ampliação e valorização do uso dos espaços públicos de convivência; implementação de ações em homeopatia e acupuntura; promoção de ações multiprofissionais de reabilitação; atendimento a usuários e familiares em situação risco psicossocial ou doença mental; elaboração de estratégias de respostas a problemas relacionados à violência e ao abuso de álcool; e, apoio as Estratégias de Saúde da Família na atenção aos agravos severos ou persistentes na saúde de crianças e mulheres, entre outras ações (BRASIL, 2010; MALTA *et al.*, 2009).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Portaria Nº 719/GM/MS, de 07 de abril de 2011, institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, redefinido pela Portaria Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. O objetivo do programa é contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de atividades físicas no lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011). O desenvolvimento das ações deverá contar com a participação de profissionais da Atenção Básica em Saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família, especialmente nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (GUEDES, 2011).

No entanto, não se pode pensar em promoção da saúde sem considerar os determinantes sociais, o conceito ampliado de saúde, bem como a trajetória brasileira de luta pelo direito à saúde, uma vez que as ações que não se pautem por esses referenciais contribuem para o aumento das desigualdades e responsabilização individual, retornando ao que já se discutia há anos com Arouca, que alertava para o perigo da despolitização do debate, com discursos que não



rompem com práticas conservadoras e modelos de atenção à saúde que desconsideram o contexto social (SILVA; BAPTISTA, 2014).

## 2.2 ANÁLISE DE POLÍTICAS E SUAS ABORDAGENS

Análise de políticas é a descrição das causas e consequências das ações governamentais. A análise possui como objetivo, entre outros, o aumento do conhecimento da ação do governo. Esse conhecimento pode igualmente ajudar formuladores de política a melhorar a qualidade das políticas públicas.

Do ponto de vista teórico-conceitual, a análise das políticas públicas é uma atividade complexa, e incorpora conhecimentos oriundos de várias áreas com as quais também interage, como a economia, a ciência política, a sociologia, a antropologia, a geografia, as ciências sociais, a saúde pública, que têm contribuído para avanços teóricos e empíricos nesse campo (GURGEL, 2007).

Pode ser definida como uma investigação sistêmica de opções de políticas alternativas e a reunião e integração de pontos positivos e negativos de cada opção na tentativa de prever as consequências das ações implementadas. É aplicada a problemas de caráter público que, se não puderem ser resolvidos pelo menos se deve tentar compreendê-los (UKELES, 1977; WILDAVSKI, 1980). É um nome genérico para uma série de técnicas e ferramentas para estudar as características das políticas estabelecidas, onde a principal preocupação da análise é com os resultados, ou seja, os efeitos que a política tem sobre a vida das pessoas (COLLINS, 2005). A postura do analista deve levar em conta que a análise de política envolve tanto a melhoria do entendimento acerca da política e do processo político como prescrições visando melhores políticas (GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICA DE INOVAÇÃO, 2002).

Existem diversas classificações quanto ao tipo de análise política. Frey (2000) relata três dimensões na análise: a dimensão do processo político (*politic*), a dimensão das instituições (*polity*) e, por fim, a do conteúdo (*policy*).

Ham e Hill (1993) classificaram os estudos de análise política em duas grandes categorias: descritivos ou incremental, quando a análise tem como objetivo desenvolver conhecimento sobre o processo de elaboração de políticas (formulação, implementação e avaliação); e prescritivos ou normativos, ou racionais, quando a

análise é voltada para apoiar os formuladores de política, somando conhecimento ao processo de elaboração de políticas.

Para Araújo e Maciel (2001), a análise da política pode ser parcial, que se concentra em determinados estágios da política; ou compreensiva, quando se objetiva analisar todo o processo da política com um foco mais ampliado.

Na tipologia proposta por Hogwood e Gunn (1981), existem as análises de e para a política. Para a primeira, os autores apresentam sete classificações: primeiro, estudos relacionados ao **conteúdo da política** nos quais os analistas procuram descrever e explicar a gênese e o desenvolvimento de políticas particulares; segundo, estudos do **processo** de elaboração de políticas, onde se procura avaliar a influência de diferentes fatores no desenvolvimento e formulação da política; terceiro, **resultados** de políticas que procuram estudar o custo-efetividade; quarto, **estudos de avaliação** que marca o limite entre análise de e para as políticas – que, com frequência, são denominados como estudos de impacto, pois avaliam quais são as repercussões que as políticas têm sobre a população, podem ser descritivos ou prescritivos; quinto, há a **informação** para a elaboração de políticas na qual dados são ordenados a fim de auxiliar o *policy-maker* a tomar decisões, obtida de estudos do próprio governo ou fornecidas por analistas de políticas preocupados com a aplicação de seu conhecimento a problemas práticos; sexto, a **defesa de processos** que é demonstrada em tentativas de melhorar a máquina do governo por meio de reordenamento administrativo, mediante o desenvolvimento de sistemas de planejamento e de novos enfoques para avaliação de opções; e, finalmente, existe a **defesa de políticas**, a atividade que o analista desempenha ao influenciar pela adoção de opções e ideias específicas no processo de elaboração de políticas, seja individualmente, seja em associação com outros, frequentemente por intermédio de um grupo de pressão (HAM; HILL, 1993).

Para Arretche (2003) e Farias (2003), a análise de política vem se expandindo no país, no entanto ainda há uma importante fragmentação temática e organizacional, o que não ocorre na maioria dos países industrializados, onde a análise de política está consolidada.

Observa-se, contudo, que há um fortalecimento dos estudos que trabalham a análise do processo político. Para Sabatier (2007), um dos primeiros métodos a estudar o processo foi o estágio heurístico, onde existe a divisão: entrada na agenda, formulação-legitimação, implementação e avaliação.

Atualmente, entre os principais modelos de análise de políticas públicas, que possuem um enfoque no processo, encontram-se aqueles referentes ao ciclo das políticas de Howlett e Ramesh (1995). Esses autores classificam as fases dos ciclos das políticas em cinco etapas, como apresentado na figura 1 a seguir:

Figura 1 – Modelo de Ciclo das Políticas.



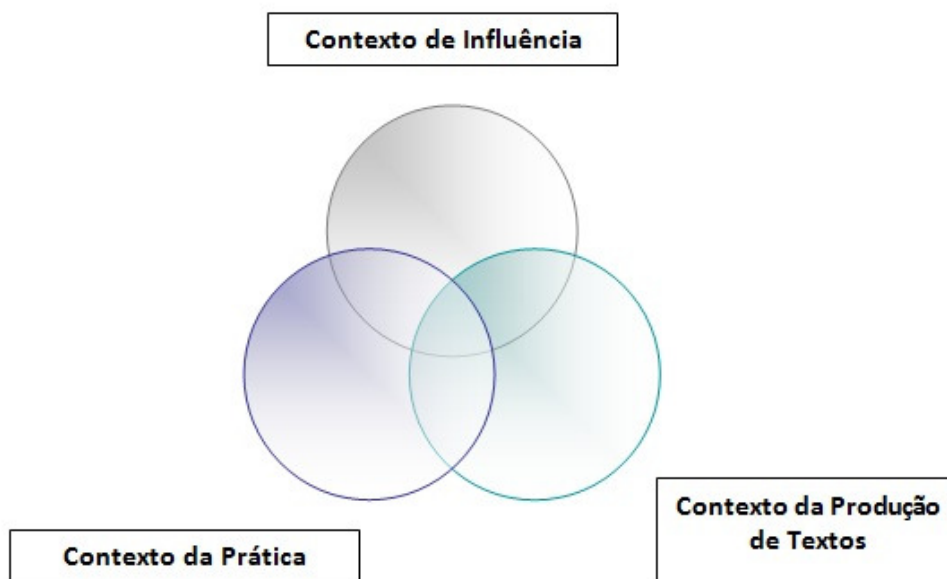
Fonte: Howlett e Ramesh (1995)

O modelo apresenta como vantagem a possibilidade de se comparar políticas diferentes em uma mesma fase do ciclo, porém há a desvantagem da fragmentação do processo político a ponto de ser confundida a certa linearidade cartesiana, inviável para a explicação de algumas ações governamentais.

Há outro autor cujo método de análise de política é conhecido como “*Policy Cycle Approach*”, traduzida como “Abordagem do Ciclo de Políticas” (ACP), no qual a política não é dividida em momentos “lineares” (BALL, 1994). Compreende-se que na política há o contexto político e também o discurso, ambos podem ser convergentes e/ou simultâneos.

Esse mesmo autor divide a política em contextos: da influência, da produção de textos e da prática, conforme figura 2 a seguir:

Figura 2 – Contextos a partir da Abordagem do Ciclo de Políticas



Fonte: Stephen (1994)

Rezende e Baptista (2011) apresentam uma breve interpretação desses contextos, que segundo o próprio Ball, ainda estão em construção:

- a) O Contexto da influência é aquele em que há o jogo político, onde há influências nacionais e internacionais, é onde o discurso político é construído. As redes sociais e grupos de interesse operam neste espaço buscando legitimidade e apoio na defesa de seus interesses;
- b) O contexto da produção de textos é aquele onde os discursos políticos são produzidos. Geralmente, estão articulados com a linguagem do interesse público mais geral e podem tomar várias formas, dentre elas: os textos legais oficiais e textos políticos, comentários formais e informais sobre os textos oficiais, pronunciamentos, vídeos, entre outros;
- c) O contexto da prática é apontado como uma arena de conflitos e contestação, contradições, que envolve a interpretação e a tradução dos textos para a realidade, tal como ela é vista pelos 'leitores'. Nesse existe a definição de investimento e infraestrutura.

Para Ball (1994), os três contextos ocorrem simultaneamente e há dificuldade em separá-los, existe um imbricamento elevado, pois a política antes de um processo deve ser entendida como uma consequência.

Há quem considere a necessidade dos estudos de análise de política utilizar-se de um horizonte temporal de uma década ou mais, para que possam ser entendidos todos os possíveis envolvidos, pois desta maneira podem ser observadas as disputas políticas que raramente se assemelham aos educados debates acadêmicos (SABATIER, 2007).

A análise pode partir, também, da consideração de que o estado é “vulnerável”, permeável aos interesses e competições entre grupos sociais, sendo esta conhecida como societal ou pluralista da análise de política. Outra abordagem vê o estado como uma unidade, estrutura, que sofre influência de interesses econômicos na ação política, é conhecida como estruturalista. Posteriormente surge a neoinstitucionalista, que pretende agregar características das abordagens anteriores, e que considera que entre o estado e a sociedade há instituições que moldam o comportamento dos atores, demandam políticas e legitimam a ação do Estado (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Para os neoinstitucionalistas as posturas assumidas por parte das instituições são dinâmicas, relativas a determinadas conjunturas político-econômicas. Normalmente, o conceito de instituição utilizado nesses estudos é extremamente amplo, podendo incluir regras formais (Leis, normas e outros procedimentos regimentais) e informais relacionadas a códigos de conduta, hábitos e convenções em geral e se entende que qualquer regra que moldam as relações humanas pode alterar as instituições sejam: os grupos e agentes políticos (partidos, governos, senado, prefeitura), econômicos (sindicatos, cooperativas), sociais (igrejas, clubes) e educacionais (escolas, universidades).

Entre as abordagens neoinstitucionalistas existem as mais conservadoras como o Modelo Racional Institucional que comporta um conjunto de abordagens, onde procuram compreender como as regras institucionais alteram o comportamento dos indivíduos motivados por seus interesses materiais (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1999).

Outro modelo neoinstitucional é o conhecido como **dependência de passagem** (“*path-dependence*”), que se concentra em teorias de como a política pode se tornar tão institucionalizada e historicamente incorporada que se torna quase impossível de se libertar da política estabelecida, ou seja, à ideia de que acontecimentos do passado podem dar vazão a uma cadeia de determinações que influenciam as decisões políticas no presente (MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Existem outras abordagens que proporcionam maior relevância ao contexto em que os atores estão inseridos, pois há o entendimento de que ocorrem interações sociais na construção política como apresentado nos modelos:

- a) Das **comunidades epistêmicas**, o qual compreende um conjunto de profissionais, pesquisadores e especialistas, com expertise e competência reconhecida em determinado campo do conhecimento e com capacidade de contribuir com a produção do conhecimento para o aprimoramento de determinada política pública, tal como descrito por Kingdon (1995) no processo de difusão das ideias dentro das *policy communities*. Quando isso acontece, algumas ideias tornam-se populares e se disseminam, tomando o lugar antes ocupado por antigas propostas e abrindo espaço para novos movimentos políticos;
- b) Das **arenas sociais**, para que uma determinada circunstância ou evento se transforme em um problema é preciso que as pessoas se convençam de que algo precisa ser feito. É quando os *policy makers* do governo passam a prestar atenção em algumas questões e a ignorar outras (FREY, 2000; SOUZA, 2007). Segundo Aicher e Diesel (2003), esse modelo pressupõe que diferentes agentes ou grupos procuram se associar com outros grupos, que nem sempre têm os mesmos objetivos ou preocupações, com o intuito de defender seus próprios interesses. Assim, formam-se redes em relação a temas específicos que podem incorporar tanto instituições estatais como a sociedade civil;
- c) Das **coalizões de defesa** (*Advocacy Coalition Framework*), onde se entende que a política pública deveria ser concebida como um conjunto de subsistemas relativamente estáveis, que se articula com os acontecimentos externos, os quais dão os parâmetros para os constrangimentos e os recursos de cada política pública. Crenças, valores e ideias são importantes dimensões do processo de formulação de políticas públicas. Cada subsistema que integra uma política pública é composto por número de coalizões de defesa que se distinguem pelos seus valores, crenças e ideias e pelos recursos que dispõem (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1999).
- d) A abordagem baseada na **transferência de política** examina como e por que os governos têm cada vez mais a tendência de adotar ideias uns dos outros na formulação de novas políticas, onde existe análise de políticas a partir da

observação e experiências desenvolvidas em outras instituições (GREENER, 2002);

- e) Um dos principais modelos de análise de políticas de saúde foi discutido por Walt e Gilson (1994), **o triângulo das políticas**, onde o mesmo se propõe analisar o contexto, o conteúdo, processo e os atores envolvidos nas reformas dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento.

Apesar de haver uma grande diversidade de modelos teóricos sobre análise de políticas, faz-se necessária a ampliação de estudos voltados a análise de políticas de saúde devido as mais diversas razões: influência externa, necessidade de se conhecer os atores que participam do processo político, a entrada de novas instituições no processo de elaboração e a necessidade de se conhecer e avaliar os impactos das políticas de saúde, a partir de um olhar das ciências sociais, políticas e até econômicas.

### 2.3 EXPERIÊNCIAS NACIONAIS DE PROGRAMAS COMUNITÁRIOS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

Historicamente, sabemos que a qualidade de vida do ser humano vem sofrendo influências do estilo de vida moderno, levando-o, nas últimas décadas, a criar hábitos cotidianos marcados pelo sedentarismo. Em contrapartida, a evolução científica e tecnológica vem desenvolvendo um novo conceito de promoção de atividades físicas, de forma orientada e permanente, buscando uma melhoria na condição de vida no que concerne à saúde individual, pública e coletiva.

É consenso que a falta de atividade física tem efeitos negativos sobre a saúde, aumentando o risco de doenças cardiovasculares (PRASAD, 2009), diabetes (SJOHOLM, 2002; WEI *et al.*, 2000), obesidade (HOHEPA *et al.*, 2004; PIETILAIEN, 2008) e alguns tipos de câncer (GERHARDSSON, 1999). Além disso, a inatividade física está associada a problemas de saúde mental (GALPER *et al.*, 2006) e baixa qualidade de vida (ACREE *et al.*, 2006; BLACKLOC; RHODES; BROWN, 2007; KOLTYN, 2001).

A atividade física regular tem sido recomendada para reduzir o risco de doenças crônicas e promover o bem estar físico e psicológico (NELSON *et al.*, 2007. STRONG *et al.*, 2005). Sendo assim, uma das atuais prioridades dos organismos

públicos preocupados com a saúde das populações, é a promoção da atividade física (HASKELL *et al.*, 2007).

A promoção de programas de atividades físicas com base na comunidade tem recebido grande atenção por pesquisadores e gestores públicos. No entanto, se percebe ainda uma carência de informações relativas às iniciativas que seguem nesta direção.

Com intuito de desenvolver recomendações para intervenções em atividade física, uma revisão sistemática realizada por Hoehner *et al.* (2008) avaliou as evidências referentes às intervenções para aumentar a atividade física no continente latino-americano usando um processo modificado do *Community Guide*. O levantamento identificou 903 artigos julgados por pares e 142 teses brasileiras relacionadas à atividade física, das quais apenas 19 foram selecionadas para leitura completa. Somente para aulas de Educação Física nas escolas a magnitude das evidências obtidas na América Latina foi suficiente para apoiar a recomendação da prática de atividade física. O estudo concluiu que existe uma grande necessidade de avaliações rigorosas das intervenções promissoras para aumentar a atividade física na América Latina.

Em outra revisão sistemática (integrativa), Spana *et al.* (2009) analisaram a efetividade de intervenções de atividade física na população geral, utilizando importantes bases de dados (*Scopus, Medline e Cinahl*), incluindo estudos de língua inglesa e portuguesa realizados no Brasil, com nível de evidência 2 ou 3 (experimentais ou quase-experimentais, respectivamente) publicados entre 2004 e 2008. A amostra final foi composta por 14 estudos. Em 57,1% desses, as intervenções foram efetivas para a mudança do comportamento para a prática de AF, porém, poucas foram baseadas em teoria. Os autores concluíram que a diversidade das populações alvo, dos instrumentos de avaliação e do tipo de intervenções dificulta a comparação dos resultados e a construção de evidências sobre a efetividade de intervenções para a promoção de atividade física.

Apesar dos esforços realizados para a promoção de intervenções para a prática da atividade física, a falta de padronização de condutas tem atrapalhado a construção de evidências necessárias para a tomada de decisão por parte de gestores públicos quanto à expansão dessas ações.

Algumas iniciativas têm contribuído para reduzir a distância entre uma intervenção bem sucedida de promoção da atividade física realizada em um



município para sua proliferação em outros municípios, estados e regiões. Uma delas foi o estudo coordenado pelo Ministério da Saúde e realizado pela Universidade Federal de Pelotas e Universidade de São Paulo em parceria com o CDC norte-americano e o Projeto Guia, realizando avaliação nos principais programas populacionais brasileiros de atividade física (BRASIL, 2011a).

Essa investigação gerou uma boa quantidade de publicações (BRASIL, 2011a, 2011b; HALLAL *et al.*, 2009, 2010) que têm servido para divulgar estas e promover a elaboração de políticas e tomada de decisões baseadas em evidências.

Considerando a importância dos programas de promoção de atividades físicas com base na comunidade e influência na mudança de comportamentos relacionados à saúde, descrevem-se aqui alguns bem sucedidos e que ainda se encontram em funcionamento em alguns municípios brasileiros.

### 2.3.1 A Experiência de Vitória - ES

Com o objetivo de orientar e incentivar a prática regular e correta de exercícios, combater o sedentarismo e auxiliar na prevenção e tratamento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, em 1990 a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória do Espírito Santo cria o Serviço de Orientação de Exercícios (SOE) (REZENDE, 1997; VITÓRIA, 2013).

Esse serviço é considerado modelo pela Confederação Sul Americana de Medicina do Esporte e pela Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME) e segue as diretrizes da OMS/ONU para prevenção primária. O SOE tem por finalidade prevenir as doenças da atualidade por meio do combate ao sedentarismo e pela massificação da atividade física, informando, orientando e oferecendo a prática de atividades físicas de maneira adequada com o acompanhamento das medidas hemodinâmicas e antropométricas (VENTURIM; MOLINA, 2005).

Com 17 módulos distribuídos pelo município, o SOE funciona com a sistemática de que antes de iniciar a atividade física, o aluno deve passar por uma avaliação individualizada. A equipe do SOE verifica as condições físicas e de saúde do aluno, levando em consideração, entre outras coisas, os fatores de risco coronariano. Não havendo nenhuma restrição com relação à prática da atividade pretendida, a pessoa é liberada para frequentar as aulas (VITÓRIA, 2013). No caso de detecção de problemas ou existência de riscos para desenvolver as atividades

físicas desejadas, o indivíduo será encaminhado a seu médico ou aos serviços públicos ambulatoriais disponíveis, para ações médicas necessárias (REZENDE, 1997).

Com o objetivo de ampliar o serviço, em março de 2006 foi implantado o SOE Móvel. Assim, as orientações para a prática de atividades físicas são levadas aos moradores com dificuldades de acesso a regiões onde os módulos do SOE estão instalados. O Serviço de Orientação ao Exercício atua também nas unidades de saúde, onde são promovidas as mesmas atividades realizadas nos módulos. Além disso, são feitas visitas domiciliares e ações educativas (VITÓRIA, 2013).

### 2.3.2 A experiência de São Paulo - SP

A alta prevalência da inatividade física na população do estado de São Paulo no início da década de 1990, particularmente entre grupos de baixo nível socioeconômico e subnutridos, indicava a necessidade da promoção da atividade física. Assim, em 1996, o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo realizam uma parceria e criam o Programa Agita São Paulo. A iniciativa teve como objetivos combater o sedentarismo no Estado de São Paulo, aumentando o número de cidades com programas de incentivo à prática de atividade física e aumentar o nível de atividade física e de conhecimento sobre os benefícios para a saúde na adoção de um estilo de vida ativo (MATSUDO *et al.*, 2008).

O Programa, em sua origem, se propõe atender uma demanda em grande escala, já que o estado de São Paulo, na época da criação do programa, tinha uma população de aproximadamente 35 milhões de habitantes e a capital do estado, a segunda mais populosa do mundo, com mais de 6 milhões de habitantes. Para tanto, os criadores do programa procuraram centros, em outros países, com mais experiências em promoções de programas dessa natureza, para orientar a elaboração das estratégias de intervenção. Dentre eles o Center for *Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos, o “*Health Education Authority*”, na Inglaterra e do Programa “*Active*” Austrália (MATSUDO *et al.*, 2008). Hoje a população de São Paulo já alcança aproximadamente 41 milhões de habitantes, e o programa tem servido como referência para iniciativas de outros estados e municípios, encorajando autoridades de saúde, gestores, pesquisadores e líderes

comunitários a incentivarem ações que estimulem a prática da atividade física (FIORAVANTE, 2012).

As principais ações do programa se voltam a informações sobre atividade física e estilo de vida saudável, utilizando a estratégia de promoção de eventos com a intenção de sensibilizar a população quanto aos hábitos de vida saudáveis, em especial a prática da atividade física. Com os eventos específicos para a população de escolares, Agita Galera, de trabalhadores, Agita Trabalhador, e de idosos, Agita Idoso, o programa Agita São Paulo objetiva dar visibilidade as suas ações (FERREIRA, 2008).

Considerando que esse programa tem como foco de intervenção a promoção da mudança do estilo de vida individual, para Ferreira, Castiel e Cardoso (2011), o Agita São Paulo funda-se na abordagem comportamentalista/conservadora de Promoção da Saúde, uma vez que demoniza o sedentarismo, culpabiliza seus adeptos e apoia suas estratégias em mudanças comportamentais individuais como meio de redução do risco epidemiológico, independentemente dos condicionantes sociais, econômicos e culturais.

No entanto, e apesar das críticas ao Programa, o Governo Federal tem realizado investimentos baseado nas ideias desta intervenção. Em 2002, o Ministério da Saúde lança o “Programa Nacional de Promoção da Atividade Física – **Agita Brasil**”, com o propósito de intensificar a prevenção e o tratamento de hipertensão arterial e do diabetes melito. Para tanto, o programa propôs incentivar uma mudança ampla no estilo de vida da população brasileira, mediante o estímulo à atividade física e à adoção de hábitos alimentares mais equilibrados (BRASIL, 2002). Os públicos priorizados pelo Agita Brasil foram os escolares (crianças e adolescentes), os trabalhadores, os idosos e os portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

### 2.3.3 A Experiência de Curitiba - PR

Em maio de 1998, foi lançado em um parque da cidade de Curitiba o Programa CuritibaAtiva. Este programa é resultado do desenvolvimento de diversos programas promovidos pela Prefeitura Municipal de Curitiba. Tais programas com o objetivo comum de promover a saúde da população, como por exemplo, os programas Cidadão Saudável e Pausa para a Qualidade (BRASIL, 2011a).

Como parte do Cidadão Saudável, a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer da cidade de Curitiba foi responsável pela intervenção chamada Movimento e Saúde, executada em duas frentes de trabalho: inserções diárias na programação de rádio, com dicas para a prática de atividade física através do “Rádio Saudável”; e estímulo para as atividades físicas nas escolas através do programa “Escola Saudável” (CASSOU *et al.*, 2008; GRANDE, 2008; KRUCHELSKI, DUTRA; SIQUEIRA, 2012; SAWAF; CASSOU, 2005).

O Programa CuritibaAtiva, com o objetivo de disseminar o conhecimento e fomentar a prática da atividade física, com sucesso, fez com que transcendessem políticas públicas e gestões de prefeitos, sempre redimensionado às necessidades da população e da época (KRUCHELSKI; DUTRA; SIQUEIRA, 2012).

Além de informar a população, o programa CuritibaAtiva começou a implementar e apoiar atividades físicas sistemáticas promovidas pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (atual Secretaria Municipal de Esporte, Lazer e Juventude) como condicionamento físico, ginástica para a terceira idade, hidroginástica, lazer comunitário, dança de salão, corridas de rua, jogos escolares, além de eventos comunitários nos finais de semana (REIS *et al.*, 2011).

Em junho de 2006, o programa criou uma nova forma de participação, os “mutirões da cidadania”, que representaram o esforço do governo municipal focado em ações para diminuir as desigualdades sociais e fortalecer as políticas públicas que podem impactar positivamente no desenvolvimento das comunidades e nos indicadores de saúde e qualidade de vida da população. O programa torna-se uma política intersetorial, parte de ampla política de promoção de saúde pertencente à Secretaria Municipal de Saúde (KREMPEL; PILOTO; POLETTO, 2008).

Outras iniciativas pontuais de promoção de atividades físicas com base na comunidade acontecem em território nacional, principalmente as incentivadas pelos recursos públicos. Assim, desde 2006, com financiamentos anuais específicos, a partir do Edital no 2, de 11 de setembro de 2006; Edital no 2, de 16 de setembro de 2007; Portaria no 79, de 23 de setembro de 2008; Portaria no 139, de 11 de agosto de 2009; e Portaria no 184, de 24 de junho de 2010, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDant), vem induzindo estados e municípios a promoverem a atividade física em prol da melhoria da qualidade de vida da população nos seus territórios (KNUTH *et al.*, 2011).

Os Programas Academia da Cidade de Aracaju e de Belo Horizonte, o Programa Academia das Cidades do Estado de Pernambuco e o Programa Academia da Saúde do Governo Federal serão apresentados em capítulo específico, devido a grande relação existente com o Programa Academia da Cidade do Recife.

## 2.4 OUTROS RESULTADOS IMPORTANTES DE PESQUISAS SOBRE O PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE

Por ser uma iniciativa bem sucedida no que diz respeito à promoção de programas de atividades físicas com base na comunidade, o PAC tem sido alvo de diversos estudos científicos, desde investigações de caráter avaliativo (HALLAL *et al.*, 2009, 2010; SIMÕES *et al.*, 2009), até estudos sobre a distribuição espacial dos polos no município do Recife (LIMA *et al.*, 2012).

Simões *et al.* (2009), utilizando o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), avaliaram 2047 sujeitos residentes em Recife, usuários ou não, do Programa Academia da Cidade do Recife. Foram observados os efeitos de uma intervenção, baseada na comunidade, no aumento da atividade física no lazer e como deslocamento. De acordo com o estudo, os ex-usuários e os usuários tinham, respectivamente, duas e onze vezes maior chance de realizar atividades físicas no lazer em intensidades moderadas e alta em relação às pessoas que não haviam frequentado o programa. Níveis de atividade física no transporte foram inversamente proporcionais à distância da residência em relação ao polo do PAC. No entanto, o estudo concluiu que o PAC parece ser uma estratégia de saúde pública eficaz para aumentar os níveis de atividade física na população urbana de regiões em desenvolvimento.

Levantamento realizado em parceria do Ministério da Saúde com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e universidades brasileiras, incluiu três avaliações distintas do PAC. Entre elas, um estudo quali-quantitativo com professores do programa, outro com usuários e não usuários através de um inquérito telefônico com pessoas de 16 anos ou mais residentes da capital e um estudo utilizando o método *System for Observing Play and Recreation in Communities* (SOPARC). Este último para observação do uso de equipamentos e espaços públicos de lazer com o objetivo de avaliar a frequência e a forma com que as pessoas utilizam esses espaços.

Dessa grande investigação resultaram relatórios como também artigos científicos publicados em periódicos de circulação nacional e internacional (HALLAL *et al.*, 2009, 2010).

O primeiro estudo foi realizado com profissionais que atuam nos polos do PAC Recife, com o objetivo de identificar e analisar a visão construída desses profissionais sobre o impacto/relevância do programa, das dificuldades e do envolvimento da comunidade em relação à proposta. Foram elaborados e aplicados questionários e entrevistas aprofundadas. A amostra foi composta de acordo com a proposta do estudo, ou seja, foram aplicados questionários em 12 profissionais (abordagem quantitativa) e desses, sete responderam às entrevistas aprofundadas (abordagem qualitativa). Os dados quantitativos confirmam que o programa estimula os usuários à prática da atividade física e atua sobre a saúde da população, mas tem dificuldades com estrutura física, recursos humanos e divulgação. Os dados qualitativos mostram dificuldades com a segurança dos locais onde estão localizados os polos e a necessidade de aquisição e manutenção dos equipamentos para o desenvolvimento das atividades e de formação/atualização dos profissionais. No que se referem ao envolvimento comunitário, os professores relataram significativa participação da comunidade nas festividades/passeios e envolvimento com sugestões para as atividades físicas, mas relataram baixo envolvimento das pessoas com atividades extra polo (HALLAL *et al.*, 2009).

Em outra etapa da investigação, Hallal *et al.* (2010) analisam a percepção de usuários e não usuários do PAC Recife. Foram selecionados 4 (quatro) dos 19 (dezenove) polos do programa em funcionamento no momento da investigação. Para cada usuário sorteado, foi selecionado um não usuário, que foi pareado ao usuário em termos de sexo, idade ( $\pm 5$  anos) e local de residência. A amostra foi composta por 277 usuários e 277 não usuários. Entre os não usuários, 22% referiram nunca ter ouvido falar do programa. Entre os que já ouviram falar do programa, 54,3% o conhecem por terem visto um polo. Entre os usuários, o principal motivo para a participação no programa foi “melhorar a saúde”; o tempo médio de participação no programa foi de 27,5 meses (DP = 23,1) e 72,8% relataram grau elevado de satisfação. Os usuários do Programa Academia da Cidade parecem estar satisfeitos. Estratégias de divulgação devem ser priorizadas para que o programa seja conhecido por um maior percentual de residentes de Recife.

Algumas informações coincidem tanto dos profissionais que participam do programa como dos usuários e não usuários. Entre elas, a opinião de que o programa deva ganhar mais atenção em relação à divulgação de suas ações. Em outra análise, tanto os profissionais quanto os usuários estão satisfeitos com o programa. Isso reforça a ideia de que a orientação do PAC Recife está seguindo em direção aos anseios da comunidade no que diz respeito à promoção de programas relacionados à melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Com o objetivo de identificar a distribuição espacial do PAC Recife, Lima et al. (2012) realizaram estudo em alguns polos do programa visando os benefícios efetivos da localização desses serviços para a qualidade da saúde das pessoas que vivem na cidade.

Segundo os usuários entrevistados, o PAC Recife proporciona melhorias no que diz respeito ao acesso gratuito a equipamentos e serviços que auxiliam no melhor cuidado para o corpo. Também referiram que com a instalação desses serviços, muitas pessoas passaram a praticar mais atividades físicas, bem como a frequentar com regularidade as praças onde se localizam o PAC. Membros do grupo de idosos consideram as praças e os parques em que há uma Academia da Cidade como importantes lugares para a realização de atividades de lazer. O estudo também concluiu que a espacialização do programa, favoreceu um melhor aproveitamento dos espaços públicos antes pouco valorizados pela população. O que, por sua vez, repercutiu no maior cuidado da população para com esses espaços (LIMA *et al.*, 2012).

Em dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/PE), Lemos (2012) analisou os determinantes da adesão e não adesão ao PAC Recife. Os resultados revelaram que os principais motivos que levaram as pessoas a iniciar no PAC Recife foram questões relacionadas aos benefícios da prática regular de exercício físico para saúde e para o condicionamento físico e fatores relativos ao programa. E, para as que não aderem, os motivos foram relacionados a se sentirem desmotivados, por falta de tempo, por considerarem que não possuem habilidade para esta prática e outros aspectos relacionados ao programa.

## REFERÊNCIAS

- ACREE, L. S. *et al.* Physical activity is related to quality of life in older adults. **Health Quality Life Outcomes**, London, v. 4, n. 37, p. 1-6, jun. 2006.
- AICHER, C.; DIESEL, V. Políticas ambientais na Europa: leitura a partir da perspectiva do “advocacy coalition framework”. **Revista Extensão Rural**, Porto Alegre, v. 11, p. 6-27, jan./dez. 2004.
- ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, set./dez. 2001.
- ARRETCHE, M. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-10, 2003.
- BALL S. J. **Educational reform: a critical and post-structural approach**. Buckingham: Open University Press, 1994.
- BARRETO, S. M. *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.
- BLACKLOCK, R. E.; RHODES, R. E.; BROWN, S. G. Relationship between regular walking, physical activity, and health-related quality of life. **Journal of physical activity health**, Champaign, n. 4, v. 2, p. 138-52, 2007.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. Projeto Promoção da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n. 2, p. 254-256, abr. 2002. Informes Técnicos Institucionais. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9222.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Agita Brasil: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em 10 jan. 2015.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.



BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 719 GM/MS, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 68, p. 52, 8 abr. 2011b. Seção 1 Disponível em: <<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/10%20CES/PROGRA01.PDF>>. Acesso em: 12. jan. 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446 GM/MS, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 220, p. 68, 13 nov. 2014. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/80031233/dou-secao-1-13-11-2014-pg-68/pdfView>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

CASSOU, J. C. *et al.* Políticas públicas de atividade física. In: SIQUEIRA, J. E.; CASSOU, J. C. **CuritibaAtiva: política pública de atividade física e qualidade de vida de uma cidade. Avaliação, prescrição, relato e orientação da atividade física em busca da promoção da saúde e de hábitos saudáveis na população de Curitiba**. Curitiba: Venezuela, 2008.

COLLINS, T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. **Public Health**, London, v. 119, n. 3, p. 192-196, mar. 2005.

FARIAS, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, 2003.

FERREIRA, M. S. **Agite Antes de Usar... A Promoção da Saúde em Programas Brasileiros de Promoção da Atividade Física: o caso do Agita São Paulo**. 2008. 252 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade Física na Perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 865-872, 2011.

FIORAVANTI, C. H. Brazilian fitness programme registers health benefits. **The Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 206, jul. 2012.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

GALPER, D. I. *et al.* Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Indianapolis, v. 38, n. 1, p. 173-178, jan. 2006.

GERHARDSSON DE VERDIER, M. Physical inactivity and cancer--is this a causal relationship? **Lakartidningen**, Stockholm, v. 96, n. 3, p. 214-216, jan. 1999.

GRANDE, D. *et al.* **Curitiba Ativa Política Pública de Atividade Física e Qualidade de Vida de uma Cidade: avaliação, prescrição, relato e orientação de atividade física em busca da promoção da saúde e de hábitos saudáveis na população de Curitiba.** Curitiba: Venezuela, 2008.

GREENER, I. A. N. Understanding NHS Reform : The Policy-Transfer, Social Learning, and Path-Dependency Perspectives. **Governance: An International Journal of Policy, Administration and Institutions**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 161-183, apr. 2002.

GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO (São Paulo). **Metodologia de análise de políticas públicas.** Campinas: GAPI, Unicamp, 2002. Disponível em: <<http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

GUARDA, F. R. B.; SILVA, R. N.; MARIZ, J. V. B. **Atividade Física e Saúde Pública: contribuições e perspectivas.** Recife: Livro Rápido, 2011.

GUEDES, D. P. Programa Academia da Saúde: ação para incrementar a prática de atividade física na população brasileira (Editorial). **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, RS, v. 16, n. 3, p. 184 – 185, 2011.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: esta é a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 12 – 21, maio/ago. 2006.

GURGEL, I. D. G. **A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores.** 2007. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HALLAL, P. C. *et al.* Avaliação Quali-Quantitativa do Programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 9 – 14, 2009.

HALLAL, P. C. *et al.* Evaluation of the Academia da Cidade Program to Promote Physical Activity in Recife, Pernambuco State, Brazil: perceptions of users and nonusers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010.

HAM, C.; HILL, M. **The policy process in the Modern Capitalist State.** 2. ed. London: Harvester Wheatsheaf, 1993.

HASKELL, W. L. *et al.* Physical Activity and Public Health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart

Association. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Indianapolis, v. 39, n. 8, p. 1423-1434, ago. 2007.

HOEHNER, C. M. *et al.* Physical Activity Interventions in Latin America: a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, Washington, v. 34, n. 3, p. 224-233, set. 2008.

HOGHOOD, B.; GUNN, L. **Policy Analysis for the Real World**. Oxford: Oxford University Press, 1984.

HOHEPA, M.; SCHOFIELD, G.; KOLT, G. Adolescent obesity and physical inactivity. **Journal of the New Zealand Medical Association**, Wellington, New Zealand, v. 117, n. 1207, p. 126-138, dez. 2004. Disponível em: <[http://www.nzma.org.nz/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/17948/Vol-117-No-1207-17-December-2004.pdf](http://www.nzma.org.nz/__data/assets/pdf_file/0011/17948/Vol-117-No-1207-17-December-2004.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2009.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying Public Policy**. Canadá: Oxford University Press, 1995.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. 2. ed. Nova York: Addison Wesley, 1995.

KNUTH, A. G. *et al.* Rede Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde: a ênfase em projetos de atividade física. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 145-158.

KOLTYN, K. F. The association between physical activity and quality of life in older women. **Women's Health Issues**, New York v. 11, n. 6, p. 471-480, nov./dez. 2001.

KREMPEL, M. C.; PILOTO, V. R. B. S.; POLETTO, V. Mutirão da cidadania. IN: GRANDE, D. *et al.* **Curitiba Ativa Política Pública de Atividade Física e Qualidade de Vida de uma Cidade: avaliação, prescrição, relato e orientação da atividade física em busca da promoção da saúde e de hábitos saudáveis na população de Curitiba**. Curitiba: Venezuela, 2008. p. 61-69.

KRUCHELSKI, S.; DUTRA, C. M. R.; SIQUEIRA, A. P. R. A Ação do Programa Curitiba Ativa na Promoção da Atividade Física. **Revista de Gestão Pública em Curitiba**, Curitiba, n. 3, v. 3, p. 3-8, set. 2012. Disponível em: <[http://www.imap.curitiba.pr.gov.br/wpcontent/uploads/2014/03/Revista\\_Gestao\\_Publica\\_em\\_Curitiba\\_Vol\\_III\\_N\\_III\\_Edicao\\_10\\_Setembro\\_2012.pdf](http://www.imap.curitiba.pr.gov.br/wpcontent/uploads/2014/03/Revista_Gestao_Publica_em_Curitiba_Vol_III_N_III_Edicao_10_Setembro_2012.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2015.

LE MOS, E. C. **Determinantes da adesão e não adesão ao Programa Academia da Cidade, Recife-Pe**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

LIMA *et al.* A Distribuição Especial do Programa Academia da Cidade em Recife – Brasil. **Revista Movimentos sociais e Dinâmicas Espaciais**, Recife, v. 1, n. 2, p. 153-165, 2012.

MALTA, D. C. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a Agenda da Atividade Física no Contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, mar. 2009.

MATSUDO, S. *et al.* Do Diagnóstico à Ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 178-184, 2008.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. DE F. **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

NELSON, M. E. *et al.* Physical Activity and Public Health in Older Adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Indianapolis, v. 39, n. 8, p. 1435-1445, aug. 2007.

PIETILÄINEN, K. H. *et al.* Physical inactivity and obesity: a vicious circle. **Obesity (Silver Spring)**, Silver Spring, n. 2, v. 16, p. 409-414, feb. 2008.

PRASAD, D. S.; DAS, B. C. Physical inactivity: a cardiovascular risk factor Indian. **Indian Journal of Medical Sciences**, Bombay, v. 63, n. 1, p. 33-42, jan. 2009.

REIS, R. S. *et al.* Avaliação de Programas Comunitários de Atividade Física: a experiência do CuritibAtiva. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 89-106.

REZENDE, L. SOE - Vitória, ES: Sete anos de sucesso com uma ideia simples, eficaz e de baixo custo. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niteroi, v. 3, n. 3, p. 84-86, jul./set. 1997.

REZENDE, M.; BAPTISTA, T. W. F. A Análise da Política proposta por Ball. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. p. 173-180. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/LivroCompleto-versao-online.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH H. C. The advocacy coalition framework. An assessment. In: SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH H. C. (Ed.). **Theories of the policy process**. Boulder: Westview Press, 1999. p. 189-220.

SABATIER, P. A. **Theories of the policy process**. 2. ed. Boulder: Westview Press, 2007.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO, J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção da AIDS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 3, p. 335-346, jul./set. 2006.

SAWAF, C.; CASSOU, J. C. CuritibAtiva programa de incentivo à atividade física da cidade de Curitiba. In: KRUCHLESKI, S.; RAUCHBACH, R. **CuritibAtiva Gestão**

**nas Cidades Voltadas à Promoção da Atividade Física, Esporte, Saúde e Lazer:** avaliação, prescrição e orientação de atividades físicas e recreativas, na promoção da saúde e hábitos saudáveis da população curitibana. Curitiba: Rauchbach, 2005. p. 56-65.

SILVA, P. F. A.; BAPTISTA, T. W. F. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 441-465, 2014.

SIMÕES, E. *et al.* Effects of a Community-Based, Professionally Supervised Intervention on Physical Activity Levels Among Residents of Recife, Brazil. **American Journal of Public Health**, New York, v. 99, n. 1, p. 68-75, jan. 2009.

SJÖHOLM, A. Global "epidemics" of diabetes. Physical inactivity and obesity have direct connection to the increase-insulin resistance also among children and adolescents. **Lakartidningen**, Stockholm, v. 99, n. 10, p. 1042-1043, mar. 2002.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G. *et al.* (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SPANNA, T. M. *et al.* Revisão Integrativa: intervenções comportamentais para realização de atividade física. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 1-8, nov./dez. 2009.

STRONG, W. B. *et al.* Evidence Based Physical Activity for School-age Youth. **The Journal of pediatrics**, St. Louis, v. 146, n. 6, p. 732-737, jun. 2005.

UKELES, J. B. Policy analysis: Myth or Reality? **Public Administration Review**, Washington, v. 37, n. 3, p. 223-228, maio/jun. 1977.

VENTURIN, L. M. V. P.; MOLINA, M. C. B. Mudanças no Estilo de Vida após as Ações Realizadas no Serviço de Orientação ao Exercício – Vitória/ES. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 10, n. 2, p. 4-16, 2005.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA *et al.*, (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Serviço de Orientação ao Exercício**. Disponível em: <[www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=comoeoservico](http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=comoeoservico)>. Acesso em: 6 abr. 2013.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, dez. 1994.

WEI, M. *et al.* Low cardiorespiratory fitness and physical inactivity as predictors of mortality in men with type 2 diabetes. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 132, n. 8, p. 605-611, apr. 2000.

WILDAVSKI, A. **The Art and the Craft of Policy Analysis**. London: Macmillan, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. **Food and Nutrition Bulletin**, Boston, v. 25, n. 3, p. 292-302, set. 2004.

## Capítulo 3

# PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

O “fazer ciência” não segue um único modelo ou padrão de trabalho científico. Ao contrário, a forma de pesquisar depende de diversos fatores e foi sempre marcada pela diversidade de métodos (e de técnicas) de investigação e de métodos de explicação (MARTINS, 2004).

Para Richardson (1989) os estudos que empregam uma metodologia qualitativa têm como objeto a investigação de situações complexas ou estritamente particulares, podendo analisar a interação de certas variáveis, compreender processos dinâmicos vividos por grupos sociais e assim contribuir no processo de mudança de determinados grupos e possibilitar, em maior profundidade, compreender o comportamento do indivíduo.

A pesquisa qualitativa apresenta as seguintes características (TRIVIÑOS, 2011):

- a) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave;
- b) A pesquisa qualitativa é descritiva;
- c) Os Pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto;
- d) Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente;
- e) O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa, ou seja, uma das grandes postulações da pesquisa qualitativa é a de sua atenção preferencial pelos pressupostos que servem de fundamento à vida das pessoas.

Essa abordagem responde a questões muito particulares. “Intuições”, “explorações e o subjetivismo”, seria um tipo de pesquisa que capta algo não perceptível, através de equações, média e estatística (MINAYO, 2001, 2004). Permite a aproximação com o que se deseja estudar e conhecer, e também cria um conhecimento a partir da realidade presente no campo (CRUZ NETO, 2001).

Um aspecto importante a considerar é que a pesquisa qualitativa não segue sequência tão rígida das etapas assinaladas como para o desenvolvimento da pesquisa quantitativa. Por exemplo, a coleta e a análise dos dados não são estanques, as informações que se recolhem, geralmente são interpretadas e isto pode originar a exigência de novas buscas de dados (TRIVIÑOS, 2011).



Para Minayo (2011), a realidade pode ser conhecida por meio de dados subjetivos e objetivos, inseparáveis e interdependentes. E neste caso, a triangulação de métodos é a proposta que alia abordagens quantitativas ou qualitativas, permitindo a interação, a crítica intersubjetiva e a comparação na análise das situações sociais. Além disso, diante de uma cultura da quantidade, Bosi (2012) ressalta a dificuldade de ampliação do método qualitativo, visto às restrições no nosso âmbito de formação acadêmica dos próprios profissionais de saúde.

Pesquisar com métodos qualitativos envolve, portanto, o emprego da observação em primeira mão, das entrevistas com perguntas abertas, dos relatos, em contraposição a números, tabelas e modelos estatísticos; há preocupação com a revelação do contexto e não tanto no de justificação e/ou aplicação; enfoca-se mais os significados do que a frequência dos fatos; há tendência a considerar os fenômenos sociais mais como particulares e ambíguos, do que como repetíveis e claramente definidos e captar a informação de maneira mais flexível e menos estruturada (TOBAR; YALOUR, 2001).

### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo se caracteriza como de caso, exploratório e analítico. Para tanto, utilizou-se uma triangulação metodológica, que para Minayo (2005) é a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Assim, para coleta dos dados nesta investigação, fizemos uso de documentos e da entrevista semiestruturada individualizada.

Para Gunther (2006), o desenho utilizado em uma pesquisa científica depende de diversos fatores, como: materiais, temporais e pessoais. A questão não é colocar a pesquisa qualitativa versus a pesquisa quantitativa, e sim observar as implicações de natureza prática, empírica e técnica, o que significa, portanto, usar a abordagem teórico-metodológica que permita, num mínimo de tempo, chegar a um resultado que melhor contribua para a compreensão do fenômeno e para o avanço do bem-estar social.

No caso específico da presente investigação, foi realizado, como dito anteriormente, um estudo de caso com base na abordagem qualitativa. Os estudos de casos primam por estudar os contextos e fenômenos onde os dados precisam

convergir, sejam eles quantitativos e/ou qualitativos, formando um triângulo, fazendo com que as variáveis e suas várias fontes de evidência sejam amplamente discutidas (YIN, 2005).

Para Minayo (2006) a escolha entre métodos quantitativos e qualitativos, ou entre a objetividade e a subjetividade, ou entre as ciências naturais e sociais, sempre foi bastante polêmica, por haver defensores convictos de que um método é melhor que o outro. Por isso vem crescendo a ideia de se realizar estudos que possam integrar complementarmente os dois métodos, trazendo contribuição de ambos para as pesquisas na área da saúde.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos polos do Programa Academia da Cidade (PAC) localizados no município do Recife, como também em sua sede administrativa. Este município se estrutura numa área de 209 Km<sup>2</sup>, e população superior a 1,5 milhões de habitantes. O território do Recife é subdividido, desde 1988, em 94 bairros, mediante Decreto Municipal N° 14.452/88. Para efeito de planejamento e gestão, a Cidade também é dividida espacialmente em seis Regiões Político-Administrativa (RPA), sendo cada uma destas subdivididas em três Microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Na saúde cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (RECIFE, 2008).

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A definição da amostra e o fechamento do estudo científico dizem muito a respeito de como foi o rigor na realização da pesquisa, por isso esse é um indicador que pode demonstrar se o estudo é válido, reproduzível (quando se aplica) e por que não “respeitável” do ponto de vista acadêmico. Para tanto, a pesquisa qualitativa pode lançar mãos dos mesmos métodos utilizados pelos estudos tradicionais quando definirem os seus personagens envolvidos na pesquisa.

A amostra na pesquisa qualitativa pode ser tanto probabilística quanto não-probabilística, ou seja, pode-se utilizar as mesmas técnicas das pesquisas quantitativas. No entanto, geralmente há seleção dos processos não-probabilísticos de amostragem, mesmo assim podem representar uma fase difícil de planejar e

empreender (FONTANELLA, 2008), devido à dificuldade em definir quais os indivíduos mais adequados para serem incluídos nas amostras (ou seja, a adequação da amostra ao objeto de estudo), pois sua fragilidade pode reduzir a validade externa dos estudos.

Grande parte dos estudos qualitativos se utiliza de ferramentas que busquem a amostragem por saturação. Uma das maneiras de fazê-lo corresponde ao processo de amostragem por saturação teórica, quando se interrompe a coleta de dados ao se constatar que os elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais apreendidos a partir do campo de observação (FONTANELLA, 2011). Flick (2009), afirma: “O que determina o modo de selecionar as pessoas a serem estudadas é a sua relevância ao tópico da pesquisa, e não a sua representatividade”.

Há diversas maneiras de se verificar a saturação da amostra, Fontanella (2011) apresenta como, operacionalmente, se realiza a sistematização dos dados: inicialmente há disponibilização de dados brutos, em seguida é feita a leitura das transcrições e registros realizados por diferentes pesquisadores, então são definidas categorias e rótulo para os dados, que por fim são colocados em tabelas onde se verificam quais são as informações da pesquisa que surgiram com maior frequência e por isso estão saturados.

A amostra foi do tipo intencional, que é aquela em que o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc.) de determinados atores (MARCONI; LAKATOS, 2006; NAVERRETE, 2006). Para definição do tamanho final da amostra, foi utilizado o critério de saturação.

As entrevistas foram realizadas entre o período de maio a setembro de 2014. Participaram como sujeitos da pesquisa 08 gestores/formuladores/profissionais, 04 gestores/formuladores de programas congêneres e 12 usuários, perfazendo um total de 24 entrevistados. Vale ressaltar que apesar do número de entrevistados, percebemos a saturação das questões de pesquisa a cada entrevista, ou seja, as mesmas discussões foram apontadas pelos diferentes entrevistados, com pequenas diferenças em relação ao tema, sugerindo que não seria necessário buscar outros atores para o entendimento do debate.

Nesta investigação, foram considerados sujeitos os gestores, ex-gestores (principalmente os formuladores do programa) e profissionais envolvidos no programa, como também gestores e formuladores de outros programas congêneres.

Além destes, foram também sujeitos da pesquisa, os usuários do programa, preferencialmente, mais antigos e que participam do programa desde sua origem.

Na apresentação dos resultados, tanto os gestores quanto os usuários foram nomeados a partir da ordem de entrevista, ou seja, Gestor 01, Gestor 02 e assim por diante, como também Usuário 01, Usuário 02, Usuário 03 e etc.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Nessa etapa foram coletados os dados considerando a qualidade e a quantidade de informações necessárias a garantir a fidedignidade dos resultados. Sendo assim, os dados foram obtidos a partir de pessoas (participantes dos programas, quadro de pessoal envolvido, gestores) em entrevista semiestruturada individualizada e em documentos.

A análise documental foi utilizada na descrição dos documentos que deram origem ao Programa Academia da Cidade (PAC), como também relatórios, avaliações, material de publicidade do programa, material da mídia espontânea, Portarias e Resoluções, Notas Técnicas, Diários Oficiais do Município e do Estado, Plano Municipal de Saúde.

A entrevista semiestruturada individualizada foi realizada com os formuladores e gestores quanto à formulação do programa e forma de gestão; os gestores e formuladores dos programas congêneres quanto a relação com o PAC Recife; e os usuários com a finalidade de recolher informações sobre o sentimento quanto ao ingresso e manutenção no programa e as repercussões na sua qualidade de vida. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas.

Minayo (2004) refere a entrevista como instrumento privilegiado de coleta de informações, pois o diálogo tem a possibilidade de ser revelador de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmite, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Com a intenção de contemplar as categorias de análise e suas variáveis para alcançarmos os objetivos do estudo, foi necessário lançar mão de duas formas de análise de dados: análise documental e a análise de conteúdo do discurso.

A análise documental serviu para identificar, nas fontes utilizadas, informações relevantes que subsidiaram a compreensão da formulação, implementação e manutenção do Programa Academia da Cidade do Recife.

Para a análise dos documentos e do conteúdo das entrevistas semiestruturadas, que foram aplicadas aos informantes-chaves já descritos, foi utilizado como referência os modelos de análise de entrevistas apresentados por Kvale (1996).

Esse autor destaca cinco principais tipos de análise: a condensação de significados, a categorização de significados, a estrutura de significados através da narrativa, a interpretação de significados e o método ad hoc de geração de significados. Dentre os tipos apresentados, utilizou-se a Condensação de Significados, por ser este considerado o mais adequado aos objetivos do estudo, pois na literatura, estudos congêneres (GUARDA, 2014; GURGEL, 2007; SANTOS, 2010; 2014) fizeram uso da mesma técnica, o que facilitou a discussão dos resultados encontrados nesta investigação.

Nesse tipo de análise, as passagens das entrevistas foram relacionadas a uma questão específica do estudo e foram cotadas e condensadas num quadro constituído pelas unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos, na coluna da esquerda, e os temas centrais relacionados a estes, que são categorias conceituais, na coluna da direita, seguido abaixo de ambas, pela descrição essencial da questão relacionada ao estudo.

O Quadro 1 apresenta um exemplo de como devem ser organizadas as análises de conteúdo através do modelo proposto por Kvale.

Quadro 1 - Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial.

<b>QUESTÃO Nº 12</b>	
Em sua opinião, quais são os fatores que tornaram possível a manutenção do programa Academia da Cidade ao longo de todos esses anos?	
<b>Unidade Natural</b>	<b>Tema Central</b>
<p>Primero o concurso, você tem uma equipe estável, uma equipe que sabe que ela pode ter uma carreira, isso garante, a gente vê muitos projetos se perderem com o tempo porque os profissionais não têm a garantia de manutenção...</p>	<p>Concurso público para contratação efetiva dos Profissionais de Educação Física</p>
<p>(...) e a outra coisa que é a principal é a mobilização da população, é o envolvimento da população nas tomadas de decisão (...) eles estão envolvidos em vários processos do programa, eles têm consciência política, eles são mobilizados pelos profissionais a participar de conferências municipais de saúde...</p> <p>(...) então esse envolvimento com a população é o que garante que esse programa tenha vida longa, é o que garante que pode mudar de gestão, de partido, de filosofia, mas toda gestão que entrar ela sabe que em Recife tem que dá uma atenção especial ao Academia da Cidade, porque é um programa que a população já tem para si como sua cultura.</p>	<p>Adesão (participação e mobilização) da população ao PAC.</p>
<p>Virou uma política de estado, não tem como voltar mais atrás, então isso aí é o que me dá garantia sim, me dá perspectiva de permanecer no programa por muito tempo como profissional.</p>	<p>O PAC considerado como uma política de estado.</p>
<b>Descrição Essencial da Questão de Pesquisa</b>	
<p>A participação da população no PAC foi fundamental para sua manutenção. A participação efetiva na gestão dos polos, na conservação, nas conferências municipais de saúde e no orçamento participativo da prefeitura fez deste programa um dos mais importantes programas de promoção da saúde do município.</p> <p>A contratação dos profissionais de Educação Física através de concurso público garantiu um corpo funcional e uma memória institucional do Programa academia da cidade.</p> <p>Acredita-se que o PAC Recife passa a ser uma política de estado, e independente da gestão governamental, já faz parte da cultura da população do Recife.</p>	

Fonte: O autor, 2015.

Para Kvale (1996), os passos para a organização e análise das entrevistas, são:

- a) Leitura cuidadosa das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo;
- b) Determinação das unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito;
- c) Definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível;
- d) Questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo;

- e) Descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa.

Para análise da política, foi utilizado o modelo teórico proposto por Araújo e Maciel (2001), que sugere o que e como estudar as seguintes categorias de análise: contexto, conteúdo, atores sociais e processo.

O **contexto** caracteriza o ambiente no qual a política é proposta e implementada.

Na análise do **conteúdo** foram considerados os resultados obtidos pela política; a coerência entre objetivos e metas propostos em relação aos programas, projetos e ações desenvolvidos; e a perspectiva político-social que fundamenta as propostas da política.

Na categoria de análise **atores sociais** foram consideradas todas as pessoas, instituições e organizações sociais que se relacionam direta ou indiretamente com a política, em todas as fases do processo (SAMPAIO; ARAÚJO, 2006).

Como última categoria de análise, está o **processo**. Para tanto, foi observado o processo de tomada de decisões, a extensão da política, o tipo de política e a forma de implementação.

### 3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DO ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa onde foram utilizados dados primários e secundários para análise. A coleta dos dados primários foi oficialmente autorizada conforme carta de anuência cedida pela Prefeitura Municipal do Recife (Anexo). O sigilo das informações obtidas foi garantido, sem identificação nominal do sujeito da pesquisa, bem como a divulgação dos resultados apenas no meio científico. Os sujeitos que fizeram parte da amostra assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D), onde foram especificados os possíveis riscos e benefícios de sua participação nessa pesquisa.

Esta pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/13 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, e foi autorizada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco sob Parecer Consubstanciado Nº 656.639/2014 (Anexo A).

As informações obtidas neste estudo serão mantidas em acervo exclusivo aos pesquisadores envolvidos na pesquisa durante cinco anos.

Nos capítulos 4, 5 e 6, serão apresentados os resultados desta investigação considerando os objetivos propostos.



## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, 203-221, set./dez. 2001.
- BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 575-586, mar. 2012.
- CRUZ NETO, O. Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 55-61.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.
- FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa Qualitativa**. São Paulo: Artmed, 2009.
- GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: esta é a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 201-210, maio/ago. 2006.
- GUARDA, F. R. B. **Análise dos Processos de Trabalho dos Profissionais de Educação Física que Atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife**. 2014. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.
- GURGEL, I. D. G. **A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores**. 2007. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.
- KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks: Sage, 1996.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MARTINS, H. H. T. S. Metodologia Qualitativa de Pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, maio/ago. 2004.
- MINAYO, M. C. S. **Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MINAYO M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Avaliativa por Triangulação de Métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoque 122 emergente**. Petrópolis: Vozes, 2006.

MINAYO, M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, p. 2-11, 2011.

NAVARRETE, M. L. V. *et al.* **Introducción a las Técnicas Cualitativas de Investigación Aplicadas en Salud**. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2006.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 22.345, de 18 de outubro de 2008**. Reestrutura o Regulamento do Programa Academia da Cidade. Disponível em: <[www.legiscidade.com.br](http://www.legiscidade.com.br)>. Acesso em: 31 mar. 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

SANTOS, F. A. S. **Política de Saúde em Pernambuco e os Novos Arranjos Jurídicos**: processo, definição de prioridades e evidências. 2014. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

SANTOS, F. A. S. **Análise da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como Fazer Teses em Saúde Pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e método. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2005.

## Capítulo 4

# IMPLANTAÇÃO E EVOLUÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE: contexto, conteúdo, atores sociais e processo

## **4 IMPLANTAÇÃO E EVOLUÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE: CONTEXTO, CONTEÚDO, ATORES SOCIAIS E PROCESSO**

### **4.1 O CENÁRIO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE – O CONTEXTO IDEAL PARA A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE**

Na gestão do governo do prefeito João Paulo, que se inicia em 2001, transformar o município do Recife, a partir da adoção de uma concepção mais ampla de saúde e que possuía como eixo norteador a construção de uma Cidade Saudável, um Recife Saudável, fez com que a política de saúde partisse de um planejamento que avançasse no sentido de envolver fortemente a população em suas decisões. Assim, a política de saúde do Recife estava em sintonia com as diretrizes da Prefeitura da Cidade do Recife para a construção de um modelo de cidade que fosse: integrada, democrática, com espaços comuns de inclusão social, solidária, que valorize a vida de seus habitantes facultando-lhes acesso aos serviços básicos, a uma moradia decente, à educação, ao trabalho digno, à cultura, ao lazer saudável, à oportunidade de desenvolver suas habilidades, à liberdade de expressão e de criação (RECIFE, 2002a).

O município saudável é aquele onde todos os cidadãos encontram condições para viver bem e se sentem integrados e participantes das decisões. O conceito de Cidades Saudáveis surgiu no Congresso Canadense de Saúde Pública, em 1984, denominado “Para Além da Assistência à Saúde”. Seria uma imagem-objetivo a ser buscado, na qual as estratégias de Promoção da Saúde estariam fundamentando a elaboração de políticas públicas saudáveis, que incluem a concepção e planejamento dos espaços públicos, o fluxo de veículos, o destino do lixo, o tratamento e o acesso à água, as relações no trabalho, nas escolas e nas instituições como um todo. Um lugar onde os cidadãos, plenos de direitos e empoderados, participam da elaboração e execução de políticas públicas, no sentido de advogar por condições necessárias nas esferas políticas, sociais, econômicas, ambientais e educacionais, para que se alcance o mais alto grau de saúde e de bem-estar (OLIVEIRA NETO, 2009).

No contexto brasileiro, várias cidades adotaram o ideário das Cidades Saudáveis para pensar a gestão municipal e a organização do espaço urbano, além da elaboração de políticas saudáveis e reorientação dos serviços de saúde. No

entanto, a cidade de Curitiba se destaca nacionalmente ao se tornar referência dentre as capitais no que concerne a adoção deste modelo (OLIVEIRA NETO, 2009). Recife é uma das cidades brasileiras que a partir de 2001 adota os ideários da Promoção da Saúde e das Cidades Saudáveis na construção da Política Municipal de Saúde, denominada Recife Saudável (RECIFE, 2002; SANTOS; ARAÚJO JÚNIOR, 2006).

Portanto, o desafio da gestão municipal na época, residia em minimizar os contrastes sociais, em busca da melhoria das condições de vida da população por meio da oferta de serviços públicos que garantam a inclusão social (RECIFE, 2006).

Nesse sentido, a construção coletiva e integrada de um Recife Saudável requereu, dentre tantos aspectos, o reconhecimento das condições de vida e do estado de saúde da população. Então, o conceito de saúde não pode estar restrito a ausência de doenças, mas relacionado às condições de vida desta população (RECIFE, 2002a).

Alguns indicadores de saúde mostravam uma realidade preocupante em Recife. Dados epidemiológicos referentes à mortalidade, por exemplo, auxiliam no reconhecimento e na avaliação do perfil de saúde da população recifense da época. Nos anos de 1999 e 2000 ocorreram, respectivamente, 9.890 e 10.149 óbitos em residentes no Recife, correspondendo a uma Taxa Bruta de Mortalidade Geral de 7,19 e 7,32 por 1.000 habitantes. A maioria dos óbitos ocorridos em 2000 (5.594 mortes=55,1%) ocorreu na faixa etária acima dos 60 anos, seguida da faixa de 40 a 59 anos (2.128 óbitos=21,0%) e de 20 a 39 anos (1.470 óbitos=14,5%) (Tabela 01).

**Tabela 1 - Número de Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 hab.) segundo Faixa Etária. Recife, 2000\***

Faixa Etária (em anos)	Nº de Óbitos	Coeficiente de Mortalidade
< 1	509	20,07**
1 – 9	112	49,94
10 – 19	323	113,00
20 – 39	1470	307,72
40 – 59	2128	844,14
60 e +	5594	4.720,79
Ignorada	13	...
Total	10149	732,48

Fonte: Brasil (2015).

Nota: \*\*Coeficiente de Mortalidade de <1 ano por 1.000 nascidos vivos

Em 2000, 3.239 óbitos (31,91%) foram decorrentes das doenças do aparelho circulatório, primeira causa de morte entre os residentes no Recife, com um Coeficiente de Mortalidade (CM) de 233,77 por 100.000 habitantes.

Em relação à mortalidade por faixa etária segundo causa básica observa-se, em 2000, que o risco de morte em decorrência das Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) foi maior nos idosos (>60 anos), seguindo-se da faixa de 40 a 59 anos. Porém, o risco no primeiro grupo foi sete vezes maior que no segundo.

**Tabela 2 - Coeficientes de Mortalidade (por 100.000 hab.) por Grupos de Causas Específicas. Recife, 1999 – 2000**

Grupo de Causas (Capítulo CID-10)	1999 CM	2000* CM	Variação Anual (%)
Doenças do Aparelho Circulatório	222,96	233,77	↑ 4,85
Causas Externas (Violências)	106,57	107,68	↑ 1,04
Neoplasias	94,00	103,71	↑ 10,33
Doenças do Aparelho Respiratório	82,51	77,15	↓ 6,50
Doenças Endócrinas, Nutrição. e Metabólicas	43,84	45,61	↑ 4,04
Doenças Infecciosas e Parasitárias	48,13	45,25	↓ 5,98
Doenças do Aparelho Digestivo	45,73	43,74	↓ 4,35

Fonte: Brasil (2015).

Chamava a atenção o elevado risco de morte por DAC na faixa dos 20 aos 39 anos, terceira causa de óbito nesse grupo etário, apontando uma taxa de mortalidade importante por DAC em faixas etárias cada vez mais jovens, merecendo uma atenção diferenciada do setor saúde a esse aspecto.

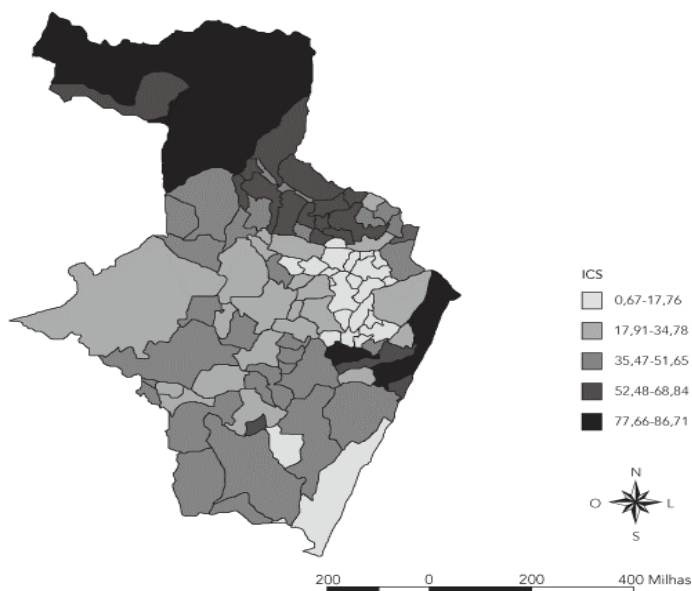
Os dados apresentados nos revelavam uma situação de saúde preocupante, uma vez que as doenças do aparelho circulatório poderiam ser prevenidas e evitadas através do exercício físico regular, de hábitos alimentares saudáveis, aplicados de forma orientada assim como assumindo comportamentos preventivos gerais associados às necessidades socioambientais que influenciam a qualidade de vida, contribuindo na construção de um perfil saudável para o município. Associada a condição de saúde do recifense, vale salientar que a precariedade socioeconômica e a violência são indicadores sociais que configuram uma baixa qualidade de vida, advinda dos percalços históricos.

O Recife expressava e ainda expressa na sua configuração fisicoterritorial, as diferenças provocadas pelo quadro socioeconômico que se consolidou ao longo de

sua história. A cidade exibe ainda a convivência de seus habitantes: próximos territorialmente, mas separados pelas enormes diferenças sociais. Dessa forma, às características físico-ambientais estão associadas às configurações sociais que se espalham nos alagados da planície, nos morros que circundam ampla região central e as regiões norte, noroeste e sudoeste. Nesses espaços localizam-se os assentamentos populares, caracterizados pela presença de uma população pobre, carente de infraestrutura e serviços urbanos (RECIFE, 2002b).

Nesse contexto em que se encontrava o município de Recife, considerando os níveis de carência social (figura 03) e ocupações urbanas ocorridas nas últimas décadas que favoreceram o desaparecimento de locais para o lazer e a prática de atividades físicas, contribuindo, entre outros fatores, para a ociosidade não produtiva e o sedentarismo, surge a proposta de criação do Programa Academia da Cidade do Recife. Este com o objetivo de contribuir para a construção de um Recife Saudável através da prática de atividades físicas orientadas, em espaços públicos, como veículo de promoção da saúde, dentro do modelo de gestão integrada e participativa da Prefeitura do Recife, na busca de um contínuo viver saudável (RECIFE, 2010a).

**Figura 3** – Distribuição de bairros segundo estratos de carência social.



ICS: indicador composto de carência social.

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2002 – 2005 (RECIFE, 2002b)

A fala do Ex-Gestor do PAC Recife e Formulador do PAS chama a atenção para que, além dos dados epidemiológicos da época e do modelo de gestão proposto pelo município, o alinhamento político foi fundamental para a implantação do PAC Recife.

Na verdade o que aconteceu em Recife, como aconteceu também no Ministério da Saúde no âmbito Federal, foi um alinhamento político favorável à implantação de programa desse tipo. [...] e que quando João Paulo assume, e Humberto assume, e ele já circulava com essa ideia da atividade física, então que ele identifica, tem um alinhamento político que traz esse programa, o Exercício e Saúde, numa perspectiva de um programa público (FORMULADOR PAC Recife – Informação Verbal).

Mesmo tomando como referência o programa Exercício e Saúde (descrito com detalhes na próxima sessão do capítulo) e apoiado na vontade e alinhamento político da época, o PAC Recife surge com um conceito mais ampliado de promoção de atividade física para comunidade. Isto vem no discurso do Formulador do PAC Recife:

É importante deixar claro que quando a gente partiu deste pressuposto que, apesar de existir um programa anterior promovido pela UPE chamado Exercício e Saúde, o PAC seria uma nova proposta com uma releitura de uma inserção social muito grande... (FORMULADOR PAC Recife – Informação Verbal).

Sendo assim, a criação do Programa Academia da Cidade do Recife passa a ser uma das estratégias importantes de promoção da saúde da gestão municipal da época.

#### 4.2 ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DO PAC – CONTEXTO E CONTEÚDO

O Programa Academia da Cidade de Recife (PAC Recife) é considerado uma das iniciativas bem sucedidas quando se trata de intervenções com base na comunidade em território nacional. Objeto de diversas investigações (BRASIL, 2010; 2011; HALLAL *et al.*, 2009; 2010; LEMOS, 2012; LIMA *et al.*, 2012; SIMÕES *et al.*, 2009), o PAC Recife tem servido de referência para o surgimento de outros programas de promoção da atividade física em comunidades como também em definições de políticas governamentais para promoção da saúde e qualidade de vida. No entanto, ressalta-se a importância do programa Exercício e Saúde na concepção do Programa Academia da Cidade do Recife.



Em 1996, foi estabelecida parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Recife, gestão do então prefeito Roberto Magalhães, e a Escola Superior de Educação Física da Universidade de Pernambuco (ESEF/UPE), que resultou na criação de um projeto intitulado Exercício e Saúde. Esse projeto foi desenvolvido no Parque da Jaqueira, na Praça de Jardim São Paulo, na Praça do Hipódromo e na sede da ESEF/UPE (HALLAL *et al.*, 2011).

O programa de extensão universitária Exercício e Saúde oferecia avaliação física, avaliação médica e a avaliação nutricional. Com essas informações, eram realizadas prescrições de programas de exercícios físicos individualizados, como também a orientação e supervisão das atividades. Além disso, eram oferecidas sessões de alongamentos para os usuários inscritos no projeto. O programa também contava com uma auxiliar de enfermagem de plantão para atender as eventualidades e prestar os socorros de urgência quando necessário. No entanto, por se tratar de um programa de extensão universitária, não estava relacionado com a rede de saúde local e sua concepção ainda se limitava a atenção individualizada em detrimento da visão de coletividade.

Considerando as experiências anteriores, tanto de Recife como de outros municípios, a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Recife, em parceria com a Universidade de Pernambuco (UPE) e a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), cria o Programa Academia da Cidade, em 2002.

O programa foi instalado em polos da cidade, readequando as estruturas físicas dos parques, dos jardins e das praças, requalificando os espaços públicos de lazer e instituindo políticas de saúde pública e participação comunitária alinhadas com a gestão municipal (RECIFE, 2010b).

De acordo com a Nota Técnica do PAC Recife (RECIFE, 2010b, grifo nosso), os objetivos do programa são:

Como **objetivo geral**, contribuir para a promoção da saúde coletiva através da prática de atividades físicas e orientação para adoção de hábitos alimentares saudáveis. Potencializando o uso dos espaços públicos, promovendo o protagonismo social, visando à melhoria da qualidade de vida da população recifense. E como **objetivos específicos**:

- Estimular e orientar aos cidadãos quanto aos cuidados individuais e coletivos com a saúde;
- Melhorar os níveis de aptidão física relacionados à saúde;
- Potencializar o uso dos espaços públicos e equipamentos de saúde promovendo a prática de atividade física e incentivando a adoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Incentivar a produção de conhecimentos e sua socialização;
- Incentivar a prática da atividade física em todas as suas dimensões;

- Discutir os diversos tipos de culturas valorizando as nossas tradições;
- Promover ações intersetoriais com iniciativas públicas/privadas e sociedade civil organizada;
- Promover gestão integrada na perspectiva da corresponsabilidade social e do fortalecimento da participação popular na construção de políticas públicas;
- Fortalecer a Promoção da Saúde como política transversal;
- Favorecer a ressocialização dos usuários da rede de saúde mental e de substâncias psicoativas;
- Incentivar e contribuir para a autonomia dos usuários do PAC e fortalecer as diretrizes da gestão municipal.
- Dar suporte as iniciativas da Atenção Básica
- Aproximar o PAC das redes de ensino, disponibilizando o espaço para acolher e orientar alunos de várias faixas etárias.
- Realizar ações intersetoriais, qualificadas com os diversos setores da rede de saúde, numa perspectiva de promoção de saúde;
- Estimular a prática de atividades físicas no lazer.

Apesar de entrar em funcionamento desde abril de 2002, o PAC Recife foi oficialmente criado pelo Decreto nº 19.808, de 22 de Fevereiro de 2003 (RECIFE, 2013a). Em 2006, o Decreto nº 22.345 de 18 de outubro de 2006 propõe uma regulamentação e reestruturação do Programa (RECIFE, 2013b). O PAC Recife insere-se como política de promoção à saúde de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde, tendo por objetivo contribuir para construção de um Recife Saudável, fomentando a prática regular de exercícios físicos, hábitos alimentares saudáveis e inclusão social na perspectiva da promoção da saúde efetivada dentro do modelo de gestão integrada e participativa da Prefeitura do Recife (RECIFE, 2013c).

O PAC Recife busca por em prática a promoção de serviços públicos voltados à melhoria da qualidade de vida das pessoas, representando uma tendência a conceber a saúde em sua complexidade e totalidade. Além de ser uma ação pública que possa promover o bem estar social de todas as classes sociais, a alocação dos equipamentos através dos quais esses serviços gratuitos são oferecidos, na prática, representa a concessão de uma reivindicação popular (LIMA *et al.*, 2012).

O programa caracteriza-se como uma estratégia da política de promoção da saúde com ênfase na atividade física e alimentação saudável, possuindo como princípios norteadores a autonomia do sujeito, o protagonismo social, a intersetorialidade, a gestão compartilhada, a interdisciplinaridade, a transversalidade e a saúde e o lazer como direitos do cidadão (RECIFE, 2010b).

O programa começou com seis polos e todo o investimento para a construção e manutenção era custeado pela prefeitura municipal. A ideia inicial foi inaugurar um

polo por cada Distrito Sanitário (DS), com o intuito de avaliar o impacto, através de projeto-piloto, deste tipo de intervenção, como bem relata o Formulador do PAC Recife.

A ideia era lançar o programa com seis polos, um em cada distrito sanitário. Para depois avaliarmos o impacto, e a partir deste impacto aumentar a necessidade de criação de mais polos (FORMULADOR PAC Recife - Informação Verbal).

Até o ano de 2008, o programa havia ampliado para 20 polos e atualmente já estão em funcionamento 41 polos espalhados por toda a cidade do Recife distribuídos em seus seis Distritos Sanitários (RECIFE, 2014), e o apoio significativo das parcerias com o Governo do Estado de Pernambuco e com o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, favorece a manutenção e ampliação do programa.

As intervenções ocorrem em locais públicos estruturados para a realizações das ações (praças e parques), em equipamentos de saúde, tais como CAPS, Albergue Terapêutico, centros especializados de saúde, comunidade; e, ainda, em outros espaços públicos de lazer identificados como possíveis para atuação do Programa (RECIFE, 2010b).

As atividades oferecidas pelo programa variam de acordo com o potencial de cada polo. Vão desde as mais diversas atividades corporais, como jogos, lutas, dança, ginástica, esportes, como também avaliação física, avaliação nutricional, palestras, seminários, passeios interpolos e intermunicipais, passeios ciclísticos, participação em Orçamento Participativo (OP), participação em Conferências Municipais, participação em competições atléticas, discussões sobre as datas do calendário da saúde, entre outros (HALLAL *et al.*, 2011; RECIFE, 2010b).

Das intervenções que são realizadas nos polos, existem as atividades que são desenvolvidas na comunidade articuladas com a Estratégia de Saúde da Família, através dos seus Grupos de Idosos, HiperDia, Grupos de Gestantes, Grupos de Adolescentes, Grupos de Educação Popular em Saúde, além de planejar e sistematizar ações em conjunto com as equipes das Unidades de Saúde, Associações de Moradores, Entidades Religiosas, Organizações Não-Governamentais e Espaços Públicos de Lazer, e ainda as intervenções nos Centros de Apoio Psicossociais a partir da construção coletiva do Grupo Movimento (RECIFE, 2010b).

Considerando todas essas ações do programa e o quanto ele foi se consolidando como uma estratégia de saúde da gestão pública do município, o que pode ter levado este a se manter durante tanto tempo e tornar-se política de saúde.

Quando perguntado, nas entrevistas aos gestores do programa, quais os fatores que tornaram possível a manutenção do PAC Recife ao longo de todos esses anos, as respostas convergiram para as mesmas conclusões. Ou seja, a participação da população que utiliza o programa na gestão dos polos, na conservação, nas conferências municipais de saúde e no orçamento participativo da prefeitura e o sentimento de pertencimento fez deste programa um dos mais importantes programas de promoção da saúde do município.

O Gestor 03 do PAC Recife aponta em sua fala fatores fundamentais para a manutenção do programa enfatizando a participação da população:

Vários fatores. Eu acho que o principal é a participação da comunidade, o principal. [...] Então tem um envolvimento muito forte das pessoas que utilizam os polos, de tudo. [...] Elas participam de tudo, participam do planejamento, das ações do polo, da organização das confraternizações, dos passeios que tiverem, muitas vezes fazem mutirão de limpeza... (Gestor 03 PAC Recife – Informação Verbal).

Reforça o Gestor 06 do PAC Recife quanto à manutenção do funcionamento:

Ele permanece é porque a gente tá na comunidade... [...] A Academia da Cidade acaba sendo um espaço de convivência que isso faz diferença hoje em dia. As pessoas estão muito individuais. E lá é um lugar de troca, de gerar conhecimento, de trabalhar a autonomia e eu vejo muito isso, isso faz a diferença e é o que vem fazendo com que permaneça. Aí desenvolve o sentimento de pertencimento das pessoas (Informação Verbal).

Apesar de todos os gestores entrevistados referirem, como um fator determinante para a manutenção do programa, o envolvimento da população usuária nas mais diversas ações promovidas pelo o programa, outros fatores foram, também, importantes para que o PAC Recife tivesse vida longa. O Ex-Gestor do PAC e Formulador do PAS menciona em sua fala que a construção de saberes relacionados à saúde e a experiência acumulada pelos profissionais envolvidos no programa, além da inserção do mesmo como equipamento importante na rede de saúde local foram e são importantes para a manutenção do mesmo.

Para mim continua sendo o maior programa que possibilita colocar em prática saberes no campo da saúde. Porque o acúmulo de experiência que aqueles profissionais que lá estão é muito grande. Você não tem em lugar nenhum. [...] O programa se sustenta porque ele foi reconhecido como um programa de saúde, do SUS, da rede de saúde local. A sustentabilidade dele não depende mais do gestor (Ex-GESTOR PAC Recife e FORMULADOR PAS - Informação Verbal).

Outro aspecto importante para que o programa continuasse ativo durante todo este tempo foi à vontade política de fazer do programa uma política de estado, e que independente da passagem de gestão, o programa permaneceria ativo. Como bem afirma o Gestor 05 do PAC Recife:

Virou uma política de estado, não tem como voltar mais atrás, então isso aí é o que me dá garantia sim, me dá perspectiva de permanecer no programa por muito tempo como profissional (GESTOR 05 PAC Recife – Informação Verbal).

Mas parece que um aspecto muito relevante na manutenção do PAC Recife, e que ganhará destaque numa seção deste capítulo, foi à relação dos profissionais de Educação Física com o programa. O concurso público realizado para contratação efetiva desses profissionais pela Secretaria Municipal de Saúde foi inédito no Brasil, o que garantiu um corpo funcional estável e uma memória institucional ao programa. O compromisso destes profissionais com o programa, para sua manutenção, fica bem claro na fala do Gestor 03 do PAC Recife:

[...] a participação dos professores, a atuação, também. Se eles não pegarem o que a gente discute no âmbito da coordenação, da gestão e transformasse em ação na ponta, a gente não iria conseguir. Não iria conseguir ver esta relação com o usuário também (GESTOR 03 PAC – Informação Verbal).

Diversos estudos apontam a importância da participação da comunidade no sucesso dos programas e ações voltadas a promoção da saúde (HALLAL *et al.*, 2010; MARIN *et al.*, 2012; PINTO *et al.*, 2007), pois a mobilização social para conquistas em saúde apresenta extrema relevância, sendo a garantia de que a população participará do processo de formulação de políticas de saúde voltadas às necessidades e a qualidade de vida.

#### 4.3 AMPLIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA E CRESCIMENTO NO APORTE FINANCEIRO PARA FUNCIONAMENTO DO PAC RECIFE - PROCESSO

O Programa Academia da Cidade do Recife foi idealizado tendo como uma das finalidades a requalificação dos espaços públicos para a prática de atividades físicas e lazer (RECIFE, 2010b). Sendo assim, o aproveitamento de espaços utilizados pelo programa que antecedeu e as praças e parques do Recife passaram a ser potenciais polos de funcionamento do programa.

Mas o problema da infraestrutura foi um grande obstáculo para a criação e implementação do PAC Recife. A equipe de elaboração não tinha disponível nem espaço para suas reuniões de trabalho, como bem relata em sua fala o Formulador do PAC Recife:

Olha no início, o espaço físico que disponibilizaram, não tinha nem uma tomada para ligar um computador. [...] Mas era muita dificuldade. A gente não contava com nada, só com a nossa força de vontade. Na época não existia nada... (FORMULADOR PAC Recife – Informação Verbal).

A dificuldade para a implantação de programas de saúde em nível populacional deve-se a diversos aspectos como infraestruturas adequadas (MALTA *et al.*, 2014; SILVA; PETROSKI; REIS, 2009), financiamento necessário a operacionalização das ações (LOVERMAN *et al.*, 2011; PAIM *et al.*, 2011; SEDLMAYR *et al.*, 2013), profissionais aptos para atender as demandas do programa e dos usuários (GUARDA, 2014), entre outros.

No entanto, o empenho da Secretaria Municipal de Saúde do Recife para ampliar a infraestrutura do programa foi fundamental para a efetivação e consolidação das ações. Mas a dificuldade de prever no planejamento o financiamento para implantação e manutenção do programa foi, sem dúvida, uma importante barreira para o funcionamento do PAC Recife, como bem relata o Ex-Gestor do PAC Recife e Formulador do PAS:

A outra barreira é uma barreira que é um pouco recorrente nas políticas públicas de nosso país, você inicia o programa, mas você não planeja ao ponto de estar mantendo esse programa. [...] Nunca teve uma dotação própria (EX-GESTOR PAC Recife e FORMULADOR PAS – Informação Verbal).

Este problema no planejamento para a implantação do programa fica evidenciado na fala do Formulador do PAC Recife quando se refere à falta de um financiamento próprio e de apoio de uma política para programas desta natureza:

A verba do programa era verba de gabinete. Para montar os seis polos iniciais, eu lembro que foi verba do gabinete para comprar os materiais. Nenhum financiamento próprio... nada. [...] A gente não contava com nada, só com a nossa força de vontade. Na época não existia nada... Nenhuma política municipal, estadual ou federal que apoiasse a ideia (FORMULADOR PAC Recife – Informação Verbal).

A questão do financiamento tem sido uma pauta permanente e polêmica nas discussões da viabilidade do SUS, principalmente em relação à composição da

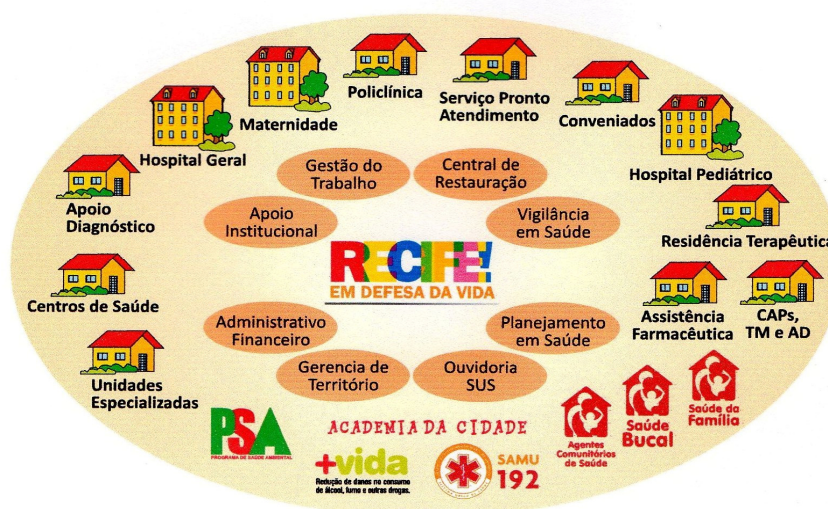
participação da União, estados e municípios, e à coerência entre o discurso de priorização de políticas e a destinação de recursos (DUARTE, 2014).

Apesar das dificuldades enfrentadas pelo programa provenientes de indefinições relativas ao financiamento, já no primeiro ano de funcionamento, a prefeitura municipal tinha inaugurado seis polos do PAC (Jardim São Paulo, Boa Viagem, Sítio da Trindade, Parque da Jaqueira, Praça do Hipódromo e o da ESEF/UPE) com um investimento de 720 mil reais, através de Dotações Orçamentárias (RECIFE, 2002b).

Até o ano de 2010, o programa já tinha alcançado vinte e um polos em funcionamento, perfazendo um total de investimentos, dos cofres da prefeitura, de cerca de 13 milhões de reais (RECIFE, 2010b), o que representou, aproximadamente, 2,5% dos investimentos em saúde realizado pelo município no ano de 2010 (DUARTE, 2014).

A partir do Plano Municipal de Saúde de Recife 2010-2013 em seu modelo de atenção a saúde, o Programa Academia da Cidade, definitivamente, entra na rede de saúde local, como mostra a figura abaixo (RECIFE, 2010).

**Figura 4 - Desenho Esquemático do Modelo de Atenção à Saúde da Cidade do Recife**



**Fonte:** Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (RECIFE, 2010).

Essa atitude reforça a necessidade da ampliação do programa, o que acontece com uma parceria da prefeitura municipal e o governo do Estado de Pernambuco. Para tanto, define-se a construção de mais 20 polos do programa, com

50% de investimentos do município e 50% de investimento do governo do estado através do Programa Academia das Cidades (RECIFE, 2010b).

Logo em seguida, com a criação do Programa Academia da Saúde do Governo Federal (BRASIL, 2011), a possibilidade de investimento aumenta consideravelmente. Com a participação nos editais do programa, o PAC Recife passou a receber verba de custeio para os polos, ou seja, cada polo passou a receber 3 mil reais por mês para despesas com aquisição de materiais e equipamentos, limpeza e segurança.

Essas duas parcerias realizadas pela Prefeitura do Recife com o governo do estado de Pernambuco e com o Governo Federal, certamente se dar pelo fato de, naquele momento, existir um alinhamento político entre as gestões.

Apesar de considerar que o número de polos ainda não consegue atender, satisfatoriamente, toda a população do município, a nova gestão do programa fez a opção de, ao invés da ampliação, cuidar da manutenção dos polos atuais. Na fala do Gestor 07 do PAC Recife fica evidenciada esta preocupação no cuidado com o programa a partir da recuperação dos polos atuais.

Então, uma das coisas que fiz quando entrei na coordenação do programa, foi realizar diagnóstico de todos os polos, saber como se encontravam para poder reivindicar o quê? A melhoria. As reformas, as requalificações para poder melhorar os serviços aos usuários e também melhorar a qualidade para os nossos profissionais. Então, em primeiro momento, fui contra a ampliação de número de polos, porque estava vendo que a situação encontrava-se precária em relação aos polos antigos. A minha fala com o secretário era de que nós tínhamos que dar esse olhar, essa visão de manutenção, de recuperação, de melhoria, de ser um ambiente salubre, porque não adiantava construir mais... Então primeiro é reorganizar o que tem, deixar salubre, deixar perfeito, melhorar, para depois ampliar (GESTOR 07 PAC Recife – Informação Verbal).

Então, avançar na ampliação do programa com aumento do número de polos, passa a ser uma opção secundária em relação à recuperação e manutenção dos polos atuais, sendo um grande desafio da atual gestão do programa. Para Malta *et al.* (2011), um dos maiores desafios é conferir sustentabilidade às ações locais e às nacionais de promoção da saúde, especialmente das práticas corporais/atividade física, para o alcance de resultados que impactem positivamente na qualidade de vida da população.



#### 4.4 CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA: DA PRECARIZAÇÃO AO CONCURSO PÚBLICO – PROCESSO E ATORES SOCIAIS

Uma das dificuldades para implantação do Programa Academia da Cidade do Recife foi a contratação de Profissionais de Educação Física para atuarem em serviços de saúde no município, como fica claro na fala do Formulador do PAC Recife:

Então começamos a nos deparar com uma porção de coisas, dificuldades, como contratar profissionais de Educação Física para o PAC, que foi uma das maiores, pelo fato de ser um contrato para a Secretaria Municipal de Saúde (FORMULADOR PAC Recife – Informação Verbal).

Além da dificuldade de contratação, percebe-se que o vínculo de trabalho dos profissionais de Educação Física que atuavam no programa era considerado precário. A forma de contrato era temporária e sua remuneração realizada a partir de terceirização de serviços.

Você sabe como era feito o pagamento do PAC? Ele era feito através de um convênio com o IMIP (**Instituto de Medicina Integral de Pernambuco**). O IMIP é o grande bolsão de tudo desta história. Então todo mundo recebia dinheiro por um convênio com o IMIP (FORMULADOR PAC Recife – Informação Verbal).

Para Gomez e Thedim-Costa (1999), de acordo com as conveniências e conjunturas locais, estabelecem-se variadas formas de contratação: desde vínculos estáveis nos moldes convencionais ou com diversos níveis de precarização que conformam os denominados empregos atípicos – terceirizados, temporários, em tempo parcial, por tarefas – até a utilização da mão-de-obra familiar, o que conduz a uma alternância entre emprego e não emprego.

Em alguns momentos da trajetória do programa, a falta de pagamentos de salários gerava insegurança nos profissionais que atuavam na ponta. O fato de não existir a definição do cargo na SMS, levava a gestão realizar manobras para poder honrar o compromisso com os profissionais. No entanto, nem sempre conseguiam, como fica evidente na fala do Formulador do PAC Recife.

Quando o prazo do contrato para os pagamentos dos salários foram vencendo, tentou se buscar alternativas. Uma delas era a possibilidade de vincular-se a uma OSCIP ou OSS. Mas não deu certo devido a entraves políticos. E o PAC entrou numa crise grande, porque apesar de existir dinheiro, não se podia fazer o pagamento. Fazer o pagamento como? Para quem? Se não existiam matrículas de funcionários. E o dinheiro lá parado.

Aí eu ligava para o Secretário para reclamar os quatro meses de salários atrasados (FORMULADOR PAC Recife – Informação Verbal).

O Gestor 01 PAC Recife reforça quanto ao cenário da época relacionado ao vínculo de trabalho:

Trabalhar e fazer um programa sem um profissional sem valorização praticamente, era complicado. Com vínculo precário, de receber através de cheques e que este cheque às vezes atrasava (GESTOR PAC Recife – Informação Verbal).

Diversos estudos apontam que a precarização do emprego traz consequências negativas sobre o processo de produção de cuidados em saúde e muitos deles possuem vínculos contratuais considerados frágeis (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014; DALBELLO-ARAUJO, 2011; ESPINDULA, 2008; FARIA). Assim, o trabalho passa a ser desregulamentado e flexibilizado para dotar o capital de ferramentas necessárias a sua adaptação às crises. Este movimento acaba por afetar direitos trabalhistas e tornar as relações transitórias (FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2011).

No entanto, com a ampliação e expansão do programa, aumenta-se a necessidade de contratação de mais profissionais. O que leva a gestão pública a realizar o primeiro concurso público no Brasil para contratar profissionais da Educação Física para o setor saúde.

Com a promulgação da Lei nº 17.400/2007, ficam criados cargos efetivos no âmbito da Administração Direta do Município, dentre eles o cargo de Profissional de Educação Física, com jornada de trabalho de 30 horas semanais, passando a integrar o subgrupo ocupacional de Técnico em Saúde de Nível Superior (RECIFE, 2015).

A Lei trouxe junto os critérios necessários para se adequar ao cargo. Para tanto, o Profissional de Educação Física que quisesse fazer parte do corpo funcional da Prefeitura do Recife tinha que ser diplomado em curso de Educação Física registrado pelo Ministério da Educação e ter seu registro no respectivo conselho profissional. Suas atribuições são: compor as equipes de atenção básica da Secretaria de Saúde, planejando e fornecendo suporte técnico para a elaboração, aplicação e desenvolvimento de práticas corporais e atividades físicas; ofertar ações na área de avaliação de aptidão física, prescrição de exercícios, acompanhamento, orientação da caminhada/corrida e atividades de ginástica, danças, jogos e demais conteúdos da cultura corporal em unidades de saúde da rede municipal com

destaque para os serviços especializados como os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e albergues terapêuticos, entre outros; desenvolver ações na perspectiva da promoção da saúde e de combate à violência; realizar busca ativa de usuários junto aos equipamentos da Secretaria de Saúde, comunidade e instâncias de controle social; estimular a inclusão de pessoas com deficiência, idosos e portadores de doenças crônicas, dentre outros, em projetos de práticas corporais e de atividades físicas (RECIFE, 2015).

Para os Gestores do PAC Recife, a definição do cargo e a abertura de concurso público para a função de Profissional de Educação Física no âmbito da saúde municipal foi um grande avanço, superando barreiras, inclusive para a manutenção do programa.

[...] e aí nós conseguimos um concurso inédito no Brasil, trata do profissional da Educação Física na Secretaria de Saúde e hoje nós somos cento e sessenta profissionais... [...] você tem uma equipe estável, uma equipe que sabe que ela pode ter uma carreira, isso garante, a gente vê muitos projetos se perderem com o tempo porque os profissionais não tem a garantia de manutenção... (GESTOR 05 PAC Recife – Informação Verbal).

E outra barreira era o vínculo do profissional, que depois a gente conseguiu resolver após o concurso público (EX GESTOR PAC Recife e FORMULADOR PAS – Informação Verbal).

Com a definição do cargo e das atribuições do Profissional de Educação Física (PEF) nas ações de saúde promovidas pela SMS do Recife, em especial, no PAC Recife, emerge a responsabilidade deste profissional atuar com competência no setor. No entanto, estudos mostram que a formação do profissional de Educação Física ainda não atende as demandas do setor saúde (ANJOS; DUARTE, 2009; FREIRE; VERENGUER; GUARDA, 2014; REIS, 2002; SOUZA; LOCH, 2011).

Dessa forma, como as inovações da academia normalmente demandam algum tempo até gerar reflexos nos serviços, é possível que nem a formação, nem a intervenção profissional tenham ainda se adequadas à realidade do mercado e às demandas do setor sanitário, uma vez que a incorporação do PEF às estratégias de promoção da saúde do SUS é recente (GUARDA, 2014).

Apesar destas preocupações, é difícil negar os benefícios trazidos para o PAC Recife com a contratação de PEF através do concurso público. No entanto, apesar de ter mais de 160 profissionais contratados através deste concurso, com o crescimento do programa, existe a necessidade de mais contratações. Isto aparece

na fala do Gestor 06 PAC Recife quando se refere a barreiras que o programa enfrenta.

Há alguns polos sem professores. Um deslocamento quando há férias ou alguém fica doente, é um problema. É preciso ter um profissional ferista. Isto é uma barreira hoje (GESTOR 06 PAC Recife – Informação Verbal).

Considerando a falta de concurso vigente para profissionais de Educação Física, visto que o último concurso realizado pela Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife para este cargo ocorreu em 2008, e que a falta de profissionais de saúde expõe ao risco a continuidade de serviços públicos essenciais, através do Decreto No. 27.826/2014, a prefeitura autoriza a contratação, por excepcional interesse público, de 15 profissionais de Educação Física com carga horária de 30 horas semanais para o Programa Academia da Cidade (RECIFE, 2015b). No entanto, esta contratação é pelo prazo determinado de 12 meses, com possibilidade de renovação para mais 12 meses.

Com a criação do cargo para o profissional de Educação Física na Secretaria Municipal de Saúde de Recife, e realizado concurso público para a seleção dos profissionais que atuam no PAC, o programa cada vez mais compõe a política do município, inclusive com atuação regular dos profissionais nos postos de saúde da cidade (HALLAL *et al.*, 2009).

Apesar de alguns problemas que dificultaram a implantação do PAC Recife como indefinição de recursos financeiros, dificuldades na contratação de pessoal e infraestrutura adequada para o seu funcionamento, o esforço da gestão fez com que o programa não só fosse efetivamente implantado, como também tenha se transformado em uma intervenção bem sucedida de promoção de atividades físicas voltadas a saúde da população.

No próximo capítulo apresentaremos o quanto o PAC Recife influenciou na criação de outras iniciativas similares de promoção da atividade física em outros municípios, tanto no Estado de Pernambuco, quanto em outros estados da federação.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C. G. O. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Perspectivas para a formação profissional em educação física: o SUS como horizonte de atuação. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 128-143, 2008.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **SINASC-Sistema de Informações de Nascidos Vivos**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. **Desprecarização do trabalho no SUS: perguntas e respostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desprecarização do trabalho no SUS**. Disponível: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1285](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1285)>. Acesso em: 26 out. 2014.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

OBSERVATORIO CIUDADES INCLUSIVAS. **Programa Academia de la Ciudad: Una estrategia para promover La salud**. Barcelona: UCLG: CISDP, 2011.

DUARTE, P. O. **Análise da Política de Atenção Básica e Saúde em Âmbito Municipal: o caso de Recife, 2001 a 2011**. 2014. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

ESPINDULA, K. D. **Trabalhadores da saúde no SUS: vínculos frágeis – implicações complexas**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, 2008.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Mediações**, Londrina, v. 16, n.1, p. 142-156, jan./jun. 2011.

FREIRE, E.S.; VERENGUER, R.C.G.; REIS, M.C.C. Educação Física: pensando a profissão e a preparação profissional. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 39-46, 2002.

GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

GUARDA, F. R. B. **Análise dos Processos de Trabalho dos Profissionais de Educação Física que Atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife**. 2014. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

HALLAL, P. C. *et al.* Avaliação Quali-Quantitativa do Programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 14, n. 1, p. 9-14, 2009.

HALLAL, P. C. *et al.* Evaluation of the Academia da Cidade Program to Promote Physical Activity in Recife, Pernambuco State, Brazil: perceptions of users and nonusers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010.

LIMA, D. C. *et al.* A Distribuição Especial do Programa Academia da Cidade em Recife – Brasil. **Revista Movimentos sociais e Dinâmicas Espaciais**, Recife, v. 1, n. 2, p. 153-165, 2012.

LOVERMAN, E. *et al.* The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Long-Term Weight Management Schemes for Adults: a systematic review. **Health Technol Assess**, Winchester, v. 15, n. 2, p. 1-182, jan. 2011.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, out./dez. 2014.

MALTA, D. C. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a Agenda da Atividade Física no Contexto do SUS. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 9-22.

MALTA, D. C. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a Agenda da Atividade Física no Contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, mar. 2009.

MARIN, M. J. S. *et al.* Caracterizando as Ações das Equipes da Estratégia de Saúde da Família no Município de Marília. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 492-498, out./dez. 2009.

OLIVEIRA NETO, A. V. **O modelo tecnoassistencial em saúde na cidade do Recife no período de 2001 – 2008: em busca de seus marcos teóricos**. 2009. Monografia (Residência em Medicina de Família e Comunidade) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife, 2009.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, maio 2011.

PINTO, A. *et al.* Diagnostico sobre Mobilização de Lideranças Comunitárias: a enfermagem e a prevenção de acidentes. **Revista de Saúde e Biologia**, Campo Mourão, v. 2, n. 2, p. 9-15, 2007.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Academia da Cidade do Recife**: Projeto Inicial. Recife: Prefeitura do Recife, 2002a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Recife: Prefeitura do Recife, 2002b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**: Recife saudável: Inclusão social e qualidade no SUS. Recife: Prefeitura do Recife, 2005.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Projetos e Ação**: Academia da Cidade. Disponível em: <[http://www.recife.pe.gov.br/academia\\_da\\_cidade\\_144861.php](http://www.recife.pe.gov.br/academia_da_cidade_144861.php)> Acesso em: 20 set. 2010a.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Academia da Cidade do Recife**: Nota Técnica. Recife: Prefeitura do Recife, 2010b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**: Revisão 2011. Recife: Prefeitura do Recife, 2011.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 19.808, de 3 de abril de 2003**. Institui e Regulamenta o Programa Academia da Cidade. Disponível em: <<http://www.legiscidade.recife.pe.gov.br/decreto/19808/>>. Acesso em: 29 mar. 2013a.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 22.345, de 18 de outubro de 2008**. Reestrutura o Regulamento do Programa Academia da Cidade. Disponível em: <<http://www.legiscidade.recife.pe.gov.br/decreto/22345/>>. Acesso em: 31 mar. 2013b.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei no. 17.400/2007, de 28 de dezembro de 2007**. Cria Cargos Efetivos no Âmbito da Administração Direta do Município. Disponível em: <<http://www.legiscidade.recife.pe.gov.br/lei/17400/>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

SANTOS, E. R. R.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C. Ações de promoção à saúde: caminho para a construção de uma cidade saudável? O caso do Recife. **Revista de Administração da Faculdade Maurício de Nassau**, Recife, v. 1, p. 181-198, 2006.

SEDLMAYR, R. *et al.* Health Impact and Cost-Effectiveness of Private Sector Bed Net Distribution: experimental evidence from Zambia. **Malaria Journal**, London, v. 12, n. 102, p. 1-8, mar. 2013.

SILVA, D. A. S.; PETROSKI; E. L.; REIS, R. S. Barreiras e facilitadores de atividades físicas em frequentadores de parques públicos. **Motriz**, Rio Claro, v.15, n. 2, p. 219-227, abr./jun. 2009.

SIMÕES, E. *et al.* Effects of a Community-Based, Professionally Supervised Intervention on Physical Activity Levels Among Residents of Recife, Brazil. **American Journal of Public Health**, Washington, v 99, n. 1, p. 68 – 75, jan. 2009.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.



## Capítulo 5

# INFLUÊNCIA DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE EM OUTRAS INICIATIVAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA: Passagem e Transferência de Políticas

## **5 INFLUÊNCIA DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE EM OUTRAS INICIATIVAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA – PASSAGEM E TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS**

### **5.1 INTRODUÇÃO**

Antes de analisar e apresentar a influência do Programa Academia da Cidade do Recife em outras iniciativas similares no Brasil faz-se necessário apresentar e discutir alguns conceitos fundamentais sobre análise de políticas de saúde e suas derivações.

#### **5.1.1 Análise de Políticas de Saúde**

A análise das políticas de saúde foi iniciada com estudos que possuíam o intuito de compreender os diferentes cenários em que se desenvolveram as políticas de proteção social. Havia uma tendência de utilização técnicas quantitativas para alguns estudos de microscopia social e, posteriormente, começam a ser introduzidas avaliações e análises econômicas, principalmente em uma fase de contenção de gastos sociais, ocorridos na Europa a partir da década de 1970. Nas décadas seguintes, amplia-se o foco dos estudos para uma análise da relação estado-sociedade, ressaltando-se o papel dos atores (VIANA; BAPTISTA, 2008).

No Brasil, na década de 1980, com a consolidação jurídico-legal do SUS, observa-se o crescimento no número de estudos que analisam o planejamento, gestão e os primeiros sobre avaliação de serviços. A partir de 1990 ocorrem investigações que possuem interesses em grupos específicos. Nos anos 2000 as pesquisas passam a dar maior ênfase a uma perspectiva avaliativa (processo, resultado e impacto). No entanto, na segunda metade da mesma década há um crescimento de pesquisas voltadas a análise das relações intergovernamentais, organização federativa, com uma abordagem que buscava uma compreensão ampla dos desafios do sistema de saúde (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Existem, de maneira geral, diversas abordagens e modelos para se analisar as políticas de saúde. Tanto estudos que procuram focar na análise dos interessados com a política e sua influência sobre os idealizadores das políticas,

como estudos que realizam uma análise do processo político, além daqueles que se prendem ao conteúdo da política (BUSE, 2008; COLLINS, 2005).

Novos paradigmas, contudo, têm que ser implantados para análise do setor saúde na intenção de entender os fatores que influenciam efetivamente as mudanças. Saber interagir e analisar os critérios técnicos e políticos pode ser decisivo para o sucesso de uma política de saúde (GILSON; RAPHAELY, 2008).

Ambientes de política de saúde nos países de renda média e alta são diferentes daqueles em países de baixa renda onde, por exemplo, existe arcabouço jurídico mais frágil, baixa capacidade de regulação e vigilância, ausência de recursos e investimento para influenciar os tipos e qualidade dos serviços prestados, clientelismo político e maior dependência externa, entre muitas outras diferenças, e isto deve ser considerado na análise das políticas de saúde desses países (WALT *et al.*, 2008).

Para Mannheim, Léto e Ostlin (2007), são necessários, para que uma política de saúde obtenha sucesso, a aproximação entre os decisores (políticos de alto escalão), formuladores (pesquisadores e expertises do tema – *policy makers*) e os implementadores (profissionais).

### 5.1.2 Passagem e Transferência de Políticas

Um modelo neo-institucional de análise de política é o conhecido como **dependência de passagem** (“*path-dependence*”), que concentra-se em teorias de como a política pode se tornar tão institucionalizada e historicamente incorporada que se torna quase impossível de se libertar da política estabelecida, ou seja, à ideia de que acontecimentos do passado podem dar vazão a uma cadeia de determinações que influenciam as decisões políticas no presente (MATTOS; BAPTISTA, 2011).

A abordagem baseada na **transferência de política** examina como e por que os governos têm cada vez mais a tendência de adotar ideias uns dos outros na formulação de novas políticas, onde existe análise de políticas a partir da observação e experiências desenvolvidas em outras instituições (GREENER, 2002).

É nessas duas últimas formas de analisar políticas que a pesquisa vai se dedicar um pouco mais, já que o Programa Academia da Cidade do Recife tem sido considerado uma experiência bem sucedida quando se refere a programas

comunitários de promoção da saúde, e o quanto ele influenciou na gestão municipal do Recife e também na implantação de outros programas similares de promoção de atividades físicas e alimentação saudável no país.

Para entender um pouco porque isso ocorre com políticas bem sucedidas em nosso país, Dolowitz e Marsh (2000) apontam dois tipos de transferência de política, a voluntária e a coerciva.

A transferência voluntária ideal é aquela em que os decisores políticos se encontram em uma situação de perfeita racionalidade. Assim, têm o tempo e os recursos necessários para empreender ações adequadas à resolução do problema e escolher a opção ideal, com base em critérios científicos aceitos por todos. A transferência de experiências exitosas externas pode oferecer lições para a solução de muitos problemas (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

As transferências coercivas ocorrem quando um agente externo, uma organização internacional, como a Organização Mundial do Comércio (OMC), por exemplo, impõe ou sugere fortemente a transferência e adoção de um tipo específico de política pública. O componente de flexibilidade dos atores de um subsistema de política é nulo. Então, este elemento, ambiente externo, obriga-os a coletar a única solução imposta (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Santos (2014) chama a atenção para outro tipo de transferência de política que mais se adequa a realidade brasileira.

No Brasil, onde há uma verticalização política fortalecida por um financiamento concentrado nas mãos da União, o sistema de saúde universal é baseado em pilares da participação social, hierarquização e regionalização de ações e serviços de saúde. Pode-se considerar que há uma transferência de política semicoerciva, pois os entes federados, apesar de autônomos na escolha de suas ações de saúde, têm sua capacidade de inovar ou criar tolhida por alguns fatores (SANTOS, 2014).

Uma abordagem baseada na transferência de política pode ser de grande valia para a realidade brasileira, pois examina como e por que os governos têm cada vez mais a tendência de adotar ideias uns dos outros na formulação de novas políticas, em que há análise de políticas a partir da observação e experiências desenvolvidas em outras instituições (GREENER, 2002). Esta difusão de políticas pode ocorrer tanto de maneira vertical, entre instituições supranacionais, nacionais e subnacionais, como ser transmitida horizontalmente.

Stone (2004) classifica a transferência em Hard (legislação, instituições, regulamentos) e Soft (ideias, princípios e lições). Dolowitz e Marsh (2000) analisaram o grau de transferência e a classificaram a partir de quatro critérios, apresentados no quadro abaixo.

Quadro 2 - Tipos de transferência de políticas

<b>Tipo de Transferência</b>	<b>Grau de Transferência</b>
Cópia	Transferência direta e completa da política pública
Emulação	Transferência das ideias por trás de uma política ou programa
Combinação	Mistura de diferentes políticas ou instrumentos de políticas
Inspiração	Políticas de outra jurisdição podem inspirar mudanças na política atual, mas o resultado final guarda poucas semelhanças com a fonte de inspiração.

Fonte: Dolowitz e Marsh (2000)

Geralmente uma das primeiras ações dos técnicos e, sobretudo, dos políticos que está tentando solucionar um problema é procurar os exemplos ou saídas de outras administrações. Este fato é decorrente da possibilidade de se reduzir o tempo e o custo para o enfrentamento de problemas sociais, os quais são geralmente complexos e de difícil saída. Contudo, o sucesso vai depender da flexibilidade política, do contexto econômico e da ideologia dos atores envolvidos no processo de transferência (TURGEON *et al.*, 2008).

É importante ressaltar que o Programa Academia da Cidade do Recife, ao se transformar em uma política de promoção da saúde através da prática de atividades físicas, foi uma criação advinda das necessidades do município (LEMOS, 2012), o que representa uma verticalidade ascendente na influência em políticas públicas.

## 5.2 PASSAGEM, TRANSFERÊNCIA E “CONTRATRANSFERÊNCIA” DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: O MODELO DO PAC RECIFE

A se analisar o quanto o PAC Recife tem influenciado iniciativas de programas similares no Brasil, o que se pode dizer em análise de políticas que, neste caso, ocorreu à transferência de política (DOLOWITZ; MARSH, 2000) de município para município ou de município para gestão estadual e nacional, também

se percebe que o programa tem resistido às mudanças de gestão no governo municipal, o que se pode inferir que estaria acontecendo um processo de dependência de passagem de políticas (MATTOS; BAPTISTA, 2011). Isso fica muito claro na fala do Formulador do PAS quando se refere ao Programa Academia da Cidade do Recife afirmando que, pelo fato de já ter criado uma identidade com a população, a manutenção do programa não depende mais da vontade do gestor.

O programa se sustenta porque ele foi reconhecido como um programa de saúde, do SUS, da rede de saúde local. A sustentabilidade dele não depende mais do gestor. [...] Ouso dizer que o PAC já faz parte da identidade do Recife. Ele já está introjetado (Ex-GESTOR PAC Recife e FORMULADOR PAS – Informação Verbal).

Para o Gestor 07 do PAC Recife, profissional indicado pela gestão atual do município, o programa veio para ficar e serve de referência para outros estados e municípios.

Podemos dizer também que, o programa virou uma política pública ali da Secretaria de Saúde, uma coisa que pegou, que não tem mais volta, e foi referência para outros estados, foi referência também para o Ministério da Saúde, para a criação do Programa Academia da Saúde, então acho que é por aí (GESTOR 07 PAC Recife – Informação Verbal).

Fica muito claro que o alinhamento político existente tanto nos municípios que adotaram os princípios do PAC Recife, inclusive se apropriando da nomenclatura, quanto no Governo do Estado de Pernambuco e no Governo Federal, favoreceu a implantação dos programas similares.

Um fenômeno interessante que tem acontecido com o Programa Academia da Cidade do Recife é que, apesar de influenciar na criação dos programas estadual e federal, ele tem se beneficiado desses programas para sua ampliação e manutenção. Por não encontrar-se nenhum termo na literatura que representasse este fenômeno, denomina-se aqui de “Contratransferência de Política”.

A Contratransferência de Política fica caracterizada pelo *feedback* das políticas institucionalizadas pelo governo estadual e governo federal quanto a incentivos a programas de promoção da atividade física, auxiliando na ampliação e manutenção do programa preexistente. Neste caso, o PAC Recife, que influenciou a criação dos Programas Academia das Cidades de Pernambuco e Academia da Saúde do Governo Federal, recebeu e recebe incentivos para a ampliação e manutenção de suas ações provenientes de recursos do tesouro estadual e federal.

A parceria com o governo do estado de Pernambuco possibilitou ao PAC Recife a ampliação no número de polos. Até 2010, foi investido pelo município cerca de 13 milhões de reais (RECIFE, 2010) e o programa contava com 21 polos espalhados pelos seis Distritos Sanitários do município. Após a parceria, definida através de investimentos de 50% do governo do estado, do Programa Academia das Cidades, e de 50% dos cofres do município, se define a construção de mais 20 polos, perfazendo um total de 41 polos, de acordo com o 2º Plano de Obras do Orçamento Participativo (RECIFE, 2010), ampliando a capacidade de cobertura e atendimento da intervenção.

Apesar da maior parte do financiamento do PAC Recife ser dos cofres do município, tanto para a implantação, quanto para a manutenção, a parceria com o Governo do Estado de Pernambuco potencializou a ampliação do programa. Nesta perspectiva, o Gestor 04 do PAC Recife reforça:

[...] o Estado entrou com parceria no sentido de construir polos da Academia da Cidade... [...] porque nós temos polos aí que são Academias da Cidade, e que também são Academias das Cidades por que também foi construída junto com o Estado...(Informação verbal).

A partir de editais publicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, através do Programa Academia da Saúde (PAS) e similares em 2011, o PAC Recife tem a possibilidade de receber recursos do Governo Federal para a manutenção de seus polos. A parceria entre os programas é tão forte, que a inauguração do 24º polo do programa municipal foi eleita pelo Governo Federal como marco do lançamento do Programa Academia da Saúde (RECIFE, 2011).

Os recursos advindos, fundo a fundo, do PAS, têm ajudado na manutenção dos polos já construídos e em funcionamento. Como o PAC Recife já é um programa estabelecido, ele participa dos editais que contemplam experiências similares. Hoje, quase todos os polos do PAC recebem um recurso anual de 36 mil reais do Governo Federal para custeio. Esta verba tem servido para compra de materiais e equipamentos, manutenção da estrutura física e pagamento de serviços de segurança, como afirma o Gestor 02 PAC Recife.

[...] hoje em dia é assim, só que tem uma diferença, que tem uma verba Federal também que vem por polo, tem uma verba Federal de três mil reais, que é para serem usados nos materiais, com estrutura física, com pagamento de serviços de segurança, então, hoje tem esse financiamento (Informação verbal).

### Reforça o Gestor 07 PAC Recife:

[...] com o Programa Academia da Saúde do Ministério, então os nossos polos, passaram também a ser a Academia da Saúde e com isso, passaram a ter um recurso de manutenção de 3 mil reais mensais (Informação verbal).

Apesar de termos uma clara expressão na relação do PAC Recife com os programas do governo do estado de Pernambuco e com o do Governo Federal relativo à transferência e contratransferência de políticas, ainda não há dados empíricos sobre processos políticos ou execução da política amplamente disponível no que se refere à descrever o papel de provas e outros fatores que influenciam a adoção dessa forma de política. Isto aponta para que no futuro, prioridades de pesquisas em análise de políticas deverão ter como objetivo iluminar esses conceitos e processos.

## 5.3 OS PROGRAMAS ACADEMIAS DA CIDADE DE ARACAJU E DE BELO HORIZONTE

Iniciativas de programas comunitários de promoção da atividade física e alimentação saudável de Aracaju e Belo Horizonte ganharam o mesmo nome do Programa da Cidade do Recife. Isso chamou a atenção para investigar o quanto o Programa Academia da Cidade do Recife (PAC Recife) influenciou na elaboração e implantação destes programas.

### 5.3.1 Programa Academia da Cidade de Aracaju (PAC Aracaju)

O primeiro programa de promoção da atividade física com base na comunidade que adotou o mesmo nome do PAC Recife, foi o Programa Academia da Cidade de Aracaju (PAC Aracaju). Essa intervenção é uma estratégia desenvolvida por meio da parceria entre o Núcleo de Pesquisa em Aptidão Física de Sergipe (Nupafise), o Departamento de Educação Física (DEF) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju – SMS/PMA (MENDONÇA *et al.*, 2011).

A influência da Universidade Federal de Sergipe na criação do programa em Aracaju fica muito explícita na fala do Formulador do PAC Aracaju quando se refere



aos primeiros ensaios para a elaboração de uma intervenção que ganhasse maior abrangência populacional, através de um projeto de extensão universitária.

No ano de 2003, um grupo de professores e bolsistas do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Sergipe idealizou a oferta de um programa comunitário de atividade física para a população de Aracaju. (FORMULADOR PAC Aracaju).

Esta experiência anterior acumulada pela UFS e a inexistência de uma política pública municipal que envolvesse a atividade física como um instrumento para a promoção da saúde da população, foram fatores fundamentais para a implantação do PAC Aracaju.

Uma pequena experiência anterior de oferta de atividade física para pessoas por meio de um programa de extensão vinculado à UFS. [...] A inexistência de uma política pública municipal que envolvesse atividade física (FORMULADOR PAC Aracaju – Informação Verbal).

O programa foi implantado em abril de 2004, com o objetivo de proporcionar à população aracajuana a adoção de um estilo de vida mais ativo, tendo como ação prioritária o estímulo e a orientação para a prática regular de atividades físicas (MENDONÇA *et al.*, 2011). Para atingir seus objetivos, o programa desenvolve atividades em 15 locais denominados de polos, em diferentes bairros da cidade, três dias por semana, com intervenções pela manhã (das 5h às 8h) e à tarde (das 16h às 19h). Durante esses períodos, a cada hora são formadas turmas que realizam diversas atividades seguindo um protocolo composto por aferição de pressão arterial e frequência cardíaca, alongamento, orientação de caminhada/corrida, ginástica, ioga, dança, atividades recreativas e outras específicas de cada comunidade (MENDONÇA, 2008).

Atualmente, o PAC Aracaju, na esfera da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/PMA), está vinculado à Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis, no qual transversaliza suas ações com os demais programas e coordenações da Vigilância em Saúde e Atenção Básica, desenvolvendo ações pontuais e/ou continuadas, nas Unidades Básicas de Saúde e em eventos promovidos pela própria SMS/PMA e entidades parceiras (ARACAJU, 2015).

Apesar das semelhanças nas ações do programa, para o formulador do programa, o PAC Aracaju não tomou como base para sua formulação e implementação as ideias do PAC Recife. Isso fica evidenciado em sua fala quando perguntado se o PAC Aracaju sofreu influência de algum programa similar

promovido em outras cidades brasileiras: “Não. O PAC Aracaju foi concebido com estrutura própria...” (FORMULADOR PAC Aracaju).

Mais adiante, ele refere que o fato de ter o mesmo nome do Programa de Recife, foi uma indicação do Secretário Municipal de Saúde da época, pois por se tratar do mesmo partido político da gestão do Recife, o nome Academia da Cidade caracterizava uma marca desta gestão.

A única exigência que o Secretário Municipal de Saúde fez, na época da aprovação do projeto de implantação do programa, foi que fosse chamado de Academia da Cidade. Pois esta seria uma marca do Partido dos Trabalhadores em suas gestões municipais quando se referisse a programa desta natureza (FORMULADOR do PAC Aracaju – Informação Verbal).

Em contrapartida, quando se investiga a partir da gestão do Programa Academia da Cidade de Recife, é praticamente uma unanimidade dizer que o programa serviu de inspiração nas iniciativas de Aracaju e Belo Horizonte. Quando foi perguntado aos gestores atuais se algumas iniciativas de programas congêneres receberam influência do Programa Academia da Cidade do Recife, as respostas seguiram para a mesma direção.

Sim, teve o de Aracaju. [...] É, eu cheguei a ir para Aracaju. Também sei, eu não tive contato pessoal, mas sei do de Minas Gerais... (GESTOR 03 PAC Recife).

Tem sim, com este nome mesmo em Aracajú e BH, este último eu tenho mais contato, pois são comuns os encontros nos eventos em Brasília. (GESTOR 06 PAC Recife).

Claro... Aracaju! Aracaju fez nos moldes do PAC Recife. [...] Belo Horizonte também esteve aqui. (FORMULADOR PAC Recife).

### 5.3.2 Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte

Outra experiência bem sucedida de programas comunitários de promoção de atividades físicas que adotou o mesmo nome do programa de Recife foi o Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. Apesar da gestão municipal de Belo Horizonte não ser do mesmo partido político da gestão do Recife, ou seja, era do Partido Socialista Brasileiro (PSB), o alinhamento político, já que eram partidos aliados, fez com que o programa tomasse como referência o PAC Recife para a sua formulação.

Em meados de 2005, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMS/BH, por meio de sua assessoria de articulação intersetorial, organizou o Grupo

de Promoção à Saúde (GPS). Esse grupo originou-se a partir de discussões com a Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (SVS), que incluía atividade física e estratégia global para alimentação saudável como políticas de promoção à saúde; do seminário de planejamento da SMS/BH, que apontou as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) como prioridade para as ações de vigilância e de promoção à saúde; da demanda local da rede de atenção à saúde; e, finalmente, da diretriz da gestão para desenvolvimento de ações de promoção, na lógica da integralidade do cuidado (CAIAFFA *et al.*, 2011). Este grupo teve como principal objetivo implantar um projeto de promoção à saúde e de prevenção dos fatores de risco das DANTs.

Vários fatores justificaram a criação desse projeto, entre eles destacam-se três de maior impacto. O primeiro é a importância das doenças cardiovasculares, diabetes e câncer como causas principais de mortalidade, morbidade e internações em Belo Horizonte. O segundo foi a elevada prevalência em Belo Horizonte dos fatores de risco para as DANTs, como hábito de fumar, sedentarismo, obesidade e alimentação inadequada. E, por fim, as evidências de que são efetivas as ações de promoção de saúde envolvendo mudanças nos modos de vida, objetivando a redução da exposição aos fatores de risco (CAIAFFA *et al.*, 2011).

Isto fica bem caracterizado na fala do Formulador do PAC BH quando perguntado que fatores influenciaram a criação do programa.

Belo Horizonte apresentava no ano de 2004 um aumento considerável na carga de doenças crônicas não transmissíveis em especial as cardiovasculares e diabetes, além do envelhecimento da população. [...] O risco de morte era maior entre os idosos e preocupava também o elevado risco de óbitos entre os adultos jovens e de meia idade, em fase produtiva da vida, representando um elevado custo social para o município (FORMULADOR PAC Belo Horizonte – Informação Verbal).

A partir daí, as ações foram sendo construídas, tendo como eixo estruturante a implantação das Academias da Cidade. Tais academias foram adstritas a territórios de um a três Centros de Saúde, pois é no entorno deles que se articulam as ações nas escolas municipais e em outros locais públicos ou as ações de outras políticas públicas ali instaladas.

De 2006 a 2008, 22 iniciativas para a implantação de Academias da Cidade foram identificadas, inclusive com a contratação de profissionais. A partir de 2008, as academias integraram-se às atividades do NASF. Na construção do programa de

governo da gestão da Prefeitura de Belo Horizonte, que se iniciou em 2009, as Academias da Cidade foram consideradas prioridade e o compromisso assumido foi totalizar 48 academias até 2012 (BRASIL, 2011).

Diferentemente do programa de Aracaju, o PAC Belo Horizonte bebeu de outras fontes de programas bem sucedidos já existentes no país. Principalmente os programas dos municípios de Recife e Aracaju, como ficou claro na fala do formulador do PAC BH.

Acho que BH se inspirou em programas já existentes no Brasil. [...] O nome dado até aquele momento era da criação de Centros de Promoção de Saúde. Este modelo de atendimento não foi aprovado e foi solicitado pelo gestor que fossemos a Recife e a Aracajú, pois ele queria algo parecido com o que acontecia nas duas cidades (FORMULADOR PAC BH).

Apesar de encontrarmos semelhanças entre os programas de mesmo nome existentes nas cidades de Recife, Aracaju e Belo Horizonte, eles guardam suas particularidades. No entanto, fica caracterizado, principalmente no PAC BH, que o PAC Recife de alguma forma influenciou a criação e implantação desse programa.

Não sabemos o quanto, efetivamente, o Programa Academia da Cidade do Recife influenciou na criação e implantação dos programas congêneres que utilizam o mesmo acrônimo. Mas, certamente, o alinhamento político da gestão desses municípios com a gestão política de Recife, levou, além de adotarem a mesma denominação, a trocarem experiências, já que os programas tinham objetivos e ações semelhantes.

#### 5.4 O PROGRAMA ACADEMIA DAS CIDADES DE PERNAMBUCO

Outros programas de promoção da saúde que utilizam a atividade física como prática de saúde e inserção no Sistema Único de Saúde, e que tomaram como referência para sua criação os princípios do Programa Academia da Cidade do Recife, foram o Programa Academia das Cidades (PACID) do governo do Estado de Pernambuco e o Programa Academia da Saúde (PAS) do Ministério da Saúde. Apesar de apresentarem várias características diferentes do PAC Recife, estes programas não só sofreram influência, como influenciaram e influenciam o programa de Recife.

Os resultados promissores da avaliação do Programa do Recife (HALLAL *et al.*, 2009; 2010; SIMÕES *et al.*, 2009) motivaram a Secretaria das Cidades do

Estado de Pernambuco a adaptar e expandir o Programa para todos os municípios do estado, sob a denominação Programa Academia das Cidades (PACID).

O PACID foi criado pelo Decreto No. 31.140, de 06 de dezembro de 2007, no âmbito do poder executivo estadual (PERNAMBUCO, 2007). O programa foi vinculado a Secretaria das Cidades, com o apoio das Secretarias de Saúde, Educação e Especial dos Esportes, com os seguintes objetivos: recuperar espaços urbanos ociosos e degradados; incentivar e contribuir, junto aos programas integrados das demais secretarias, para a ampliação, dinamização e valorização dos espaços públicos de convivência, com o propósito da inclusão social e combate a violência; contribuir para a potencialização do uso dos espaços públicos de lazer requalificados; e, oferecer espaços públicos adequados para a prática de exercícios físicos regulares, bem como para proporcionar informação científica e cultural sobre os cuidados com os espaços públicos, exercícios físicos, saúde, nutrição e qualidade de vida (PERNAMBUCO, 2007).

Este programa teve o propósito de atender a todos os municípios do estado de Pernambuco através das seguintes ações: fornecer suporte de toda a formatação institucional, bem como o modelo de gestão; apoio técnico e recursos financeiros para execução das obras, que será realizada diretamente pela Secretaria das Cidades no município contemplado (PERNAMBUCO, 2007).

Apesar de ser um programa, que em sua essência, tinha a preocupação de dar o apoio de infraestrutura para a promoção de ações voltadas a saúde e o lazer a outros municípios do estado, teve sua inspiração no PAC Recife. Como bem revelam as informações prestadas pelos gestores atuais do PAC Recife.

E aí depois surgiu, dentro do estado, surgiram em outros municípios, né, e aí muito com esse investimento do Governo do Estado, que ele criou a Secretaria das Cidades, e deu aos municípios a Academia das Cidades. (GESTOR 03 PAC Recife).

Depois da gente tiveram várias iniciativas. O Programa Academia das Cidades, no interior de Pernambuco foi uma delas. (GESTOR 06 PAC Recife).

Fica evidenciado que o fato do Secretário das Cidades, o atual Senador Humberto Costa, ter sido o Secretário da Saúde quando da implantação do PAC Recife, o PACID é concebido sobre forte influência do programa de Recife.

## 5.5 O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

Outro programa de maior abrangência que tomou a experiência do PAC Recife como referência, foi o Programa Academia da Saúde (PAS). O PAC Recife serviu de base para a definição do modelo conceitual do programa nacional.

Na fala do Formulador do PAS, esta afirmação fica bem evidente. Quando perguntado se o Programa Academia da Cidade do Recife influenciou na criação do Programa Academia da Saúde, ele apontou:

[...] Quando levamos, que o ministro comprou... e eu lembro que o Humberto Costa veio aqui conversar, passar a experiência de Recife... então ele viu que a proposta partia de evidências, de experiência anterior em Recife, neste caso enquanto profissional que atuou no PAC e as evidências não só do efeito da atividade física para a saúde, mas o impacto que este programa trazia na população.

[...] E é tanto que o modelo, estrutura física do PAS é muito parecido com o do PAC.

[...] Eu me vali de Recife para dar o ponto de partida do PAS. (Ex-GESTOR do PAC Recife e FORMULADOR PAS – Informação Verbal)

É bem verdade que outras iniciativas de promoção da atividade física realizadas no país, também serviram de referência para a criação do PAS (BRASIL, 2011d), mas é inegável a forte influência que o PAC Recife proporcionou para a elaboração e implantação do programa nacional.

Sendo assim, o sucesso das iniciativas de financiamento de programas de estímulo à AF, e intervenções bem sucedidas em vários municípios do país, motivou o Ministério da Saúde a lançar, no dia 07 de abril de 2011, o Programa Academia da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a, 2011b). Tornando-se resposta às recomendações internacionais para criação de estratégias na área das políticas públicas de indução a modos de vida saudáveis no setor da saúde.

As portarias do PAS foram reeditadas em 07 de novembro de 2013 (BRASIL 2013a, 2013b), com intenção de realizar um maior controle na supervisão da construção dos polos e na efetividade do funcionamento dos mesmos. Estas portarias Ministeriais (Portarias 2.681 e 2.684/2013) permitem a adesão e destinação de recursos ao Distrito Federal e aos municípios interessados em incorporar a estratégia, e o principal objetivo do Programa é contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de

práticas corporais e atividade física e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011a, 2013a).

Uma das portarias (Portaria 2.684/2013) define três modalidades de polos: a) Básica; b) intermediária, e; c) ampliada. A modalidade básica será composta por um ambiente destinado a atividades coletivas e um espaço externo com área multiuso que contenha equipamentos para alongamento. Na modalidade intermediária os polos terão os mesmos componentes da básica, além de um depósito de materiais. Essas duas modalidades devem ser construídas próximas a Unidades Básicas de Saúde. Para a modalidade ampliada propõe-se uma estrutura de apoio com ambientes internos, jardins e canteiros. Ressaltando que para todas as modalidades o objetivo é a implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados para contribuir na promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população (BRASIL, 2013b).

O Programa faz parte das Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Promoção da Saúde e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (BRASIL, 2011c).

Fica evidenciado que o PAC Recife influenciou consideravelmente as iniciativas de Pernambuco e do Governo Federal, como também o Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. No entanto, quanto a experiência de Aracaju, a forte afirmação dos formuladores da proposta sobre a pouca influência do Recife na formulação do programa nos faz crer que a principal participação foi o alinhamento político entre as gestões dos dois municípios para adoção do acrônimo do programa.

No capítulo seguinte será apresentado a percepção dos usuários quanto a utilização dos serviços do PAC Recife, analisando a satisfação com o programa e a influência na qualidade de vida desta população.

## REFERÊNCIAS

- ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Academia da Cidade de Aracaju**. Disponível em: <[http://aracaju.se.gov.br/saude/?act=fixo&materia=nossos\\_servicos](http://aracaju.se.gov.br/saude/?act=fixo&materia=nossos_servicos)>. Acesso em: 14 mar. 2015.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719 GM/MS, de 7 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/10%20CES/PROGRA01.PDF>>. Acesso em: 15 fev. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Incentivo para construção de Polos da Academia da Saúde. Brasília, 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1401\\_15\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1401_15_06_2011.html)>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação da Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681 GM/MS, 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html)>. Acesso em: 2 fev. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.684 GM/MS, de 8 de outubro de 2013**. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio e no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde. Brasília, 2013b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684\\_08\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684_08_11_2013.html)>. Acesso em: 2 fev. 2015.
- BUSE, K. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 23, n. 5, p. 351-360, set. 2008.
- CAIAFFA, W. T. *et al.* Programa Academia da Cidade em Belo Horizonte. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de**



**Programas de Atividade Física no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 125-144.

COLLINS, T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. **Public Health**, London, v. 119, n. 3, p. 192-196, mar. 2005.

DOLOWITZ, D. P.; MARSH, D. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. **Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions**, London, v. 13, n. 1, p. 5-24, 2000.

GILSON, L.; RAPHAELY, N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007. **Health policy and planning**, Oxford, v. 23, n. 5, p. 294-307, set. 2008.

GREENER, I. A. N. Understanding NHS Reform : The Policy-Transfer, Social Learning, and Path-Dependency Perspectives. **Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions**, London, v. 15, n. 2, p. 161–183, abr. 2002.

HALLAL, P. C. *et al.* Avaliação Quali-Quantitativa do Programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 9-14, 2009.

HALLAL, P. C. *et al.* Evaluation of the Academia da Cidade Program to Promote Physical Activity in Recife, Pernambuco State, Brazil: perceptions of users and nonusers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010.

MANNHEIMER, L. N.; LÉTO, J.; OSTLIN, P. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden—open, half-open or half-shut? **Health Promotion International**. London, v. 22 n. 4, p. 307-315, dez. 2007.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Caminhos para análises de políticas de saúde [Apresentação]. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. p. 7-9. Disponível em: <[www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps)>. Acesso em 2 fev. 2015.

MENDONÇA, B. C. A. Programa Academia da Cidade Aracaju. In: SIMPÓSIO NORDESTINO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE, 9., 2008. Aracaju. **Anais...** Aracaju: [s.n.], 2008.

MENDONÇA, B. C. A., *et al.* Programa Academia da Cidade Aracaju. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.p. 107-120.

PERNAMBUCO. Secretaria das Cidades. Decreto nº 31.140, de 6 de dezembro de 2007. Institui o Programa Academia das Cidades. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, 7 dez. 2007.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Ordem de Serviço – construção Academia da Cidade. **Diário Oficial do Recife**, Recife, 2010.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Inauguração da Primeira Academia de Saúde do País. **Diário Oficial do Recife**, Recife, 2011.

SANTOS, F. A. S. **Política de Saúde em Pernambuco e os Novos Arranjos Jurídicos**: processo, definição de prioridades e evidências. 2014. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

SIMÕES, E. J. *et al.* Effects of a Community-Based, Professionally Supervised Intervention on Physical Activity Levels Among Residents of Recife, Brazil. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 99, n. 1, p. 68-75, jan. 2009.

TURGEON, J. *et al.* **Policy transfer and health impact assessment**. Quebec: [s. n.], 2008. Disponível em: <[http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/englishpublications/pt\\_vf20fev09ang2.pdf](http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/englishpublications/pt_vf20fev09ang2.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2013.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.*, (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

WALT, G. *et al.* 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 23, n. 5, p. 308-317, 2008.

## Capítulo 6

# A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE

## **6 A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE**

A oferta de programas de atividades físicas para a comunidade tem aumentado significativamente em nosso país. Isto certamente é produto de uma mudança de consciência da gestão pública quanto à definição de políticas que incentivem este tipo de iniciativa (BRASIL, 2006a, 2014). No entanto, para políticas mais efetivas faz-se necessário, além dos aspectos associados aos atributos individuais, como interesse, suporte social e auto eficácia, o acesso a espaços e locais para a prática, como parques e praças (SALLIS *et al.*, 2006).

Dentre estas iniciativas de promoção de atividades físicas desenvolvidas no Brasil, o Programa Academia da Cidade do Recife (PAC Recife) tenta atender as recomendações necessárias para a oferta gratuita de programas de exercícios, orientação para adoção de hábitos alimentares saudáveis, convívio social através de atividades recreativas e de lazer, além de orientações específicas para grupos de hipertensos, diabéticos e portadores de outras doenças crônicas (RECIFE, 2010).

Para tanto, a opinião dos usuários quanto à qualidade da atenção à saúde é considerada de extrema relevância quando se busca avaliar esses serviços. Assim, não se pode deixar de considerar sua percepção, a fim de contribuir para a melhoria do sistema de saúde (JESUS; CARVALHO, 2002).

Compreender os motivos que levam os usuários a frequentarem os espaços de promoção de atividades voltadas à melhoria da saúde parece ser uma estratégia interessante no auxílio de tomada de decisões quanto à oferta desses serviços. Desse modo, a melhoria dos programas de saúde pode ser baseada no processo de avaliação apoiado na análise do sistema por meio da ótica do usuário, servindo de parâmetro para as ações e políticas de saúde (MOIMAZ *et al.*, 2010), pois a participação livre e crítica dos usuários pode contribuir para o empoderamento deste grupo populacional, questões estas essenciais para a viabilização de políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos e controle de enfermidades (COTTA *et al.*, 2008). Considerando o conceito da participação como uma das diretrizes para a gestão do Sistema Único de Saúde, a opinião, o interesse e o envolvimento dos usuários são imprescindíveis para fortalecê-lo (BRASIL, 2006b).

## 6.1 A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E A OFERTA DOS SERVIÇOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DO RECIFE

Para compreender melhor a relação entre os usuários com o Programa Academia da Cidade do Recife, foi necessário chegar até eles e perceber o sentimento relacionado à estrutura e ações oferecidas pelo mesmo.

Quando se refere à infraestrutura do PAC Recife, percebe-se que com a ampliação do programa, vem à dificuldade de manutenção. A estrutura física e os equipamentos do PAC Recife tem sido motivo de insatisfação por parte dos usuários. Quando perguntado sobre a percepção em relação aos pontos negativos do programa, a falta de equipamentos e manutenção do espaço físico foram os problemas mais citados pelos usuários.

Falta bastão. Os colchonetes estão tudo caindo da mão da gente, saindo o plástico. Não tem condições de fazer física com aquelas garrafinhas que derramam terra na gente (USUÁRIO 02 – Informação Verbal).

Pouco espaço. Pouco material para ser feita a aula completa (USUÁRIO 04 – Informação Verbal).

A falta de material e a melhoria da estrutura física já foram apontadas pelos usuários do PAC Recife em estudo realizado anteriormente por Hallal e colaboradores (2010) como necessárias para melhoria das ações do programa.

Quando perguntado “Se você pudesse modificar algo no programa, o que seria?”, 61% dos usuários responderam que melhorariam a estrutura, incluindo a aquisição de mais e novos materiais, enquanto 11,6% não modificariam nada (HALLAL *et al.*, 2010).

No entanto, apesar dos usuários apresentarem queixas em relação aos aspectos materiais do PAC Recife, o grau de satisfação revelado é alto quanto às atividades promovidas pelo programa. Quando perguntado se as atividades oferecidas pelo programa são aquelas que gostariam de fazer, a maioria respondeu que as atividades satisfazem, apesar de apontarem que as mesmas poderiam melhorar tanto no tempo da sessão, como na variedade das atividades.

São muito boas, muito boa aula, principalmente o step e a dança (USUÁRIO 05).

É, gosto, gosto de fazer. Devia ter mais dança, deveria ter mais porque é pouco tempo, mas eu gosto daqui (USUÁRIO 09).

Eu gostaria de fazer outras atividades, mas estas estão boas (USUÁRIO 10).

Este sentimento dos usuários do polo com as atividades oferecidas pelo programa reforça o encontrado por Hallal et al. (2010) em investigação realizada anteriormente no PAC Recife. Quando os autores avaliaram o grau de satisfação com o programa, 72,8% dos usuários relataram um grau elevado (alto ou muito alto) e 23,2% grau de satisfação médio e apenas 4% consideraram baixo ou insatisfeito.

Apesar de perceber um bom nível de satisfação dos usuários do programa, existe a necessidade de estar sempre atento a melhorias, tanto na infraestrutura e materiais das aulas, quanto na variedade de atividades físicas promovidas. Cabe registrar as falas das usuáries 01 e 06, de 40 e 56 anos de idade, respectivamente, quando se referem às atividades oferecidas pelo programa:

Eu acho que ainda deixa muito a desejar depois que a gente começa conhecendo aqui uma coisa diferente. Ainda tem muita coisa aqui faltando para a gente, principalmente agora que tem piorado muito em questão de professor, questão de material... (USUÁRIO 01)

Não. Eu gostaria de ter outra coisa mais intensa, outra coisa mais programada, para cada usuário (USUÁRIO 06).

Diversos estudos (CARDOSO *et al.*, 2008; MOIMAZ *et al.*, 2010; SILVA; PETROSKI; REIS, 2009) apontam que a orientação das atividades pode levar os usuários de programas a desistirem de participar das ações promovidas. No estudo de Cardoso *et al.* (2008), os principais motivos de desistência do programa destacados pelos sujeitos foram agrupados em três categorias principais, sendo elas: 1) pessoais: problemas de saúde ou morte do cônjuge ou de outros familiares; 2) saúde: cirurgias, tratamentos de doenças como labirintite e hérnia de estômago; 3) exercício físico: dores articulares sentidas após as aulas com exercícios realizados nas posições sentada e deitada.

Outro aspecto importante a considerar quanto à oferta de um programa comunitário de promoção de atividades físicas são os motivos que levam o usuário a procurar e aderir a intervenção. Cohen-Mansfield *et al.* (2004) analisaram 324 idosos com idades entre 74 e 85 anos, concluindo que, para quase 70% dos participantes, o aconselhamento médico para a prática de exercício físico; ser monitorado por um profissional da saúde; a qualidade do instrutor e a avaliação dos efeitos do exercício por um profissional eram importantes ou muito importantes para os idosos se engajarem no programa.

Quando perguntado aos usuários do PAC Recife, quais os motivos que levaram a procurar as atividades do programa, as respostas predominaram em torno da melhoria da saúde e controle de doenças, além da satisfação da prática de atividades físicas.

Para tentar melhorar mesmo a saúde, a disposição e a vida, para viver melhor (USUÁRIO 01).

Depois que eu fiquei diabética, aí foi mais um motivo para eu caminhar, fazer ginastica, fazer regime (USUÁRIO 02).

Porque são muito boas as atividades da Academia da Cidade (USUÁRIO 05).

Os resultados de uma pesquisa sobre a temática, envolvendo sete estados brasileiros e o Distrito Federal (Bahia, Pernambuco, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul e Brasília) mostraram que a saúde é o problema que mais preocupa os brasileiros, representada em média por 32,8% dos entrevistados (WESTIN, 2010).

Um aspecto importante que tem levado o usuário a utilizar as atividades que o polo do programa promove é o fato de ser oferecido em local próximo ao domicílio. Quando perguntado ao usuário sobre como ficou sabendo das atividades promovidas no PAC Recife, a proximidade do polo a sua residência foi o que predominou entre as respostas.

Ah! Porque eu moro perto daqui. É aqui na Avenida Norte, e essa pessoa que eu andava com ela na Jaqueira disse vamos começar a andar no Sítio que começou atividade de ginástica e caminhada (USUÁRIO 02).

Vim passear com meu filho aqui, vi, assisti à primeira aula, gostei e comecei vindo (USUÁRIO 01).

Passei, passei. Porque quando eu vim morar aqui, passei pelo polo e decidir fazer (USUÁRIO 05).

Alguns estudos apontam o quanto está associada à prática de atividades físicas no lazer com calçadas bem conservadas, beleza arquitetônica, disponibilidade de equipamentos para atividades físicas, presença de pistas para caminhada, ciclovias e parques (SAELEN; HANDY, 2008; WENDEL-VOS *et al.*, 2007).

Além da distância entre a residência do usuário e o polo do programa, a adesão às atividades também se deu por orientação de outro profissional de saúde que compõe o Posto de Saúde do Distrito Sanitário.

O médico do Posto de Saúde indicou: vá para o Academia da Cidade. [...] E tinha um menino que fazia atividade aqui no Sítio, que trabalha de Agente de Saúde, vinha para cá e eu comecei a vim também (USUÁRIO 03).

A indicação de um profissional de saúde para praticar exercícios físicos também foi motivo importante de aderência a um programa de atividades físicas em estudo realizado por Cardoso e colaboradores (2008).

Quanto aos principais fatores que possam impedir ou dificultar à participação dos usuários nas atividades do PAC Recife, a maioria dos entrevistados apontaram que as condições climáticas (chuvas) e por motivos de doenças são importantes para a não participação.

A chuva. Tempo de chuva a gente não consegue fazer as atividades. Ou quando estou doente, que é raro (USUÁRIO 01).

Doença. Se eu adoecer, não posso vim. Como quando eu levo uma queda, eu não posso me ajoelhar, eu não posso fazer, aí não venho (USUÁRIO 02).

Diversas investigações apontam como uma das principais barreiras ao acesso a programas de atividades físicas em parques e praças públicas, as condições climáticas, principalmente relacionadas à presença de chuvas (CHAN; RYAN; TUDOR-LOCKE, 2006; SILVA; PETROSKI; REIS, 2009; TOGO *et al.*, 2005). Em relação aos problemas de saúde, estudos também apontam como uma importante causa para desistência da prática de atividades físicas (CARDOSO *et al.*, 2008; DERGANCE *et al.*, 2003; MAZO, 2003).

Dentre as reivindicações dos usuários para melhoria da infraestrutura do programa, a possibilidade de existir um lugar coberto para a prática das atividades oferecidas pelo PAC Recife parece ser uma necessidade. Considerando que as condições climáticas da cidade de Recife ora leva a exposição ao sol, ora leva a exposição a chuvas, melhorar as estruturas dos polos, oferecendo um espaço coberto, seria fundamental para uma maior adesão ao programa.

Outro efeito produzido pelo grau de satisfação do usuário pelo programa é o de fazer recomendações para que outras pessoas participem das atividades promovidas pelo PAC Recife. Quando perguntado aos usuários se recomendariam para outras pessoas a utilização das atividades oferecidas pelo programa, a maioria das participantes respondeu que recomendariam.

Só tenho. Para meus vizinhos mesmo, eu recomendei e eles têm vindo também e tem gostado (USUÁRIO 01).



Tenho, tenho recomendado. Eu falo para minha filha, para minhas vizinhas, que é muito bom (USUÁRIO 10).

Estudo realizado por Lima-Costa e Loyola Filho (2008) com 8.604 adultos, para determinar os fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), mostrou que 68% recomendariam para outra pessoa a maioria dos profissionais ou serviços de saúde utilizados. Outra investigação realizada com usuários de serviços de fisioterapia oferecida pela rede pública do município de Teresina (PI) apontou um grau elevado de satisfação pelo tratamento recebido (75,5%), e desses, a maioria recomendaria o serviço a terceiros (MACHADO; NOGUEIRA, 2008).

A relação profissional-usuário parece ser também um determinante para adesão e manutenção em programas de saúde. Estudos de satisfação em Atenção Primária em Saúde (APS) apontam que os usuários apresentam melhor avaliação dos aspectos relacionais (atendimento, cuidado, comunicação interpessoal, etc) que organizacionais, como estrutura física, acesso a consultas e medicamentos (BASTOS *et al.*, 2002; BARROS; ROCHA; SANTA HELENA, 2008; GROSS *et al.*, 2003;).

Quando perguntado aos usuários do PAC Recife quais os principais pontos positivos do programa, a maioria indicou os professores como sendo um ponto forte. O bom relacionamento e a capacidade de oferecer boas aulas foi o que mais apareceu como qualidades desses profissionais do programa.

As atividades e as professoras, entendeu! As professoras são muito boas, elas se garantem (USUÁRIO 05).

Eu gosto dos professores, são excelentes. Com as meninas a gente conversa muito. Só de conversar a gente troca ideia da vida (USUÁRIO 08).

Todos bons! É porque os exercícios são bons, os professores são bons... os professores são atenciosos e eles tem paciência com a gente (USUÁRIO 10).

É importante reforçar que a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde permite avaliar sua relação com o profissional, o trato humanitário durante o atendimento e a satisfação do atendimento (KOTAKA; PACHECO; HIGAKI, 1997; RAMOS; LIMA, 2003)

Em revisão sistemática realizada por Martins *et al.* (2014), com o objetivo de verificar a percepção dos usuários e profissionais na avaliação da qualidade nos

serviços públicos de saúde, mostraram que para garantir a qualidade nos serviços de saúde da atenção básica, segundo a percepção dos usuários, é necessário: 1º) facilidade para agendar consulta no serviço de saúde; 2º) diminuir o tempo de espera; 3º) cordialidade no atendimento; 4º) facilidade para agendar consulta no serviço especializado; 5º) boa relação profissional-usuário; 6º) resolução dos problemas; 7º) boas condições na estrutura física; 8º) número adequado de profissionais.

## 6.2 O PROGRAMA ACADEMIA CIDADE DO RECIFE E A QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS

O Programa Academia da Cidade do Recife foi concebido a partir da necessidade urgente de promover ações preventivas e de promoção de saúde, através de prática regular e orientada de atividade física, desenvolvendo avaliação da aptidão física, avaliação médica voltada para prática da atividade física e avaliação nutricional com finalidade de construir hábitos saudáveis de alimentação e nutrição, como também ações educativas e de formação da cidadania, utilizando praças, parques e outros espaços públicos do Recife (RECIFE, 2002). Para tanto, definiu como objetivo geral contribuir para a promoção da saúde coletiva, através do estímulo a prática regular de atividade física, da reeducação alimentar e do esporte orientado para o lazer em espaços públicos, visando melhoria na qualidade de vida dos cidadãos recifenses (RECIFE, 2002; 2010).

O fato do objetivo principal do programa referir-se a melhoria da qualidade de vida da população torna-se importante fazer uma reflexão sobre este conceito.

O termo qualidade de vida apresenta diversos significados. Para a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida é a interação harmônica do indivíduo envolvendo o bem-estar físico, mental, social, ambiental, econômico e cultural, ou seja, a capacidade de agrupar elementos que a coletividade considera como padrões de conforto e satisfação (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O termo qualidade de vida associa os aspectos relacionados às dimensões subjetivas dos indivíduos, considerando que a ideia de bem-estar deve contemplar a cada um, em função das suas crenças, valores e ideologias, mesmo que com isto a qualidade de vida não obtenha uma definição consensual que consiga representá-la em sua totalidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Para alguns, este termo carrega

uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial (SEIDEL; ZANNON, 2004).

Assim, mesmo sem ter uma conceituação única, a ideia de qualidade de vida é amplamente utilizada pelos sujeitos para definir suas carências e necessidades. Esta percepção empírica pode contribuir para direcionar ações voltadas para promover condições de vida e saúde mais satisfatórias (SOUZA *et al.*, 2013).

Para o desenvolvimento das atividades promovidas pelo PAC Recife, o conhecimento da percepção dos sujeitos sobre a sua qualidade de vida é um elemento fundamental no processo de reorganização do modelo de atenção à saúde que norteia a sua implementação. Assim, quando perguntado aos usuários sobre o quanto o programa tem influenciado em sua qualidade de vida, a relação com a melhoria da saúde foi o efeito mais referido por elas.

Saúde, eu estou melhor. Eu me sinto bem fazendo ginástica, vindo para o Sítio. Quando é o mês de junho, tem festa o mês todo (USUÁRIO 02).

Mudou sim, eu me sinto outra. Mais forte, mais disposta (USUÁRIO 04).

Funciona. Porque se não for eles eu adoço, fico em casa doente (USUÁRIO 07).

Diversos estudos apontam que o conceito de qualidade de vida está diretamente associado à percepção de saúde (PUCCI *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2012; VAGETTI *et al.*, 2013). No entanto, a qualidade de vida também pode estar relacionada a outros aspectos de sua vida diária. Estudo realizado por Arcanjo, Valdes e Silva (2008) sobre percepção da qualidade de vida em mulheres participantes de grupos de atividades físicas, salienta que a percepção das usuárias sobre qualidade de vida está diretamente relacionada a aspectos da sua vida cotidiana, como a maior facilidade de execução nas atividades da vida diária, a capacidade plena de autocuidado, a sensação geral de boa saúde, a perspectiva de vida longa e suporte da família.

O relacionamento social é outro aspecto importante quando se fala em qualidade de vida e o que um programa de promoção de atividade física pode oferecer a seus usuários. Isso fica evidente nas falas dos usuários do PAC Recife quando perguntado sobre a influência do programa em sua qualidade de vida.

Influenciou demais, para melhor com certeza... A disposição, a vontade de vim para cá, o encontro com as amigadas. Fiz muitas amigadas aqui viu, amigade sincera mesmo... (USUÁRIO 03).

Em estudo realizado por Hallal *et al.* (2010) com usuários do Programa Academia da Cidade do Recife, o convívio social apareceu como um dos motivos para a participação no programa. Isto é corroborado em outro estudo realizado no PAC Recife sobre a concepção dos professores que atuam nas atividades do programa (HALLAL *et al.*, 2009). Para os profissionais, o envolvimento dos usuários nas atividades festivas e em passeios revela o quanto os mesmos tem um grau de socialização e integração.

A relação da qualidade de vida com a prática de atividade física e a alimentação saudável também tem sido revelado pelos usuários de programas e serviços de saúde. Na investigação realizada por Souza *et al.* (2013) quanto a percepção sobre qualidade de vida das usuárias de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), quando perguntadas suas opiniões sobre qualidade de vida, houve convergência nas respostas das voluntárias, associando o termo com atividade física e alimentação. Isso também foi relatado pelos usuários do PAC Recife:

Influenciou. Na minha qualidade de vida, influenciou muito. Só de não ficar sedentária que era antes, depois que comecei o Programa Academia da Cidade eu fiquei encorajada para pedalar, para a hidroginástica. Então, eu me acho outra pessoa em questão de saúde (USUÁRIO 01).

Influenciou muito. [...] eu era neutra, não fazia academia, não tinha estímulo para nada. Agora faço o meu exercício que tirou a dor do meu corpo (USUÁRIO 10).

Com certeza e bastante. Porque de primeiro eu comia mais gordura, mais frituras, essas coisas. Hoje eu como mais legumes, verduras, frutas... (USUÁRIO 09).

Nos diálogos observou-se que a interferência do PAC Recife na qualidade de vida das usuárias está relacionada às atividades oferecidas e na relação entre profissionais e usuárias. Isto parece um indicador de que a oferta dos serviços do programa tem se aproximado as necessidades da comunidade. No entanto, é importante ressaltar a necessidade de constante avaliação destas ações no sentido de melhorar a oferta seja na variedade de atividades, seja na ampliação do tempo das sessões.

Pois, nos serviços públicos de saúde, a busca pela qualidade se faz necessária devido às profundas desigualdades sociais, às péssimas condições de

vida e de saúde da população, à má alocação dos recursos, à ineficiência, aos custos crescentes e à desigualdade nas condições de acesso dos usuários (FADEL; REGIS FILHO, 2009; POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

Sendo assim, um dos aspectos fundamentais da qualidade de um serviço refere-se à satisfação de seu usuário. A percepção do usuário interferirá na acessibilidade, na criação de vínculos e na conseqüente horizontalidade do cuidado, e terá reflexos na capacidade da equipe para coordenar o cuidado (SAVASSI, 2010).

## REFERÊNCIAS

- ARCANJO, G. N.; VALDÉS, M. T. M.; SILVA, R. M. Percepção sobre qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p. 2145-2154, 2008.
- BASTOS, A. C. S. *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 nov. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 fev. 2006b.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- CHAN, C. B.; RYAN, D. A.; TUDOR-LOCKE, C. Relationship between objective measures of physical activity and weather: a longitudinal study. **The international journal of behavioral nutrition and physical activity**. London, v. 3, p. 21, 2006.
- COHEN-MANSFIELD, J. *et al.* Socio-environmental exercise preferences among older adults. **Preventive Medicine**, New Orleans, v. 38, p. 804-811, 2004.
- COTTA, R.M.M. *et al.* Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 745-766, 2008.
- DERGANCE, J. M. *et al.* Barriers to and benefits of leisure time physical activity in the elderly: differences across cultures. **Journal of American Geriatrics Society**, Malden, v. 51, n. 6, p. 863-868, jun. 2003.
- FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p.7-22, jan./fev. 2009.
- GROSS, R. *et al.* The relationship between primary care physicians adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: findings from a pilot study. **Family practice**, Oxford, v. 20, n. 5, p.563-569, oct. 2003.
- HALLAL, P. C. *et al.* Avaliação Quali-Quantitativa do Programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v.14, n. 1, p. 9-14, 2009.

- HALLAL, P. C. *et al.* Evaluation of the Academia da Cidade Program to Promote Physical Activity in Recife, Pernambuco State, Brazil: perceptions of users and nonusers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010.
- JESUS, P. B. R.; CARVALHO, D.V. Percepção de usuários de unidade de saúde da família sobre a assistência à saúde: uma contribuição da enfermagem. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1-2, p. 48-56, 2002.
- KOTAKA, F.; PACHECO, M. L. R.; HIGAKI, Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 171-177, abr. 1997.
- LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 247-257, dez. 2008.
- MACHADO, N. P.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 401-408, 2008.
- MARTINS, L. F. V. *et al.* Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 19, n. 2, p. 151-158, maio/ago. 2014.
- MAZO, G. Z. **Atividade Física e Qualidade de Vida de Mulheres Idosas**. 2003. 218 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto, Porto, 2003.
- MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, dez. 2010.
- POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 548-551, jul./ago. 2006.
- PUCCI, G. C. M. *et al.* Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 166-179, fev. 2012.
- RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande de Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Academia da Cidade do Recife**: Nota Técnica. Recife: Prefeitura do Recife, 2010.

SAELEN, B. E.; HANDY, S. L. Built environment correlates of walking: a review. **Medicine and science in sports and exercise**, Madison, v. 40, Supl. 7, p. 550-656, jul. 2008.

SALLIS, J.F.; *et al.* An ecological approach to creating active living communities. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 27, n. 1, p. 297-322, 2006.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 3-5, jan./dez. 2010.

SEIDEL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2011.

SILVA, R. J. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-62, mar. 2012.

SOUZA, F. L. D. *et al.* Percepções sobre qualidade de vida das usuárias de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Investigação**, Franca, v. 13, n. 3, p. 34-38, 2013.

TOGO, F. *et al.* Meteorology and the physical activity of the elderly: the Nakanojo Study. **International Journal of Biometeorology**, Leiden, v. 50, n. 2, p. 83-89, 2005.

VAGETTI, G. C. *et al.* Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3483-3493, dez. 2013.

WENDEL-VOS, W. *et al.* Potential environmental determinants of physical activity in adults: a systematic review. **Obesity reviews**, Oxford, v. 8, n. 5, p. 425-440, Sept. 2007.

WESTIN, R. Saúde e segurança são os problemas que mais preocupam população. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 set. 2010.



## Capítulo 7

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve o objetivo de fazer uma análise da implantação do Programa Academia da Cidade do Recife durante um espaço temporal que retrata o período de criação até os dias atuais. Para tanto, foi realizado um percurso onde o olhar sobre sua história e evolução foi necessário.

No início se percebeu as dificuldades de colocar em prática programas que objetivam a promoção da saúde em comunidades, principalmente quando se trata de iniciativas que promovam a atividade física dentre outras ações. Um programa com estas características requer cuidados que na maioria das vezes são negligenciados. Ficou evidente na fala dos atores do processo de criação e implantação da proposta o grau de dificuldade. Desde a mínima estrutura física até o recurso financeiro necessário para o início da intervenção. A falta de previsão e dotação orçamentária, apesar da vontade política, gerou diversas dificuldades para a implantação da proposta. No entanto, fica evidente que na implantação do programa a vontade do gestor público foi preponderante.

Para contratação dos profissionais que atuam no programa, foi realizado concurso público específico para a Secretaria da Saúde. Isto chegou a ser uma inovação no país, já que até o momento, a contratação de Profissionais de Educação Física só se dava pelas Secretarias de Educação e Esportes. Esta forma de contratação foi, na opinião dos gestores entrevistados, fundamental para a manutenção e memória institucional do programa.

Outro aspecto muito importante para a manutenção do programa foi a participação popular. O envolvimento e o sentimento de pertencimento leva a população a auxiliar na conservação dos polos, na gestão e na participação ativa das conferências municipais de saúde e no orçamento participativo.

O acesso a esses novos espaços e a garantia do direito de exercitar-se de forma orientada, pôde contribuir para uma mudança de conceitos, no que se refere à valorização da esfera pública e a conscientização do óbvio: o espaço público é de todos e deve ser preservado. Neste sentido, a expectativa do programa foi estimular a participação popular nos diversos lugares públicos da cidade.

Apesar de, na época, não existir nenhum apoio do governo estadual e do federal, a gestão municipal investiu na proposta inicial, como também em sua ampliação. Então até o ano de 2010, o programa já tinha alcançado 21 (vinte e um)

polos funcionando, perfazendo um total de investimentos, dos cofres da prefeitura, de cerca de 13 milhões de reais. Após a criação dos programas Academia das Cidades, do governo do Estado de Pernambuco, e da Academia da Saúde, do Governo Federal, o programa amplia-se e dobra sua capacidade de atendimentos, chegando em 2014 a 41 (quarenta e um) polos distribuídos em seus distritos sanitários.

Quanto à análise do programa na perspectiva de análise de política, evidenciou-se que o PAC Recife serviu de fonte de inspiração para algumas iniciativas similares. Como exemplos, o Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte, o Programa Academia das Cidades de Pernambuco e o Programa Academia da Saúde do Governo Federal. Houve, certamente, o que se denomina de transferência de política. No entanto, percebe-se a presença de um fenômeno muito interessante na relação do PAC Recife com os programas do Estado de Pernambuco e do Governo Federal. Apesar de influenciar na criação destes dois programas, o PAC Recife recebe influência destas iniciativas, tanto que em vários de seus polos podemos presenciar as três marcas juntas.

Como não encontramos na literatura especializada termo que melhor expressasse a presença de tal fenômeno, denominamos de “Contratransferência de Política”, ou seja, quando a política que influenciou a criação de outra política, recebe influência destas novas políticas.

No que diz respeito ao Programa Academia da Cidade de Aracaju, existiu uma contradição entre as falas de seus Formuladores e dos gestores do PAC Recife em relação a influência do programa de Recife na experiência de Aracaju. Para os formuladores, o PAC Aracaju não recebeu nenhuma influência de outras iniciativas similares que já aconteciam no Brasil. Adota o mesmo nome do programa de Recife pelo fato de na época as gestões municipais eram do mesmo partido político, ou seja, gestão do Partido dos Trabalhadores, e a marca “Academia da Cidade” seria característica desta gestão.

Quanto à percepção do usuário sobre a oferta dos serviços e a qualidade de vida, ainda que os mesmos tenham apontado uma insatisfação com a falta de materiais, com a pouca diversidade/variedade, tempo e o tipo de orientação das atividades que recebem no PAC Recife, a proximidade do polo da residência, o profissional de saúde que indica o programa, a percepção de melhora na saúde e controle da doença, o prazer pela prática da atividade física, o convívio social e o

bom relacionamento com os profissionais envolvidos foram os fatores diretamente ligados para a adesão e manutenção ao programa, de forma que o recomendariam a outras pessoas.

No entanto, é importante ressaltar a necessidade de constantes análises das ações neste programa no sentido de melhorar a oferta seja na variedade de atividades, como na ampliação do tempo das sessões. Melhorias na infraestrutura foram sugeridas pelos usuários como, por exemplo, a cobertura dos polos, pois, além da indisposição ocasionada por doenças oportunistas, as condições climáticas foram citadas como uma barreira que influencia a não participação no programa.

O fato dos usuários associarem à percepção positiva em relação a sua qualidade de vida à adoção de hábitos mais ativos e alimentação saudável, reforça a implementação deste tipo de programa, pois atende de forma direta a um dos seus principais objetivos enquanto política de promoção da saúde.

Torna-se necessária a realização de outros estudos que envolvam a análise de política quando se refere à influência causada pelas ações de programas de sucesso em outros programas similares (transferência de política), como também vislumbrar a possibilidade de encontrar o processo de “Contratransferência de Política” em outros programas e políticas que objetivem a melhoria da saúde da população brasileira.



# APÊNDICES

## **APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA: “Coordenação/gestor público no período de criação do Programa”**

Horário de início:

Término:

Olá. Meu nome é Wallacy Feitosa. Eu sou estudante de doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/PE. O objetivo do estudo é analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto a sua intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2014.

Queremos agradecer por ter aceitado participar desta entrevista. Como é do seu conhecimento, estamos interessados em conhecer mais sobre sua experiência e liderança à frente do programa Academia da Cidade. Especificamente, gostaríamos de conhecer mais sobre o programa no tocante ao seu processo de formulação e implantação, alcance, atividades, resultados e fatores que atualmente facilitam ou não a sua operação, manutenção e institucionalização.

Lembramos que as informações que venhamos a coletar serão tratadas como dados científicos, assim seu nome e identidade não serão revelados e o registro será mantido em estrita confidencialidade.

*Objetivos (para os casos em que se solicitem mais detalhes sobre o estudo/projeto)*

- *O presente estudo de caso qualitativo tem o objetivo de analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto a sua intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2014. Realizaremos entrevistas face-a-face ou por telefone para obter informações sobre o processo de formulação, alcance, adoção, operação, resultados e sustentabilidade do programa. Com este estudo queremos contribuir para a difusão e disseminação das evidências do Programa Academia da Cidade.*

Nós gostaríamos de ter a sua autorização para gravar (áudio) a sua entrevista. Toda informação será estritamente confidencial e os dados não serão facultados a qualquer pessoa. Temos a sua autorização para gravar?

Antes de iniciar, nós gostaríamos de saber um pouco mais a cerca de sua experiência no PAC:

1. Quando começou a trabalhar no/com o programa Academia da Cidade?
2. Por quanto tempo você trabalhou com o programa?
3. Quais eram as suas responsabilidades no programa?
4. Qual era a sua formação profissional neste momento?
5. Qual era a sua experiência de trabalho neste momento?

Muito obrigado.

Agora, vamos iniciar a entrevista. Você tem alguma pergunta?

Bem, por favor, fique à vontade para responder as perguntas dentro de suas próprias condições.

1. Quando começou os primeiros ensaios para a formulação do Programa Academia da Cidade?
2. Quais os fatores que provocaram a criação do programa?
3. O programa Academia da Cidade é uma adaptação de outro programa? Caso sim, descreva-o brevemente.
4. Quando o programa Academia da Cidade começou?
5. Como o programa começou?
6. Quem apoiou esta iniciativa (parceiros, comunidade, governo)? Como?
7. Que obstáculos foram identificados neste momento de criação e como foram solucionados?
8. Em sua opinião, qual era o objetivo principal do programa? Ele foi atingido?
9. Existia alguma política local ou nacional que apoiava o programa nesta fase inicial de implantação? Caso sim, qual e em que consistia?
10. Como foi o processo para obter financiamento?
11. Em sua opinião, quais são os fatores que tornaram possível a manutenção do programa Academia da Cidade ao longo de todos esses anos? (Exemplos: demanda da comunidade, recursos disponíveis, parceiros, apoio, política)

12. Em sua opinião, quais são as principais barreiras ou obstáculos que o programa enfrentou? (falta de pessoal, falhas em colaboração, orçamento insuficiente)
13. Você sabe se o programa foi replicado em outras cidades ou comunidades? *Caso sim, quais?*
14. Se outra comunidade desejasse replicar o programa:
- Que condições você julga que seriam necessárias?
  - Quais são os principais obstáculos a considerar?
  - Quais seriam as suas recomendações?

Horário de término da entrevista:

Chegamos ao fim da entrevista. Muito obrigado pela sua ajuda.

Você poderia recomendar alguém que pudesse oferecer informações valiosas sobre o programa Academia da Cidade?



## **APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA: “Profissional no período de criação do Programa e que atua até o momento”**

Data:

Horário de início:

Término:

Olá. Meu nome é Wallacy Feitosa. Eu sou estudante de doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/PE. O objetivo do estudo é analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto a sua intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2014.

Queremos agradecer por ter aceitado participar desta entrevista. Como é do seu conhecimento, estamos interessados em conhecer mais sobre sua experiência no programa Academia da Cidade. Especificamente, gostaríamos de conhecer mais sobre o programa no tocante ao seu processo de formulação e implantação, alcance, atividades, resultados e fatores que atualmente facilitam ou não a sua operação, manutenção e institucionalização.

Lembramos que as informações que venhamos a coletar serão tratadas como dados científicos, assim seu nome e identidade não serão revelados e o registro será mantido em estrita confidencialidade.

*Objetivos (para os casos em que se solicitem mais detalhes sobre o estudo/projeto)*

- *O presente estudo de caso qualitativo tem o objetivo de analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto a sua intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2014. Realizaremos entrevistas face-a-face ou por telefone para obter informações sobre o processo de formulação, alcance, adoção, operação, resultados e sustentabilidade do programa. Com este estudo queremos contribuir para a difusão e disseminação das evidências do Programa Academia da Cidade.*

Nós gostaríamos de ter a sua autorização para gravar (áudio) a sua entrevista. Toda informação será estritamente confidencial e os dados não serão facultados a qualquer pessoa. Temos a sua autorização para gravar?

Antes de iniciar, nós gostaríamos de saber um pouco mais a cerca de sua experiência no PAC:

1. Quando começou a trabalhar no/com o programa Academia da Cidade?
2. Por quanto tempo você trabalhou com o programa?
3. Quais eram as suas responsabilidades no programa?
4. Qual era a sua formação profissional neste momento?
5. Qual era a sua experiência de trabalho neste momento?

Muito obrigado.

Agora, vamos iniciar a entrevista. Você tem alguma pergunta?

Bem, por favor, fique à vontade para responder as perguntas dentro de suas próprias condições.

1. Quando começou os primeiros ensaios para a formulação do Programa Academia da Cidade?
2. Quais os fatores que provocaram a criação do programa?
3. O programa Academia da Cidade é uma adaptação de outro programa? Caso sim, descreva-o brevemente.
4. Quando o programa Academia da Cidade começou?
5. Como o programa começou?
6. Quem apoiou esta iniciativa (parceiros, comunidade, governo)? Como?
7. Que obstáculos foram identificados neste momento de criação e como foram solucionados?
8. Em sua opinião, qual era o objetivo principal do programa? Ele foi atingido?
9. Existia alguma política local ou nacional que apoiava o programa nesta fase inicial de implantação? Caso sim, qual e em que consistia?
10. Como foi o processo para obter financiamento?
11. Em sua opinião, quais são os fatores que tornaram possível a manutenção do programa Academia da Cidade ao longo de todos esses anos? (exemplos: demanda da comunidade, recursos disponíveis, parceiros, apoio, política)

12. Em sua opinião, quais são as principais barreiras ou obstáculos que o programa enfrentou? (falta de pessoal, falhas em colaboração, orçamento insuficiente)
13. Você sabe se o programa foi replicado em outras cidades ou comunidades? *Caso sim, quais?*
14. Se outra comunidade desejasse replicar o programa:
  - Que condições você julga que seriam necessárias?
  - Quais são os principais obstáculos a considerar?
  - Quais seriam as suas recomendações?

Horário de término da entrevista:

Chegamos ao fim da entrevista. Muito obrigado pela sua ajuda.

Você poderia recomendar alguém que pudesse oferecer informações valiosas sobre o programa Academia da Cidade?

## APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA: “USUÁRIOS”

Data:

Horário de início:

Término:

Olá. Meu nome é Wallacy Feitosa. Eu sou estudante de doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/PE. O objetivo do estudo é analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto a sua intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2014.

Queremos agradecer por ter aceitado participar desta entrevista. Como é do seu conhecimento, estamos interessados em conhecer mais sobre sua experiência no programa Academia da Cidade.

Lembramos que as informações que venhamos a coletar serão tratadas como dados científicos, assim seu nome e identidade não serão revelados e o registro será mantido em estrita confidencialidade.

*Objetivos (para os casos em que se solicitem mais detalhes sobre o estudo/projeto)*

- *O presente estudo de caso qualitativo tem o objetivo de analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto a sua intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2014. Realizaremos entrevistas face-a-face ou por telefone para obter informações sobre o processo de formulação, alcance, adoção, operação, resultados e sustentabilidade do programa. Com este estudo queremos contribuir para a difusão e disseminação das evidências do Programa Academia da Cidade.*

Nós gostaríamos de ter a sua autorização para gravar (áudio) a sua entrevista. Toda informação será estritamente confidencial e os dados não serão facultados a qualquer pessoa. Temos a sua autorização para gravar?

Agora, vamos iniciar a entrevista. Você tem alguma pergunta?

Bem, por favor, fique à vontade para responder as perguntas dentro de suas próprias condições.

1. Quando começou a utilizar as atividades do Programa Academia da Cidade (PAC)?
2. Como você ficou sabendo sobre as atividades promovidas no PAC?
3. Quais os motivos que levaram o(a) Sr(a). procurar as atividades do PAC?
4. As atividades oferecidas pelo PAC são aquelas que o(a) realmente gostaria de fazer?
5. Quais os principais fatores que podem impedir ou dificultar a sua participação nas atividades oferecidas pelo PAC.
6. Com que frequência o(a) senhor(a) participa das atividades que são oferecidas pelo PAC?
7. De modo geral, o(a) senhor(a) diria que o horário e espaço físico são adequados?
8. Você tem recomendado para outras pessoas a utilização das atividades promovidas pelo PAC?
9. Na percepção do(a) senhor(a), quais os principais pontos positivos do PAC?
10. Na percepção do(a) senhor(a), quais os principais pontos negativos do PAC?
11. Na percepção do(a) senhor(a), o que poderia ser modificado no PAC para que suas necessidades e interesses fossem mais bem atendidos?
12. Na percepção do(a) senhor(a), o PAC influenciou em sua qualidade de vida?

Muito obrigado.

Horário de término da entrevista:

Chegamos ao fim da entrevista. Muito obrigado pela sua ajuda.

Você poderia recomendar alguma outra pessoa (**usuário antigo**) que pudesse oferecer informações sobre o programa Academia da Cidade?

## APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA: (Gestores dos Programas Similares do Academia da Cidade)

Olá. Meu nome é Wallacy Feitosa. Eu sou estudante de doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/PE. O objetivo do estudo é analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto a sua intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2013.

Queremos agradecer por ter aceitado participar desta entrevista. Como é do seu conhecimento, estamos interessados em conhecer mais sobre sua experiência e liderança à frente do Programa Academia da Cidade de Aracaju. Especificamente, gostaríamos de conhecer mais sobre o programa no tocante ao seu processo de formulação e implantação e a influência que o Programa Academia da Cidade do Recife teve em sua criação.

Lembramos que as informações que venhamos a coletar serão tratadas como dados científicos, assim seu nome e identidade não serão revelados e o registro será mantido em estrita confidencialidade.

### *Objetivos*

- *O presente estudo de caso qualitativo tem o objetivo de analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto a sua intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2013. Realizaremos entrevistas face-a-face ou por telefone para obter informações sobre o processo de formulação, alcance, adoção, operação, resultados e sustentabilidade do programa. Com este estudo queremos contribuir para a difusão e disseminação das evidências do Programa Academia da Cidade.*

Antes de iniciar, nós gostaríamos de saber um pouco mais a cerca de sua experiência no PAC Aracaju:

6. Quando começou a trabalhar no/com o programa Academia da Cidade?

7. Por quanto tempo você trabalha/trabalhou com o programa?
8. Quais são/foram as suas responsabilidades no programa?
9. Qual é a sua formação profissional?
10. Qual é a sua experiência de trabalho neste momento?

Agora, vamos iniciar a entrevista.

Bem, por favor, fique à vontade para responder as perguntas dentro de suas próprias condições.

15. Quando começou os primeiros ensaios para a formulação do Programa Academia da Cidade de Aracaju?
16. Quais os fatores que provocaram a criação do programa?
17. O programa Academia da Cidade de Aracaju é uma adaptação de outro programa? Caso sim, descreva-o brevemente.
18. Quando o programa Academia da Cidade de Aracaju começou?
19. Como o programa começou?
20. Quem apoiou esta iniciativa (parceiros, comunidade, governo)? Como?
21. Que obstáculos foram identificados neste momento de criação e como foram solucionados?
22. Em sua opinião, qual era o objetivo principal do programa? Ele foi atingido?
23. Existia alguma política local ou nacional que apoiava o programa nesta fase inicial de implantação? Caso sim, qual e em que consistia?
24. Como foi o processo para obter financiamento?
25. Em sua opinião, quais são os fatores que tornaram possível a manutenção do programa Academia da Cidade de Aracaju ao longo de todos esses anos? (exemplos: demanda da comunidade, recursos disponíveis, parceiros, apoio, política)
26. Em sua opinião, quais são as principais barreiras ou obstáculos que o programa enfrentou/enfrenta? (falta de pessoal, falhas em colaboração, orçamento insuficiente)
  - Você sabe se o programa foi replicado em outras cidades ou comunidades? *Caso sim, quais?*

Se quiser acrescentar algo que ache interessante, fique muito a vontade.

No mais, muito obrigado pela disposição em ajudar!

## APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) senhor(a) a participar da pesquisa “PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA: ESTUDO DE CASO ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE (PAC) EM RECIFE ENTRE 2002 E 2014”, coordenado pelo Pesquisador Wallacy Milton do Nascimento Feitosa, que tem por objetivo analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto a sua intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2014.

Para a participação na pesquisa o(a) senhor(a) não precisará se identificar com nomes ou números de quaisquer documentos. Além disso, a participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer momento. Caso concorde em participar, o(a) senhor(a) precisará responder a uma entrevista, recebendo para tanto o auxílio de um entrevistador de nossa equipe de pesquisadores que, com sua permissão, gravará suas respostas. Lembre-se que os procedimentos de coleta de dados adotados nesta pesquisa garantem a não divulgação da identidade dos participantes e não traz riscos à saúde física dos mesmos, podendo apenas causar desconforto devido ao tempo que o participante precisará estar concentrado para responder aos questionamentos.

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são a produção de um histórico do Programa, além de uma descrição da sua estrutura, atividades desenvolvidas, experiências exitosas e dificuldades encontradas. A realização deste levantamento permitirá a sugestão de políticas públicas para o setor saúde.

Será garantido o direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer etapa desta; o direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase de sua execução sem qualquer prejuízo.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o(a) senhor(a) deve procurar os pesquisadores **Wallacy Milton do Nascimento Feitosa e José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior**, Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária | Recife/PE - Brasil | CEP: 50.670-420

Você pode também ligar para o telefone (81) 81 2101.2500 e 96311363 ou ainda entrar em contato por e-mail [wallacy.feitosa@gmail.com](mailto:wallacy.feitosa@gmail.com).

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ pelo telefone/fax: 55 81 2101-2639 e/ou E-mail: [comiteetica@cpqam.fiocruz.br](mailto:comiteetica@cpqam.fiocruz.br)

Eu, \_\_\_\_\_, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.



Local: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

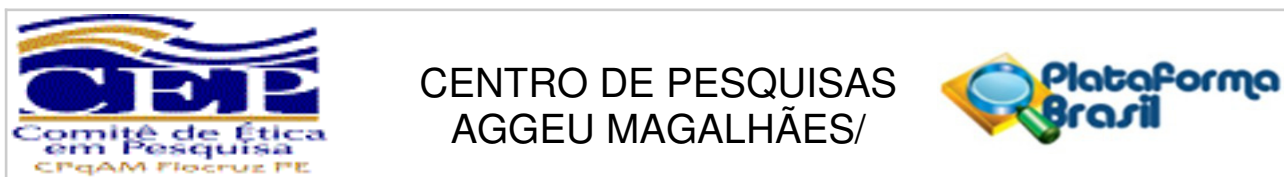
Assinatura do participante

---

Assinatura do Pesquisador



# ANEXO

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA: ESTUDO DE CASO ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE (PAC) EM RECIFE ENTRE 2002 E 2013.

**Pesquisador:** Wallacy Milton do Nascimento Feitosa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 27813714.9.0000.5190

**Instituição Proponente:** Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 656.639

**Data da Relatoria:** 02/04/2014

O estudo propõe realizar uma análise do Programa Academia da Cidade, na Cidade do Recife, quanto à formulação e implementação do programa e as influências políticas, contextuais e processuais; a evolução do programa no período de dez anos; e, a influência causada pelo programa nas iniciativas públicas locais, regionais e nacionais de promoção da atividade física. Será realizado um estudo de caso, utilizando metodologias qualitativas e quantitativas, através da análise documental, entrevistas estruturadas (em profundidade) e análise de banco de dados. Serão considerados sujeitos da pesquisa gestores, ex-gestores (principalmente os formuladores do programa) e profissionais envolvidos no programa. Além destes, serão também sujeitos da pesquisa, os usuários do programa. Preferencialmente, usuários mais antigos e que participam desde sua origem. A amostra será do tipo intencional, e para definição do tamanho final, será utilizado o critério de saturação. Para análise do conteúdo, será utilizada a condensação de significados proposto por Kvale. Para tabulação e análise dos dados que serão obtidos nos bancos de dados dos sistemas de informações disponíveis que contemplem informações sobre o

PAC, como também do Datasus/MS, utilizar-se-á planilha específica criada no programa Excel, onde serão realizadas as análises descritivas.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO GERAL:** Analisar a formulação e implementação do Programa Academia da Cidade do Recife quanto a sua intervenção efetiva de promoção da atividade física para a saúde e bem-estar da comunidade no período de 2002 a 2013, ou seja, em seus 11 anos de fundação. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** 1- Descrever a evolução do Programa Academia da Cidade do Recife durante os últimos dez anos, ou seja, de 2002 a 2013; 2- Analisar a implementação do Programa Academia da Cidade (PAC) do Recife considerando a situação política de momento, o contexto, conteúdo, atores sociais e processo; 3- Identificar a influência do Programa Academia da Cidade do Recife na Política Nacional de Promoção da Saúde e nas iniciativas locais, regionais e nacionais de promoção de atividades físicas para comunidades.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos relacionados com a participação na pesquisa podem envolver constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade venha a público. Para tanto, nenhum dos formulários utilizados para registro de dados conterá qualquer tipo de identificação, procedimento que assegura o anonimato de sua participação neste estudo. Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são a produção de um histórico do Programa, além de um diagnóstico situacional quanto à sua estrutura, atividades desenvolvidas, experiências exitosas e dificuldades encontradas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de doutorado, que vem sendo desenvolvido desde março/2012, com término previsto para dezembro/2014. O projeto está bem estruturado, apresentando os elementos necessários para análise ética. A metodologia está condizente com os objetivos propostos, assim como nas considerações éticas enfoca os riscos e benefícios do estudo, como também apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O cronograma de execução também está compatível e em conformidade com os preceitos éticos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta Cronograma, Orçamento, Currículo Lattes, Declaração de Participação, Declaração de Compromisso, Carta de Anuência, TCLE e Roteiro de Entrevista. Nesta segunda versão, apresentou o Roteiro de Entrevista para o usuário, como também o TCLE estruturado em forma de convite.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto apresentado nesta versão está adequado sob o ponto de vista da ética humana, portanto atende ao disposto na RES. CNS 466/12.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 07 de maio de 2017. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

RECIFE, 22 de Maio de 2014

---

**Assinado por:**

**Janaina Campos de Miranda**

**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.670-420

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2101-2639 **Fax:**(81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br