

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Especialização em Saúde Pública

EMMANUELLY CORREIA DE LEMOS

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E DE
ESTILO DE VIDA DOS USUÁRIOS DO
PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE –
RECIFE, PE**

RECIFE

2010

EMMANUELLY CORREIA DE LEMOS

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E DE ESTILO DE VIDA DOS USUÁRIOS DO
PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE – RECIFE, PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Naíde Teodósio Valois Santos

RECIFE
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L557p Lemos, Emmanuely Correia de.

Perfil sócio demográfico e de estilo de vida dos usuários do Programa Academia da Cidade – Recife, PE / Emmanuely Correia de Lemos. — Recife: E. C. de Lemos, 2010.

58 p.: il.

Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Naíde Teodósio Valois Santos.

1. Promoção da Saúde. 2. Educação Física 3. Perfil de Saúde. 4. Avaliação. I. Santos, Naíde Teodósio Valois. II. Título.

CDU 614.2

EMMANUELLY CORREIA DE LEMOS

PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E DE ESTILO DE VIDA DOS USUÁRIOS DO
PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE – RECIFE, PE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Ms. Naíde Teodósio Valois Santos
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Prof^ª. Ms. Islândia Maria Carvalho de Sousa
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Prof^ª. Dr^ª. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

AGRADECIMENTOS

À Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele!

Aos meus pais, pois o carinho constante me fortalece e amor me faz viver.

A meu irmão e família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A meu namorado, que infinitamente colaborou e compreendeu os desafios deste momento. Tudo isso com muito Amor.

À professora e orientadora Naide Teodósio, por seu apoio dedicação e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos. Pelo convívio, pela compreensão e pela amizade.

Aos meus amigos, em especial, Arichele, Patrícia, Natália, Jaqueline, Geanine, Clayton, Débora e Etiene, pelo incentivo, pelo apoio constante e pela amizade.

Às novas e grandes amizades que pude fazer ao longo do curso, pelo incentivo e apoio constante.

A todos que direta e indiretamente partilharam do meu esforço nesta caminhada que escolhi para minha vida.

*“Ai daqueles que pararem com sua capacidade de sonhar, de invejar sua coragem de anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e o agora, se atrelarem a um passo de exploração e de rotina.” **Paulo Freire***

LEMOS, Emmanuely Correia de. Perfil sócio demográfico e de estilo de vida dos usuários do Programa Academia da Cidade – Recife, PE. 2010. **Monografia (Especialização em Saúde Pública)** – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Nos últimos anos tem se observado uma série de mudanças nos perfis sanitário e demográfico (transição demográfica e epidemiológica) da sociedade brasileira e conseqüentemente no processo saúde-doença. A promoção da saúde vem sendo capaz de convocar conhecimentos interdisciplinares e de mobilizar práticas intersetoriais, visando a expansão do modelo de atenção à saúde para além do enfoque biomédico, propondo intervenções que possam impactar nas condições de saúde da população. Buscando por em prática as discussões sobre promoção da saúde, surge em 2002 no Recife o Programa Academia da Cidade (PAC), que se caracteriza como uma estratégia de promoção da saúde com ênfase na atividade física e na alimentação saudável. O presente estudo busca analisar as características do perfil sócio demográfico e de estilo de vida dos usuários e os objetivos que os levaram a participar do Programa. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo transversal. Em sua maioria os usuários são do sexo feminino, que utilizam o Programa nos turnos da manhã, tarde e noite, com um destaque nos horários da manhã. A faixa etária com maior expressividade foi a de 30 a 39,9 anos. Mais da metade das pessoas que freqüentam o PAC tem 11 anos de estudo ou mais e possuem ocupações bastante diversificadas, ressaltando a ocupação “do lar”. A maior parte dos usuários não são tabagistas, que não fazem uso de bebida alcoólica, possuem uma boa condição de sono e tem um histórico positivo de prática de atividade física. Quanto à morbidade familiar, as patologias mais freqüentes foram: hipertensão e diabetes. Entre as doenças auto-referidas, a hipertensão também apareceu com maior prevalência seguida da artrose. Em relação aos objetivos que levaram a participação no PAC, a maioria afirmou melhorar a saúde e a qualidade de vida e emagrecer. Quanto ao perfil de atendimento do PAC, observou-se acentuada diferença na realização de avaliações físicas entre seus pólos. Além de traçar o perfil da população atendida, foi possível identificar questões importantes a serem debatidas e enfrentadas pelo PAC. Fica iminente a necessidade de aprofundar o monitoramento e a avaliação do Programa, de modo a qualificá-lo enquanto programa de promoção da saúde, processo fundamental para sua consolidação e sustentabilidade.

Palavras Chaves: promoção da saúde, atividade física, Programa Academia da Cidade, perfil e avaliação.

ABSTRACT

Recent years have seen a series of changes in demographic and health profiles (demographic and epidemiological transition) of Brazilian society and consequently in the health-illness. Health promotion has been able to convene interdisciplinary knowledge and to mobilize sector practices, aimed at expanding the model of health care beyond the biomedical and propose interventions that may impact on health conditions of the population. Searching in practical discussions on health promotion, appeared in 2002 in Recife Academia da Cidade Program (ACP), which is characterized as a strategy for health promotion with emphasis on physical activity and healthy eating. This study analyzes the characteristics of the social demographic profile and lifestyle of the users and the goals that led them to participate in the Program. This is a cross-sectional quantitative study. The majority of users are female, who use the program at morning, afternoon and evening, with an emphasis in the hours of the morning. The age group with the highest expression was from 30 to 39.9 years. More than half the people who attend the ACP, has 11 or more years of study and occupations are quite diverse, highlighting the occupation "of home." Most users are not smokers, who do not use alcohol, have a good sleep condition and has a positive history of physical activity. As for morbidity family, the most frequent diagnoses were hypertension and diabetes. Among the self-reported diseases, hypertension also appeared with the highest prevalence followed by osteoarthritis. In relation to the goals that led to participation in the ACP, the majority said to improve health and quality of life and lose weight. As the profile of attendance of the ACP, there was a marked difference in the performance of physical assessments between its poles. In addition to profile the population served, it was possible to identify important issues to be discussed and addressed by the ACP. It is the imminent need for further monitoring and assessment program in order to qualify it as a health promotion program, a process essential for its consolidation and sustainability.

Keywords: health promotion, physical activity, Academia da Cidade Program, profile and evaluation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	13
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
5.1 Desenho do Estudo.....	24
5.2 População do Estudo.....	24
5.3 Área de Abrangência.....	24
5.4 Seleção da Amostra.....	24
5.5 Coleta e Fonte de Dados.....	25
5.6 Tratamento e Análise dos Dados.....	25
5.7 Considerações Éticas.....	26
6 RESULTADOS.....	27
7 DISCUSSÃO.....	37
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES.....	52
ANEXOS.....	54

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem se observado uma série de mudanças nos perfis sanitário e demográfico da sociedade brasileira e conseqüentemente no processo saúde-doença. A transição demográfica, com o declínio da taxa de fertilidade e de mortalidade, alterando a estrutura etária da população, com a ascensão do segmento etário idoso; a transição epidemiológica, com a mudança nos padrões de adoecimento e de mortalidade, marcada pela redução de situações, principalmente mortes, vinculadas às doenças infecciosas e o crescente predomínio de doenças crônicas degenerativas. Tais mudanças fizeram crescer o reconhecimento da importância dos determinantes sociais e do estilo de vida das pessoas nas condições de saúde, apontando para a complexidade dos novos desafios colocados às ações de saúde (BANCO MUNDIAL, 2005).

Tradicionalmente, os serviços de saúde se organizaram em torno dos sintomas e das ações biomédicas individuais e curativas, porém, na busca de contribuir efetivamente para melhoria da qualidade de vida da população, faz-se necessário desenvolver outras ações e tecnologias de trabalho. Neste cenário, a promoção da saúde apresenta-se como um dos caminhos para enfrentamento dos crescentes desafios do Sistema de Saúde, partindo do conceito positivo e ampliado de saúde, tendo como foco o processo social de sua produção. Este campo vem sendo capaz de convocar conhecimentos interdisciplinares e de mobilizar práticas intersetoriais, visando à expansão do modelo de intervenção para além do enfoque biomédico e da crescente medicalização dos problemas sociais, tendo como fundamentos a defesa da vida e o desenvolvimento humano (MALTA, et al., 2009).

A promoção da saúde representa hoje uma requalificação conceitual e operativa da atenção à saúde, que impulsiona a elaboração de novas políticas e práticas de intervenção sobre o processo saúde-doença, voltadas para a autonomia dos sujeitos e melhoria da qualidade de vida da população. Para a consolidação deste campo, enfatizam que não se pode prescindir de políticas públicas eficientes e eficazes, ressaltando a importância de questões de monitoramento e de avaliação em saúde (CARVALHO et al., 2007).

No Brasil, a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no ano de 2006, ratificou a institucionalização da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Em atenção à ampliação do conceito de saúde e à valorização da abordagem epidemiológica, foram eleitas áreas temáticas prioritárias para a implementação da PNPS, dentre as quais

destacamos o estímulo à prática de atividade física, reflexo da importância conferida a um modo de viver ativo como fator de promoção e de proteção da saúde (MALTA, et al., 2009).

Na sociedade brasileira cresce a cada dia a noção dessa importância, tanto em função da valorização cultural do corpo, como pela crescente consciência de que muitas formas de adoecimento e morte podem ser evitadas apenas movimentando o corpo regularmente, e que modos de viver ativo e de forma prazerosa, resultantes da prática de atividades físicas, podem efetivamente contribuir para promoção da saúde das pessoas (FRAGA; WACHS, 2007).

Tendo em vista as discussões sobre promoção da saúde, surge em 2002 no Recife o Programa Academia da Cidade (PAC), instituído e implementado pelo Decreto Municipal nº 19.808, de 03 de abril de 2003, tornando-se Política Municipal de Promoção da Saúde pela portaria nº 122/2006, de 28 de setembro de 2006. Caracteriza-se como uma estratégia de promoção da saúde com ênfase na atividade física e na alimentação saudável, reafirmando a preocupação do Município com a melhoria da qualidade de vida da população. Suas ações são de responsabilidade de uma equipe multidisciplinar, com profissionais de Educação Física e de Nutrição, oferecendo atividades físicas como jogos, lutas, danças, ginástica, esportes; além de palestras, seminários, passeios interpolos e intermunicipais, passeios ciclísticos, estímulo à participação em orçamento participativo e conferências municipais, à participação em competições atléticas, discussões sobre as datas comemorativas do calendário da saúde, bem como proporciona a realização de avaliação física e avaliação nutricional, entre outras ações (RECIFE, 2009b).

Os horários regulares de funcionamento são das 05:30h às 11:30h (manhã) e das 14:00h às 20:00h (tarde/noite), de segunda-feira a sexta-feira, podendo ser alterados de acordo com os locais e planos de atuação construídos pela equipe do Programa e pactuados com a comunidade. Tem como público alvo toda população do Recife, em todas as suas faixas etárias, cuja participação se dá a partir da adesão voluntária. Atualmente é composto por 21 pólos (espaços públicos requalificados, como praças e parques) distribuídos nos seis Distritos Sanitários do Recife, e tem como meta a implantação de mais pólos para ampliar seu atendimento (RECIFE, 2009b).

A partir de minha experiência enquanto profissional do PAC, nos momentos de confronto entre teoria e prática, entre o que é previsto e o que é realizado; da necessidade do processo de monitoramento e avaliação, que possibilite conhecer para quem e de que forma as intervenções oferecidas pelo Academia da Cidade vem sendo desenvolvidas, de maneira a

concretizar as ações de promoção da saúde que atendam a seus objetivos e metas. E, levando em consideração a necessidade e importância de refletir sobre a prática do PAC, o presente estudo busca analisar as características sócio demográficas e de estilo de vida de seus usuários e os objetivos que os levaram a ingressar no Programa. Além disso, procura colaborar para a elaboração de uma base de dados que possibilite futuras análises e o desenvolvimento de outras pesquisas, fornecendo subsídios que possam contribuir para o planejamento, monitoramento e avaliação, de modo a conferir sustentabilidade para o Programa.

2 JUSTIFICATIVA

Podemos identificar como uma das características centrais das ações de promoção da saúde a sua complexidade, o que acrescenta desafios para o processo de avaliação neste âmbito. Este campo vem sendo desafiado a mostrar teorias, resultados e efeitos, quer seja no fortalecimento da cidadania e do direito à saúde, quer na melhoria da qualidade de vida e do ambiente. Tal desafio também vem sendo cobrado pela sociedade civil, que deseja resultados visíveis que atestem o correto uso dos recursos públicos, de modo a melhorar a sua qualidade de vida. O conhecimento dos efeitos e impactos produzidos pelos investimentos realizados nas políticas públicas e em programas de saúde necessita cada vez mais da utilização de metodologias de monitoramento e avaliação, que abordem os processos, resultados e impactos (AKERMAN et al., 2002).

Contextualizando a avaliação de ações de promoção da saúde com foco na atividade física, pesquisas apresentam a escassez de literatura descrevendo processos avaliativos de intervenções em comunidades, apontando a necessidade de publicar e divulgar resultados de perfil, de monitoramento e efeitos dessas intervenções (HOEHNER et al., 2008).

Apesar dos esforços que vêm sendo realizados para a avaliação do Programa Academia da Cidade, para efetivos monitoramento e avaliação, que permitam o planejamento e adequação do Programa aos seus objetivos e metas, e às necessidades da população que atende, é preciso o desenvolvimento de um processo de monitoramento a partir de uma base de dados, que forneça informações a respeito de seus usuários e das atividades desenvolvidas.

Hoje o Programa possui uma base de dados informatizada, que oferece subsídios sobre o quantitativo e algumas características dos usuários que participam de suas intervenções e atividades desenvolvidas nos pólos. As informações que alimentam esse banco são provenientes dos procedimentos realizados diariamente, como as quantidades de: aulas, usuários por aula, avaliações físicas e palestras. A realização da avaliação física acontece por demanda espontânea, sendo este procedimento estimulado pelos profissionais, tanto no momento de ingresso ao PAC, quanto após três meses, para o acompanhamento. A avaliação física é registrada em uma ficha padrão, que busca informações referentes aos usuários nos aspectos sócios demográficos, de estilo de vida e de aptidão física (ANEXO A).

Apesar da ficha de avaliação física representar uma fonte de informações sobre o perfil dos usuários do Programa, os dados contidos no banco do PAC são limitados, uma vez que não é feita a digitação de todos os elementos contidos na ficha, o que restringe um estudo mais aprofundado sobre a população atendida e suas características.

Sobre este aspecto, há um consenso que existem variáveis que determinam o maior ou menor grau de participação das pessoas aos programas de atividade física, e que essas podem ser categorizadas como fatores pessoais e fatores relativos ao programa. Entre os fatores pessoais, pode-se citar as características sócio demográficas, de estilo de vida, de condição de saúde percebida, sobre a participação anterior em programas de atividade física, as razões para fazer atividade física, o conhecimento e crenças nos benefícios da prática regular de atividade física para saúde; com relação aos fatores referentes aos programas, destacam-se o local da intervenção, tipo e intensidade da atividade, programas individuais ou em grupo e características do professor (ANDREOTTI; OKUMA, 2003).

De acordo com Martin e Sinden (2001), parece certo conhecer, compreender e analisar as variáveis que podem estar influenciando o desenvolvimento de programas de atividade física, e então auxiliar no estabelecimento de estratégias para o seu funcionamento eficaz, eficiente e efetivo. Essas são motivações para elaboração do presente estudo, que tem por finalidade conhecer as características da população atendida pelo PAC, a fim de contribuir para melhoria de sua qualidade e fornecer informações para futuras pesquisas, fortalecendo o Programa Academia da Cidade como um componente fundamental da Promoção da Saúde no Município de Recife.

3 OBJETIVOS

Geral:

Analisar o perfil sócio demográfico e de estilo de vida dos usuários do Programa Academia da Cidade e os objetivos que os levaram a ingressar no Programa.

Específicos:

- a) Descrever as características sócio demográficas dos usuários do Programa Academia da Cidade;
- b) Descrever as características relacionadas ao estilo de vida dos usuários do Programa Academia da Cidade;
- c) Identificar os objetivos que levaram à participação dos usuários no Programa Academia da Cidade.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A humanidade conviveu com altas taxas de mortalidade e fecundidade, tendo esta situação se alterado nos dois últimos séculos, devido à atenuação dos efeitos das catástrofes e o progresso ocorrido em diversos aspectos da vida em sociedade, como os associados à industrialização e ao desenvolvimento da ciência e tecnologia, que influenciaram na redução gradativa da mortalidade e da fecundidade (transição demográfica). Somado a isso, tem-se a transição epidemiológica, caracterizada pela mudança do perfil sanitário que passou predominantemente de doenças infecciosas e parasitárias, para um perfil onde configuram nas causas mais freqüentes, as doenças e agravos não transmissíveis (PEREIRA, 1999).

Diante das mudanças demográficas e de morbimortalidade, o setor sanitário brasileiro vem investindo na transformação da prática em saúde centrada na atenção integral, formulando e implementando políticas sanitárias de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Além da integralidade das ações, o sistema de saúde brasileiro também tem vislumbrando a superação da fragmentação político-institucional das intervenções e a centralidade das ações programáticas, individualizadas, curativas e medicalizadas (CASTRO; MALO, 2006).

Como um dos princípios norteadores das mudanças almejadas nas ações de saúde, identifica-se a promoção da saúde, entendida como um campo conceitual, político e metodológico com grande potencial para análise e atuação sobre condições sociais críticas, voltada para melhoria da situação de saúde e da qualidade de vida das pessoas. Desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, o movimento em torno da promoção da saúde têm difundido conceitos básicos que exigem um reposicionamento da saúde coletiva em relação ao compromisso de saúde para todos (BÓGUS, 2002).

As discussões sobre promoção da saúde realizada em Ottawa e em debates anteriores e posteriores¹, têm ajudado na compreensão do paradigma da produção social do processo saúde-doença e na construção do campo teórico e prático da promoção da saúde.

¹ Canadian Lalonde Report (relatório canadense de Lalonde), 1974; Declaração de Alma-Ata, 1978; Carta de Ottawa, 1986; Declaração de Adelaide, 1988; Declaração de Sundswall, 1991; Declaração de Santa Fé de Bogotá, 1992; Declaração de Jacarta, 1997; Declaração do México, 2000; no Brasil, a Carta Brasileira de Saúde, editada na VII Conferência Nacional de Saúde, em 1987.

Compreende-se a saúde de cada indivíduo e de seus coletivos como uma condição que depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas implementadas, dos modelos de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores que determinam e são determinados pelas condições de produção e reprodução social (ANDRADE; BARRETO, 2002; WESTPHAL; MENDES, 2000).

As ações promotoras de saúde objetivam mudanças sociais sustentáveis, dependentes de uma agenda multisetorial convergente, que priorize estratégias e intervenções que incorporem valores e princípios socialmente compartilhados, tais como o exercício da cidadania, o estabelecimento de redes de compromisso e co-responsabilidade, a mobilização e a participação social, entre outros. A participação e a capacidade reflexiva e organizativa das comunidades e dos atores envolvidos são dimensões cruciais para a promoção da saúde, cujos programas devem ter como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes. Assim, requerem estratégias participativas, envolvendo ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer, como àqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde, impactando nas condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades, no território onde vivem e trabalham (POTVIN et al., 2001).

Campo em desenvolvimento, a promoção da saúde vem se firmando como ponto de confluência de um conjunto de reflexões e práticas comprometidas com a superação do modelo biomédico. No Brasil, a promoção da saúde tem se desenvolvido no interior do processo de mudança do setor saúde que, nas últimas décadas, deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, com seu desenho institucional democrático e participativo, seu caráter universalista e socialmente redistributivo, e sua qualificação para a oferta de atenção integral à saúde, constitui um marco de inclusão social e política, conquistado com base em princípios análogos aos da promoção da saúde (CARVALHO et al., 2007).

Diante do modo de viver constituído nas sociedades modernas, onde a população passa a adaptar-se a uma forma de vida sedentária e estressante, com o predomínio de consumo de alimentos industrializados com altos teores de sal e ácidos graxos saturados, com o abuso de drogas lícitas e ilícitas, fatores determinantes na geração de doenças e agravos; a promoção da saúde, campo que lida de uma forma democrática e participativa na discussão sobre estilos de vida, é um importante arcabouço teórico e instrumentalizador das ações de saúde. Por outro lado, doenças determinadas por problemas sociais que atingem

principalmente as populações menos favorecidas, como o medo, a desesperança, a dificuldade de acesso a bens e valores culturais e de cidadania, também podem ser enfrentadas com estratégias de promoção da saúde, que elege como dimensão fundamental da saúde, a busca da autonomia dos indivíduos e de seus grupos e a busca da equidade social, através de políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2002b).

Com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde no SUS, em 30 de março de 2006 (portaria GM nº 687), este campo ganhou institucionalidade e fortalecimento no Brasil. Tem como objetivo central, promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, que são: estilo de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Entende-se por qualidade de vida a percepção de bem estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais (hereditariedade e estilo de vida) e socioambientais (moradia, transporte, segurança, acesso a bens de serviço, educação, opções de lazer), modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vivem os seres humanos. Sendo assim, é diferente de sociedade para sociedade, de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada um (NAHAS, 2006).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que se aproxima do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar. Pode-se dizer que este termo abarca muitos significados, refletindo como o modo e as condições de vida inter-relacionam-se com os ideais de desenvolvimento sustentável, ecologia humana e democracia; marcado a uma relatividade cultural, pois se trata de uma construção social e historicamente determinada, concebida segundo o grau de desenvolvimento de uma sociedade específica (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Por estilo de vida, compreende-se um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Pesquisas em diversos países, inclusive no Brasil, têm mostrado que o estilo de vida, mais do que nunca, tornou-se um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades, passando a ser considerado fundamental na promoção da saúde. São componentes do estilo de vida os

hábitos alimentares, o controle do estresse, a atividade física habitual, os relacionamentos, o comportamento preventivo, entre outros (NAHAS, 2006).

Entendendo a importância do estilo de vida no processo saúde-doença da população, a Política Nacional de Promoção da Saúde elegeu como uma de suas áreas temáticas prioritárias para implementação de ações, o estímulo à prática de atividade física, refletindo a relevância epidemiológica do sedentarismo, bem como o reconhecimento do estilo de vida ativo como fator de proteção contra riscos que ameaçam a saúde (MALTA, et al., 2009).

A promoção de estilos de vida saudáveis centra na busca da conservação ou expansão da vitalidade humana, através de atividades e hábitos saudáveis em relação à alimentação, à atividade física, ao trabalho, à sociabilidade, à sexualidade, a vida emocional, ao lazer, enfim, a vida em geral. Pensar em atividade física no âmbito do serviço público de saúde, como uma das dimensões da promoção da saúde, é defrontar-se com transformações institucionais, culturais e pessoais em andamento na sociedade, que caminham para a crescente conscientização da importância da relação entre atividade física e os processos de saúde e doença (FRAGA; WACHS, 2007).

Diversos estudos apontam que a prática regular de atividade física além de prevenir e controlar o desenvolvimento de doenças e agravos a saúde, pode atuar na redução de depressão e ansiedade, na manutenção da autonomia e da independência corporal, como também promove o bem estar e a auto-estima (MONTEIRO, 2003).

A atividade física exerce papel relevante na prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis. Vários trabalhos evidenciam uma associação inversa entre os níveis de atividade física e a incidência dessas doenças. Além disso, indivíduos ativos fisicamente têm uma expectativa ampliada de anos de vida produtiva e com uma associação positiva com a percepção de qualidade de vida (NAHAS, 2001). Entretanto, vale destacar que na maioria dos países em desenvolvimento, mais de 60% dos adultos que vivem em áreas urbanas não estão envolvidos em nível suficiente em atividade física (BRASIL, 2001).

Neste sentido, não basta incentivar e delegar à sociedade civil a responsabilidade pela manutenção de práticas saudáveis. É preciso firme investimento do poder público, com uma ação consistente e estruturada na afirmação de suas responsabilidades com a promoção da saúde, através de políticas intersetoriais articuladas, garantindo desde a educação e informação em saúde, até espaços públicos e oportunidades de práticas corporais. É preciso

direcionar investimentos e ações para fortalecer o desenvolvimento de espaços sociais saudáveis, que garantam a possibilidade de escolhas saudáveis (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPE, 2004). As cidades, seus espaços de lazer, os ambientes de trabalho e as escolas são locais onde as ações de promoção da saúde podem e têm sido propostas, procurando fortalecer a ação e o protagonismo do nível local, incentivando a intersetorialidade e a participação social (WESTPHAL; MENDES, 2000).

Diante destes desafios, a Secretaria de Saúde do Recife implanta o Programa Academia da Cidade em 2002, que posteriormente torna-se estratégia da Política de Promoção da Saúde na Atenção Básica. O Programa, cujas ações são de responsabilidade de uma equipe multidisciplinar, com profissionais de Educação Física e Nutrição, indicando uma preocupação com a melhoria da qualidade de vida da população através da adoção de hábitos saudáveis (RECIFE, 2009b).

O Programa Academia da Cidade caracteriza-se como uma estratégia da Política Nacional de Promoção da Saúde com ênfase na atividade física e na alimentação saudável, possuindo como princípios norteadores a autonomia do sujeito, o protagonismo social, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a transversalidade e a saúde e o lazer como direitos do cidadão (RECIFE, 2009b).

Como objetivo geral do Programa, tem-se a contribuição para a promoção da saúde coletiva através da prática de atividades físicas e da orientação para adoção de hábitos alimentares saudáveis. Suas ações são desenvolvidas em espaços públicos destinados ao lazer e a prática de atividades físicas, principalmente em praças públicas. Em comunidades que não possuem tais espaços, a Prefeitura do Recife vem investindo na construção e requalificação de ambientes que possam ser utilizados pelo Programa, como também para o lazer daquela comunidade. A valorização destes espaços por parte da população tem sido percebida inclusive nas plenárias do Orçamento Participativo², onde já foram votadas a construção de

² O orçamento participativo é um importante instrumento de complementação da democracia representativa, pois permite que o cidadão debata e defina os destinos de uma cidade. Nele, a população decide as prioridades de investimentos em obras e serviços a serem realizados a cada ano, com os recursos do orçamento da prefeitura. Além disso, ele estimula o exercício da cidadania, o compromisso da população com o bem público e a co-responsabilização entre governo e sociedade sobre a gestão da cidade (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DO GOVERNO FEDERAL, 2010).

mais de 10 pólos do PAC. Assim, o Programa tem como características a valorização do uso dos espaços públicos e a promoção do protagonismo social (RECIFE, 2009b).

Como objetivos específicos do Academia da Cidade, pode-se pontuar:

- a) Estimular e orientar aos cidadãos quanto aos cuidados individuais e coletivos com a saúde;
- b) Melhorar os níveis de aptidão física relacionados à saúde;
- c) Potencializar o uso dos espaços públicos e equipamentos de saúde promovendo a prática de atividade física e incentivando a adoção de hábitos alimentares saudáveis;
- d) Incentivar a produção de conhecimentos e sua socialização;
- e) Incentivar a prática da atividade física em todas as suas dimensões;
- f) Discutir os diversos tipos de culturas valorizando as nossas tradições;
- g) Promover ações intersetoriais com iniciativas públicas, privadas e da sociedade civil organizada;
- h) Promover gestão integrada na perspectiva da co-responsabilidade social e do fortalecimento da participação popular na construção de políticas públicas;
- i) Fortalecer a Promoção da Saúde como política transversal;
- j) Favorecer a ressocialização dos usuários da rede de cuidados em saúde mental e no uso abusivo de substâncias psicoativas, através da atividade física e do lazer;
- k) Incentivar e contribuir para a autonomia de seus usuários;
- l) Fortalecer as diretrizes da gestão municipal.

As intervenções do Programa ocorrem em locais públicos requalificados, denominados pólos, e em equipamentos de saúde, tais como Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e Albergues Terapêuticos, a partir da constituição dos “Grupos Movimento”. São desenvolvidas ainda atividades nas comunidades, articuladas com a Estratégia Saúde da Família, através dos seus grupos de idosos, de hipertensos e diabéticos, de gestantes, de adolescentes e de educação popular em saúde. Além de planejar e sistematizar ações em conjunto com as equipes das unidades de saúde, também se articula com as comunidades, associações de moradores, entidades religiosas, organizações não-governamentais e espaços públicos de lazer (RECIFE, 2009b).

Os horários regulares de funcionamento são das 05:30h às 11:30h (manhã) e das 14:00h às 20:00h (tarde/noite), de segunda-feira a sexta-feira, podendo ser alterados de acordo com os locais e planos de atuação construídos pela equipe do Programa e pactuados com a comunidade. Vale destacar, que nos horários de 05:30h às 08:30h e de 17:00h às 20:00h, as intervenções acontecem no pólos, e nos períodos restantes os profissionais realizam suas ações em outros equipamentos da comunidade, como as unidades básicas de saúde, os CAPS, as associações de moradores, as escolas, entre outros (RECIFE, 2009b).

Tem como público alvo toda população do Recife, em todas as suas faixas etárias, cuja participação se dá a partir da adesão voluntária. Atualmente o Programa é composto por 21 pólos, distribuídos nos seis Distritos Sanitários do Município, e tem como meta a implantação de mais pólos, de modo a atender a demanda de todas as três microrregiões de cada Distrito (RECIFE, 2009b).

Oferece avaliação física e avaliação nutricional, e atividades físicas como jogos, lutas, danças, ginástica, esportes; além de palestras, seminários, passeios interpolos e intermunicipais, passeios ciclísticos, estímulo a participação em orçamento participativo e em conferências municipais, a participação em competições atléticas, discussões sobre as datas comemorativas do calendário da saúde, dentre outras ações (RECIFE, 2009b).

Para ingressar no PAC não é preciso fazer uma inscrição, um cadastro, sendo realizado um acolhimento pela equipe do pólo (profissionais, acadêmicos e usuários), que apresenta alguns esclarecimentos sobre seu funcionamento. Os usuários novos e antigos são sempre orientados e estimulados pelos profissionais a realizarem a avaliação física, mas, esse procedimento não é obrigatório, ficando a decisão final com os usuários. Essa ação é comumente incitada, pois possibilita uma aproximação maior do profissional com o usuário, o conhecimento mais específico sobre o indivíduo que está sendo atendido, reconhecendo suas características, potencialidades e limitações.

Para execução da avaliação física, tem-se como base uma ficha padrão (ANEXO A) que busca informações referentes aos usuários no aspecto sócio demográfico, de estilo de vida e de aptidão física. As fichas são preenchidas nos pólos, em seguida são parcialmente digitadas (apenas algumas variáveis) na sede do Programa, e posteriormente são emitidos relatórios, que são apresentados e discutidos junto aos usuários.

Vele ressaltar, que para desenvolvimento de suas estratégias de intervenção, o Programa considera uma concepção ampliada do corpo, que o liberta de uma imagem construída socialmente, primando por um corpo autônomo, livre de rótulos, que seja capaz de interagir, relacionar-se com o mundo no qual ele vive. Busca-se reverter valores históricos de caráter utilitarista, arbitrário e pré-moldado, que permeiam o modelo de corpo consumido no mundo globalizado. Valorizando o componente lúdico e a identidade cultural local no processo pedagógico, procura-se viabilizar novas vivências e possibilidades de expressão, dando um novo sentido do corpo em movimento (GONÇALVES; VILARTA, 2004).

O Programa Academia da Cidade pode ser identificado como uma intervenção pública alinhada com o debate internacional e nacional no campo da promoção da saúde, que propõe intervenções multifocais, objetivando mudanças sociais abrangentes e sustentáveis, com ênfase tanto no papel dos sujeitos e das organizações sociais, como no desenvolvimento institucional. Porém, para que a promoção da saúde consolide-se enquanto campo aplicado de conhecimentos, o monitoramento e a avaliação aparecem como pontos cruciais para o diálogo entre teoria e prática e, portanto, para sua qualificação e solidificação (CARVALHO et al., 2007).

A avaliação permite compreender o caráter complexo e inovador de experiências em curso, que se fundamentam na interdisciplinaridade e na interlocução entre gestores diversos da administração pública, originando iniciativas e programas com ênfase em ações intersetoriais e na formulação de agendas integradas e participativas de desenvolvimento local. Por outro lado, a ampliação e a legitimidade do debate sobre saúde e qualidade de vida exigem a participação e a adesão das comunidades e dos atores sociais envolvidos, pontos cruciais para o êxito das experiências e para as abordagens e metodologias avaliativas (POTVIN et al., 2001).

Dessa forma, é colocada a necessidade de avaliar, monitorar e produzir bases de dados de programas e ações de promoção da saúde. Na América Latina, são raros os programas que aprofundam seus esforços avaliativos, no sentido de mostrar perfis e impactos. A maior parte deles restringe-se apenas à descrição das discrepâncias entre o realizado e o programado, e entre os recursos implementados e as coberturas alcançadas (AKERMAN et al., 2002). Considerando-se o tema específico das intervenções com atividade física em comunidades, a escassez de literatura descrevendo avaliações coloca claramente a necessidade de publicar e divulgar resultados de monitoramento, perfil e efeitos de tais intervenções (HOEHNER et al.,

2008). Identificando esta lacuna, a Política Nacional de Promoção da Saúde traz como diretriz a pesquisa em promoção da saúde, avaliando a eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas à população (BRASIL, 2006).

No Brasil, algumas ações e instrumentos de avaliação das intervenções de promoção da saúde vêm sendo desenvolvidas, dentre elas destacamos o VIGTEL (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico), que tem como objetivo mensurar anualmente a prevalência de fatores de risco e de proteção para doenças não transmissíveis nas 27 capitais do país, de modo a subsidiar o planejamento e a gestão de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças (MALTA, 2008).

O Projeto GUIA - Guide for Useful Interventions for Physical Activity in Brazil e Latin America (Guia de Intervenções Úteis para Atividade Física no Brasil e América Latina), com o objetivo estabelecer um guia útil para intervenções de atividade física no Brasil e na América Latina, reuniu uma equipe multidisciplinar para analisar e avaliar as evidências atuais sobre intervenções de atividade física baseadas em comunidades. Este Projeto vem sendo desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde, o Center for Disease Control (CDC, EUA), a Saint Louis University School of Public Health Prevention Research Center (EUA), a Organização Pan-Americana de Saúde, o Centro de Atividade Física São Caetano do Sul (CELAFISC – São Paulo) e a Universidade de São Paulo (UNIFESP). Desenvolvido em várias etapas, destacamos a avaliação de programas de promoção de atividade física nas cidades de Recife, Aracaju e Curitiba, nos anos de 2007 e 2008. Para esta etapa, são utilizados alguns instrumentos, como a aplicação de inquérito telefônico sobre fatores de risco e de proteção e sobre o conhecimento e a participação da população nos programas avaliados (MALTA, 2008).

Os resultados obtidos nesta primeira etapa do Projeto GUIA, indicaram que as pessoas que participam do PAC são três vezes mais ativas em relação às atividades de lazer em comparação com as demais. Observou-se também que as pessoas que participaram do Programa no passado, que já viram suas atividades ou ouviram falar do mesmo, têm pelo menos o dobro de chance de fazerem atividade física no lazer conforme as recomendações da

Organização Mundial da Saúde³ (HALLAL, et al., 2009). Outro instrumento foi a utilização do método de avaliação da frequência e da intensidade de usuários nos locais de prática de atividade física, o Sistema de Observação de Atividades Físicas e Recreativas na População (SOPARC), que utiliza uma ferramenta para obter informações sobre uso de espaços públicos por meio da mensuração de atividade física, idade, sexo, número de usuários e modo de uso do espaço, incluindo as características das atividades realizadas. Identificou-se que os parques que possuem pólos do Programa Academia da Cidade atraem mais usuários do que os demais, e que as pessoas que os freqüentam realizam mais atividade física do que aquelas que frequentam parques que não possuem pólos, caracterizados mais pelo lazer passivo (MALTA, 2008).

Outra iniciativa avaliativa estrutura-se a partir de uma rede de universidades brasileiras – Universidade Federal de Pelotas, Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal de Sergipe – em parceria com gestores das Secretarias Municipais de Saúde de Recife, Vitória do Espírito Santo, Aracaju, Belo Horizonte e Curitiba, coordenada pelo Ministério da Saúde. Esta rede desenvolve pesquisas com métodos qualitativos e quantitativos para avaliação dos programas de atividade física nas cidades parceiras do Projeto, inquirindo sobre satisfação dos usuários, de profissionais e de gestores, estando essas avaliações em curso (MALTA; CASTRO, 2009).

A avaliação de programas públicos de atividade física é uma temática estratégica para a produção de conhecimento, de modo a fornecer indícios que possibilitem analisar como estas atividades impactam na promoção da saúde, enquanto políticas públicas saudáveis, bem como questões a serem reformuladas para seu aperfeiçoamento. Deste modo, a implementação do processo de monitoramento e avaliação do Programa Academia da Cidade pode contribuir de maneira significativa para tal análise e fornecer informações que o qualifique. O presente estudo tem por objetivo contribuir para este processo, avaliando questões relacionadas ao perfil dos usuários do Programa, indicando pontos a serem melhor observados no seu desenvolvimento.

³ Recomendações: para Jovens (5-18 anos) 60 minutos diários de atividade física de intensidade moderada a forte e que seja adequada a fase de desenvolvimento e seja composto de atividades diversas. Adultos (18 a 65 anos) 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada 5 dias por semana; 20 minutos diários de atividade física vigorosa 3 dias por semana; 8 a 10 exercícios de fortalecimento muscular (8 a 12 repetições) ao menos 2 dias por semana e para Idosos (+ 65 anos) as mesmas recomendações que para os adultos, mas com atividades físicas de intensidade e tipo apropriados para esta população; exercícios para manter a flexibilidade e; exercícios de equilíbrio (BARRETO et al., 2005).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo transversal.

5.2 População do Estudo

O estudo foi realizado com os usuários do Programa Academia da Cidade que realizaram avaliação física entre os meses de janeiro a dezembro de 2008. Como critério de exclusão, foi estabelecido os usuários que tiveram sua ficha de avaliação física preenchida de forma incompleta ou ilegível.

5.3 Área de Abrangência

Foram analisados os usuários que realizaram avaliação física nos 19 pólos do Programa Academia da Cidade: Boa Viagem, Brasília Teimosa, Ipsep, Lagoa do Araçá, Jardim São Paulo, San Martim, Engenho do Meio, Praça do Poeta, Avenida do Forte; Beira Rio, Sítio da Trindade, Morro da Conceição, Jaqueira, Centro Médico José Ermírio de Moraes, Ilha do Leite, Santo Amaro, Alto do Capitão, Coque e Ilha do Joaneiro.

5.4 Seleção da Amostra

Para cálculo da amostra foi utilizado o software Epi-info versão 6.04d, com os seguintes parâmetros: margem de erro de 3%, nível de significância de 5% e prevalência estimada de 50%. De um total de 4.688 usuários que fizeram avaliação física no ano de 2008, chegamos a amostra de 870, selecionada de forma aleatória proporcional. Todos os usuários

que tinham ficha de avaliação física apresentaram a mesma chance de participar da pesquisa, levando-se em consideração à proporção de avaliações físicas realizada por cada pólo, durante o ano de 2008.

5.5 Coleta e Fonte de Dados

Foram utilizados dados secundários, provenientes das fichas de avaliação física preenchidas pelos profissionais do Programa Academia da Cidade. Para obtenção das mesmas, foram necessárias visitas em todos os 19 pólos do PAC, nos turnos da manhã (5:30h às 8:30h) e da tarde/noite (17:00h às 20:00h), para seu recolhimento.

5.6 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram digitados e tabulados no Programa Excel versão 97-2003, da Microsoft Office. Posteriormente foram importados para o Programa SPSS versão 8.0, para serem analisados e realizados os devidos cruzamentos.

Para construção e análise do perfil do Programa, os dados das fichas de avaliação física foram agrupados conforme as seguintes variáveis:

- a) **Variáveis demográficas:** sexo, idade, raça/cor;
- b) **Variáveis sociais:** ocupação, estado civil, escolaridade;
- c) **Variáveis relacionadas ao estilo de vida:** uso de tabaco, uso de bebidas alcoólicas, uso de medicamento regular, condição do sono (dorme bem?) e histórico de prática de atividade física.
- d) **Variáveis relacionadas ao histórico familiar e à presença autorreferida de doenças:** diabetes, hipertensão, cardiopatia, artrite, artrose e osteoporose.
- e) **Variáveis relacionadas às motivações que levaram os usuários a participarem do Programa Academia da Cidade:** melhorar a saúde e a qualidade de vida, indicação médica, busca de interação social, gostar de fazer atividade física e emagrecer.

5.7 Considerações Éticas

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ (ANEXO B), atendendo a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com os preceitos da Resolução, os dados de identificação das pessoas foram mantidos em sigilo, bem como foi solicitada a autorização para realização da Pesquisa à Prefeitura da Cidade do Recife, através de carta de anuência (ANEXO C). Vale ressaltar que o trabalho de campo para a coleta de dados teve início apenas após a aprovação pelo Comitê de Ética.

Após os dados serem digitados e tabulados, as fichas de avaliação física foram devolvidas aos pólos. Após a conclusão do estudo, seus resultados serão apresentados aos gestores e profissionais do Programa.

6 RESULTADOS

Foram analisados 867 usuários, divididos proporcionalmente pela realização de avaliações físicas por pólo do Programa no ano de 2008, como mostra a tabela 1. Observando o quantitativo de usuários que fizeram avaliação, identificamos os maiores percentuais nos Pólos do Alto do Capitão, Ipsep, San Martin e Praça do Poeta; já por distrito, identificamos os Distritos Sanitários IV e VI.

Faz-se importante pontuar que o total de 867 usuários, ao invés de 870 como programado, foi devido ao Pólo do Coque, que das 12 avaliações informadas para o ano de 2008, não foram localizadas 3 fichas do turno da manhã durante a coleta de dados. Assim, a amostra final ficou reduzida de 3 fichas, conforme distribuição proporcional da amostra por pólo.

Tabela1 – Distribuição de usuários por distrito sanitário e pólo, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

Distrito Sanitário (DS)	Usuários com Avaliação Física		Pólo	Usuários com Avaliação Física	
	(n)	(%)		(n)	(%)
DS I	76	8,8	Santo Amaro	14	1,7
			Ilha do Leite	53	6,1
			Coque	9	1,0
DS II	148	17,1	Ilha de Joaneiro	45	5,2
			Alto do Capitão	103	11,9
DS III	138	15,9	Sítio da Trindade	32	3,7
			Jaqueira	60	6,9
			Centro Médico Ermírio de Moraes	23	2,6
			Morro da Conceição	23	2,6
DS IV	220	25,4	Avenida do Forte	57	6,6
			Engenho do Meio	55	6,3
			Beira Rio	38	4,4
			Praça do Poeta	70	8,1
DS V	103	11,9	Jardim São Paulo	30	3,5
			San Martin	73	8,4
DS VI	182	21	Boa Viagem	40	4,6
			Lagoa do Araçá	31	3,6
			Ipsep	75	8,6
			Brasília Teimosa	36	4,2
Total	867	100		867	100

Em relação à frequência de usuários por turno, o horário da manhã teve um percentual maior, como mostra o gráfico 1. A diferença entre os turnos foi de 10,8%, o que representa aproximadamente 94 usuários a mais no turno da manhã (483), em relação ao turno da tarde/noite (387).

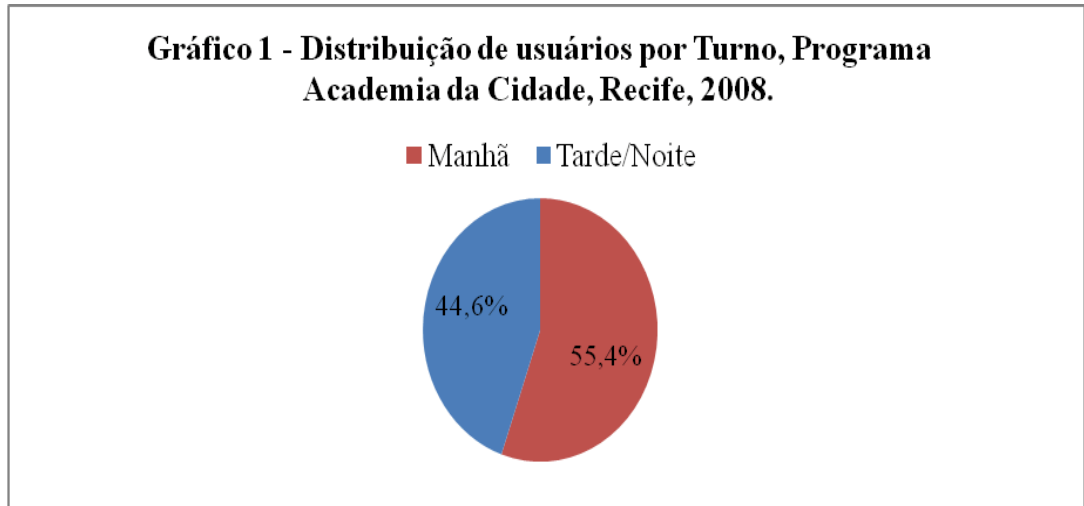


Gráfico 1: Distribuição de usuários por turno, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

No que diz respeito aos dados sócio demográficos, o percentual de usuários do sexo feminino foi 6 vezes maior que o encontrado para o sexo masculino, como mostra o gráfico 2. Quanto à faixa etária, predominou a faixa entre 40 a 49,9 anos, seguida das faixas entre 30 a 39,9 anos e 50 a 59,9 anos, como mostra o gráfico 3. Sobre o estado civil, quase metade dos usuários que fizeram avaliação física informou ser casado(a). (gráfico 4).

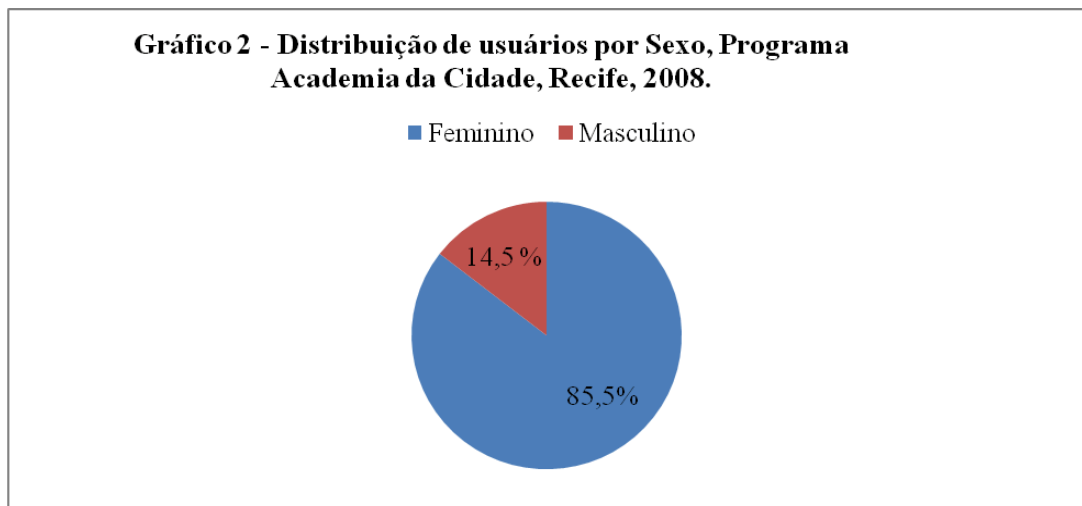


Gráfico 2: Distribuição de usuários por Sexo, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

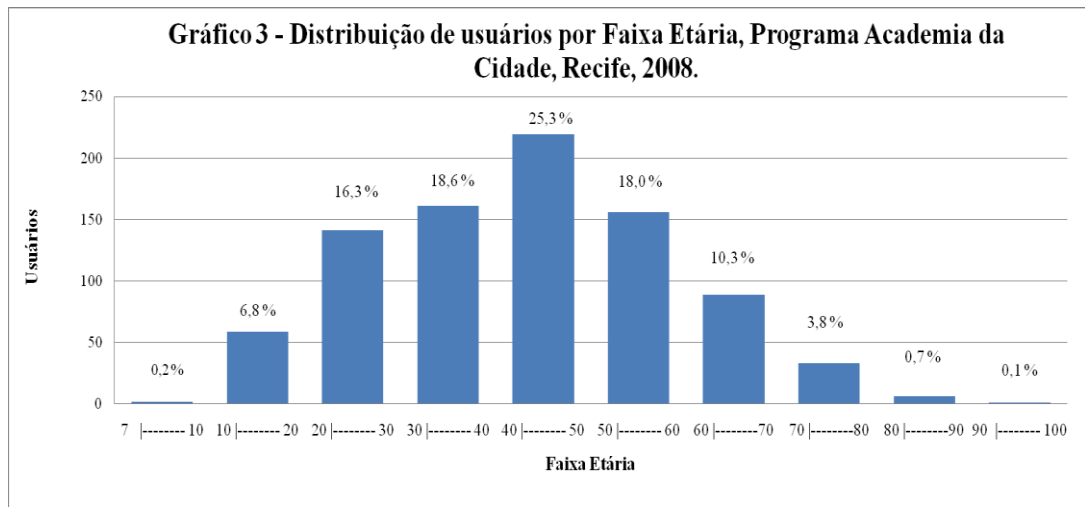


Gráfico 3: Distribuição de usuários por Faixa Etária, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

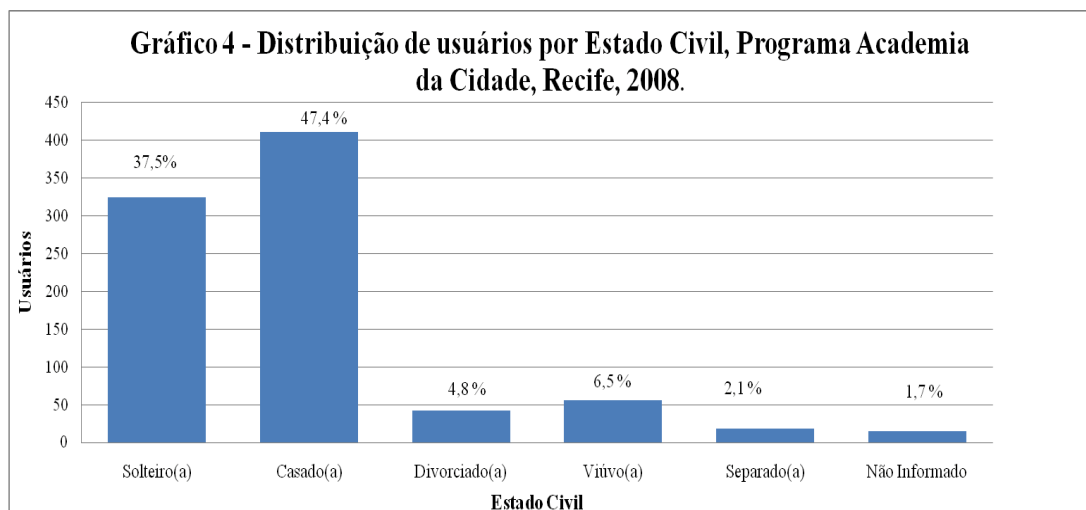


Gráfico 4: Distribuição de usuários por Estado Civil, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

Quanto à distribuição da ocupação, foi encontrado o maior percentual na atividade denominada “do lar”, o que representou quase um quarto da amostra. Seguido do percentual de ocupação “não informado”, como mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição de usuários por Ocupação, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

OCUPAÇÃO	AVALIAÇÃO FÍSICA	
	(n)	(%)
Do Lar	195	22,5
Não Informado	108	12,5
Estudante	103	11,9
Comércio	80	9,2
Aposentado(a)	70	8,1
Doméstica	51	5,9
Profissional de Educação	49	5,7
Profissional de Saúde	40	4,6
Profissional de Beleza	25	2,9
Autônomo(a)	17	2,0
Funcionário Público(a)	17	2,0
Serviços Gerais	17	2,0
Profissional de Administração	16	1,8
Costureira	12	1,4
Profissional de Escritório	12	1,4
Cozinheiro(a)	11	1,1
Desempregado(a)	8	0,9
Motorista	7	0,9
Vigilante	7	0,9
Arquiteta	3	0,3
Empresário(a)	2	0,3
Advogada	2	0,2
Artes Cênicas	2	0,2
Engenheiro Civil	2	0,2
Mecânico	2	0,2
Militar	2	0,2
Artes Gráficas	1	0,1
Cantora	1	0,1
Doceira	1	0,1
Engenheiro Agrônomo	1	0,1
Freira	1	0,1
Pedreiro	1	0,1
Técnico em Eletrônica	1	0,1
Total	867	100

Vale ressaltar, que após a coleta dos dados identificamos que algumas ocupações se repetiam com termos um pouco distintos e/ou estavam relacionadas a uma determinada área de atuação, o que nos levou a fazer algumas categorizações. Todas as áreas de atuação na saúde que apareceram nas fichas foram designadas de “profissional de saúde” (médico(a), enfermeiro(a), dentista, profissional de educação física, técnico de enfermagem, psicólogo(a),

terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, agente comunitário de saúde e agente de saúde ambiental). Em “profissional de administração” foram reunidas as seguintes ocupações: administrador(a), contador(a) e técnico em administração; em “profissional de beleza”: manicure, cabeleireiro(a) e esteticista; em “profissional de escritório”: recepcionista, secretário(a) e operador (a) de tele marketing; em “profissional da educação”: professor(a), educadora(o), diretor(a) de escola, ensino de reforço escolar, pedagogo(a).

No que se refere ao item raça/cor, autorreferido pelos usuários no momento da entrevista, a categoria “pardo” foi mencionada por metade dos entrevistados, conforme o gráfico 5. Sobre os anos de estudo, a maioria declarou ter de 11 a 14 anos de estudo, seguido de 15 anos ou mais, como mostra o gráfico 6.

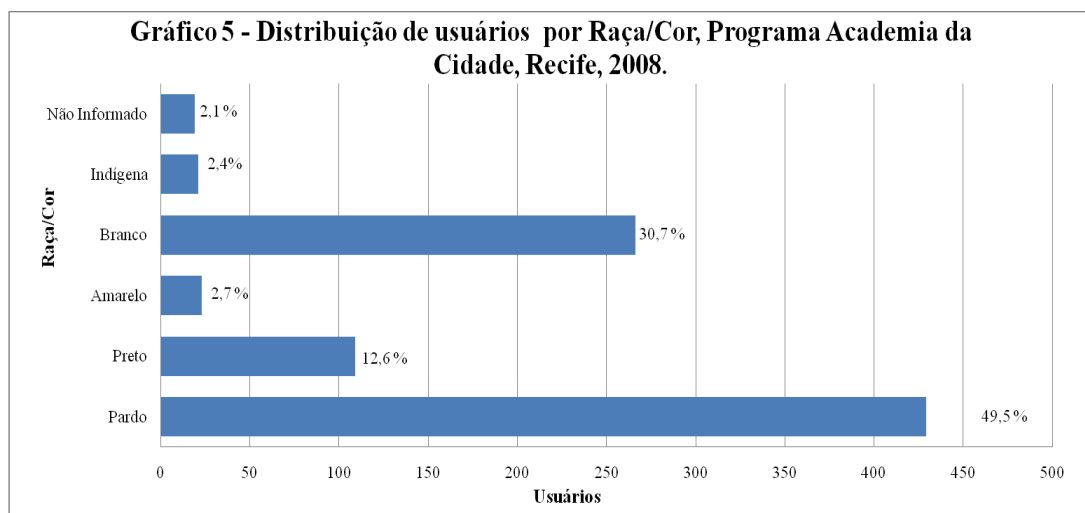


Gráfico 5.: Distribuição de usuários por Raça/Cor, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

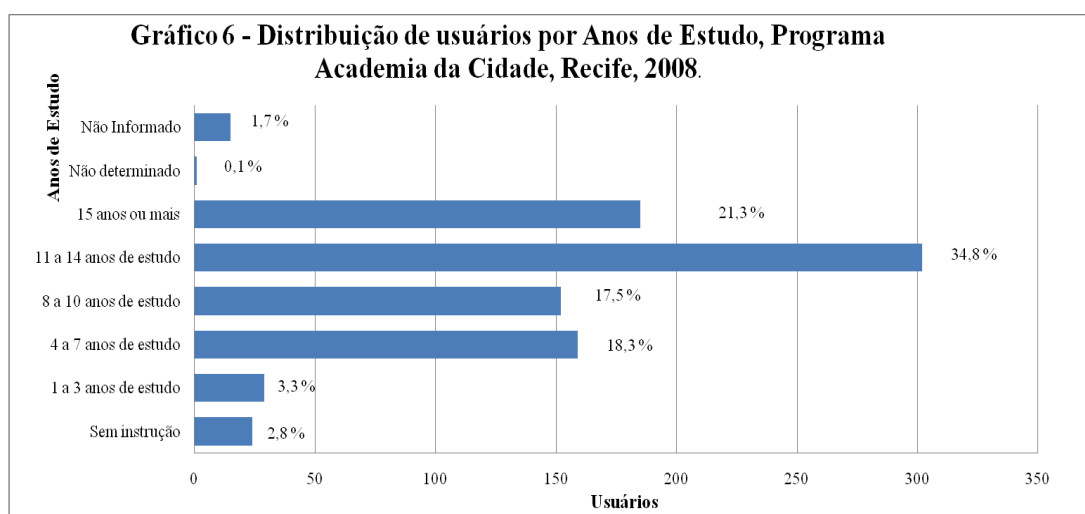


Gráfico 6.: Distribuição de usuários por Anos de Estudo, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

Com referência aos dados relacionados ao estilo de vida, quase a totalidade da amostra apresentou-se como não sendo tabagista (gráfico 7). O hábito de fumar no passado foi indicado por menos de um quarto da amostra, como mostra o gráfico 8. Para o uso de bebidas alcoólicas, mais da metade afirmou nunca ter feito uso, seguido em ordem decrescente de ocasionalmente e nos finais de semana, conforme representado no gráfico 9.

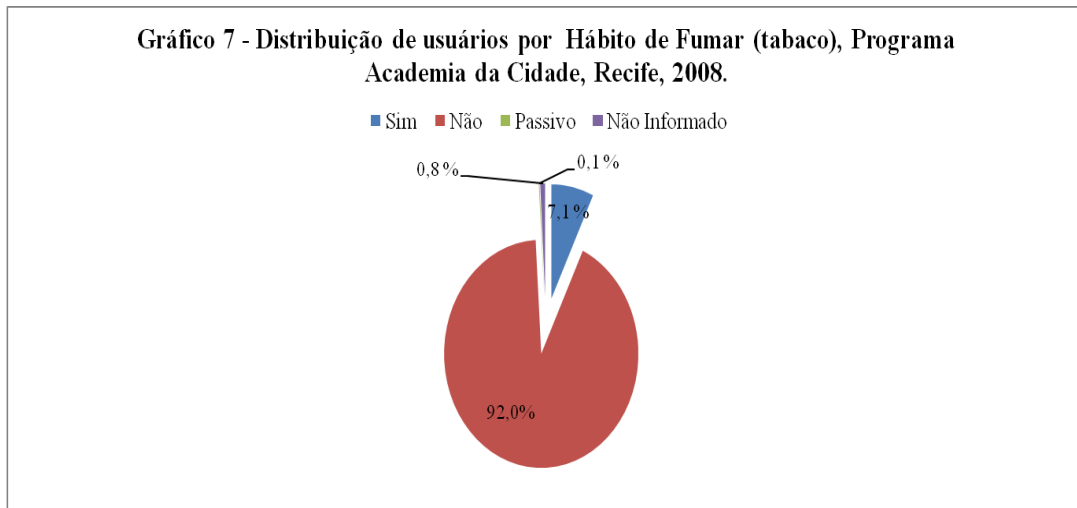


Gráfico 7:..Distribuição de usuários por Hábito de Fumar (tabaco), Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

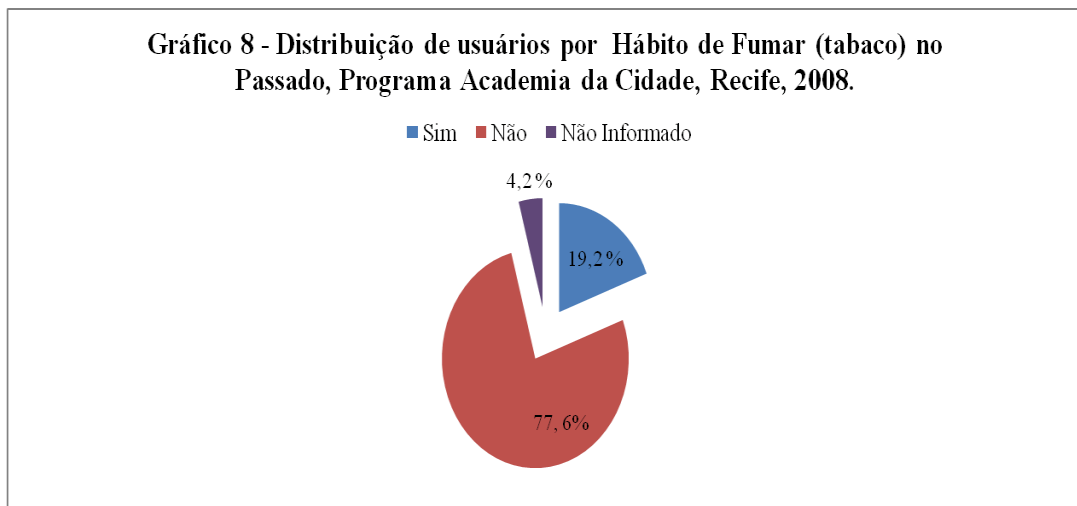


Gráfico 8:..Distribuição de usuários por Hábito de Fumar (tabaco) no Passado, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

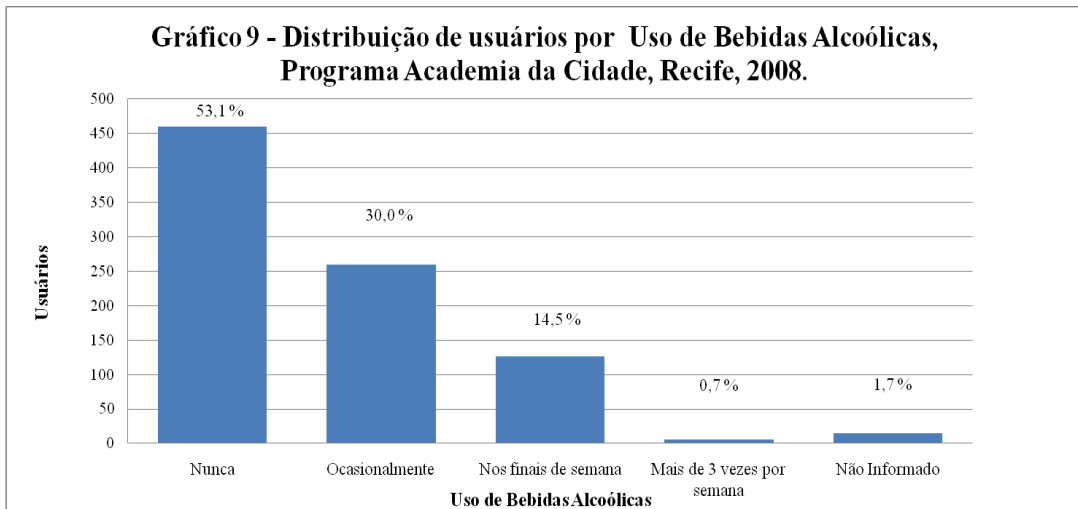


Gráfico 9: Distribuição de usuários por Uso de Bebidas Alcoólicas, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

Ainda sobre variáveis relacionadas ao estilo de vida, o percentual de usuários que mencionaram ter uma boa condição do sono foi 5 vezes maior que o percentual que referiu não dormir bem (gráfico 10). Sobre o uso de medicamento regular, quase metade da população estudada respondeu que faz uso regular de medicamento (gráfico 11). Em relação ao histórico de prática de atividade física, a maioria afirmou que fez atividade física regular no passado.

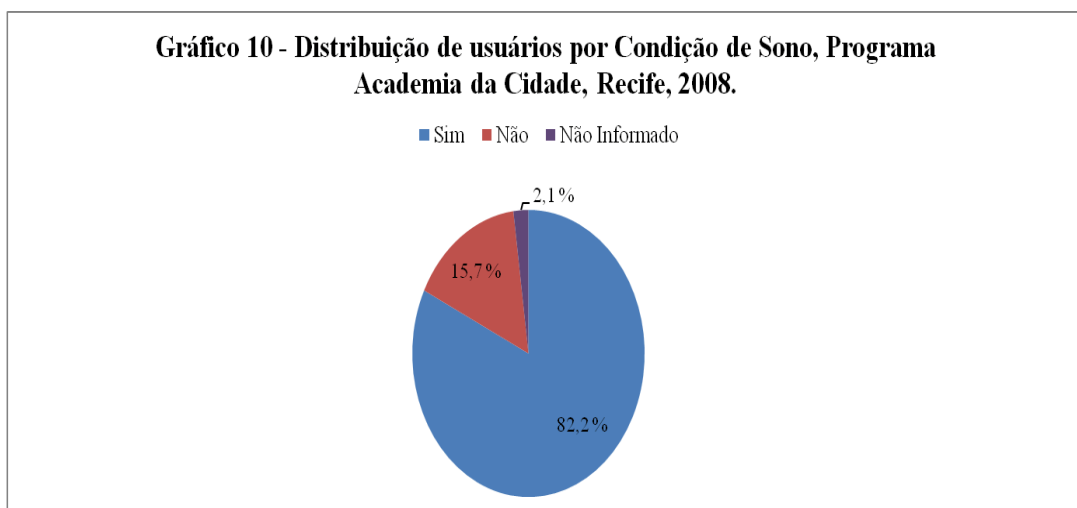


Gráfico 10: Distribuição de usuários por Condição de Sono, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

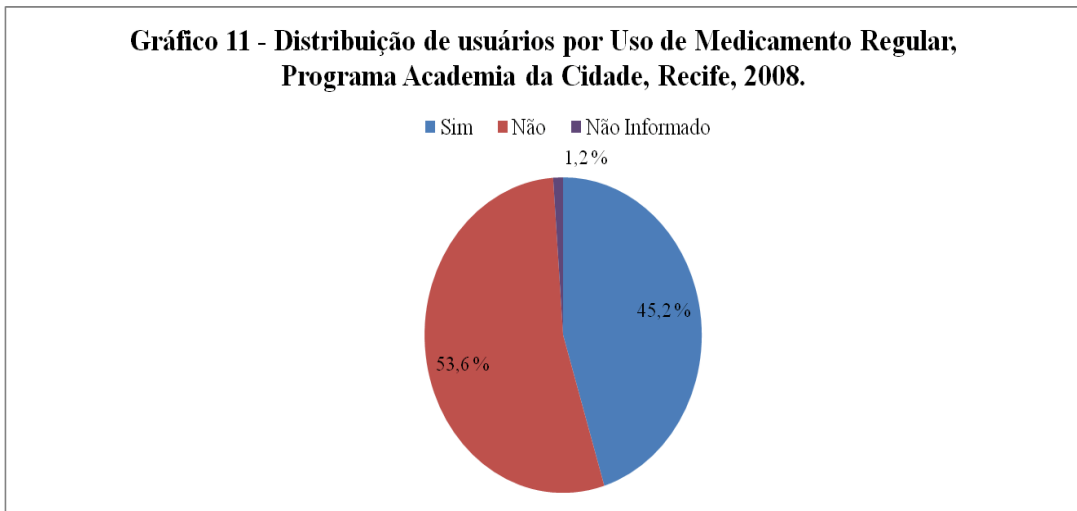


Gráfico 11: Distribuição de usuários por Uso de Medicamento Regular, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

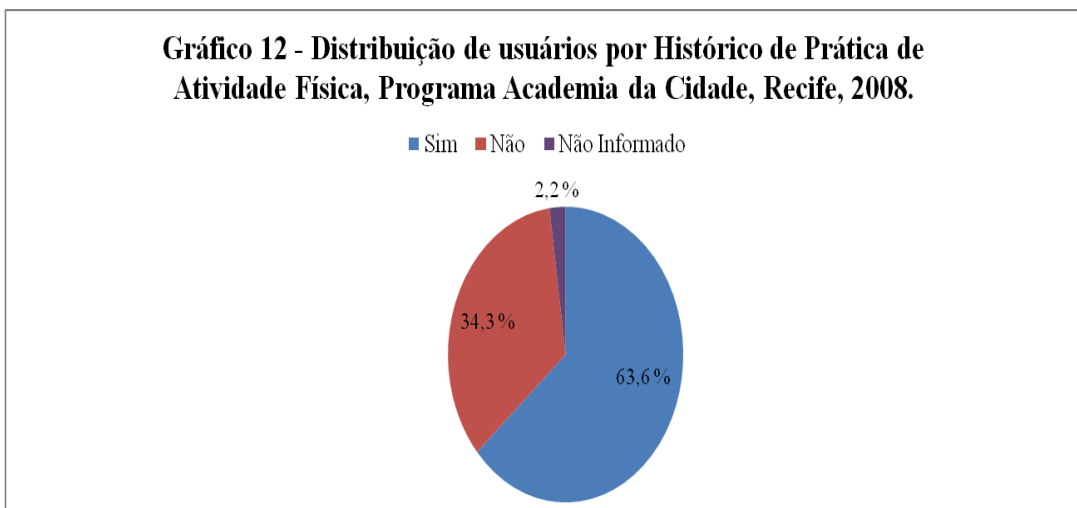


Gráfico 12: Distribuição de usuários por Histórico de Prática de Atividade Física, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

Quanto ao histórico familiar, foi constatado que 40,4 % dos usuários afirmaram ter histórico para uma patologia crônica e 41,2% para duas. Dos usuários com histórico positivo, a maioria afirmou ter casos de hipertensão na família e quase a metade declarou o mesmo, para diabetes, como mostra o gráfico 13. A tabela detalhada com as doenças referidas pelos usuários como presente no histórico de sua família pode ser visualizada no Apêndice A.

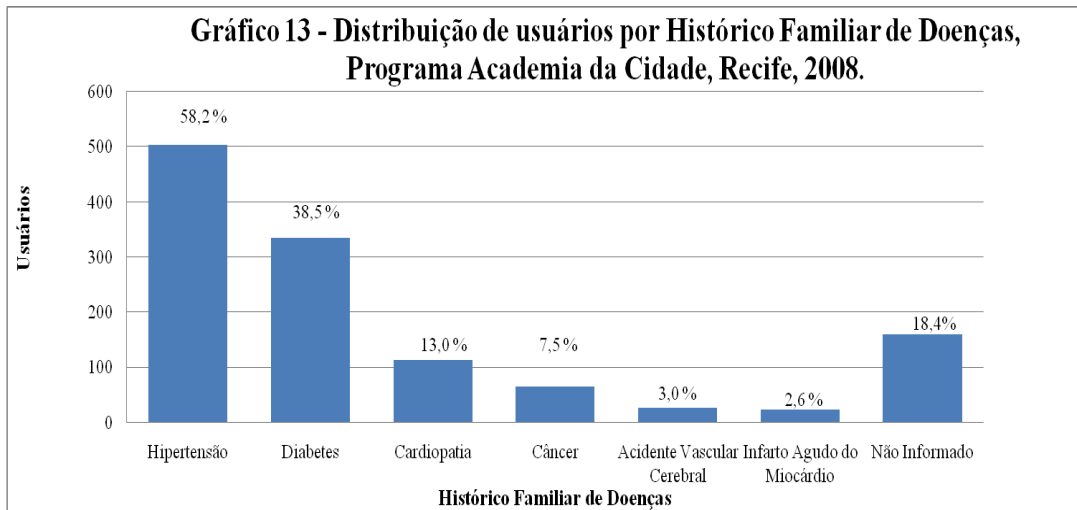


Gráfico 13: Distribuição de usuários por Histórico Familiar de Doenças, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

No que se refere às doenças autorreferidas pelos usuários, 74,6 % da amostra afirmou não ter patologia crônica degenerativa. Dos que afirmaram positivo (25,4%) para uma ou mais patologias, o maior percentual também ficou com a hipertensão, como apresenta o gráfico 14.

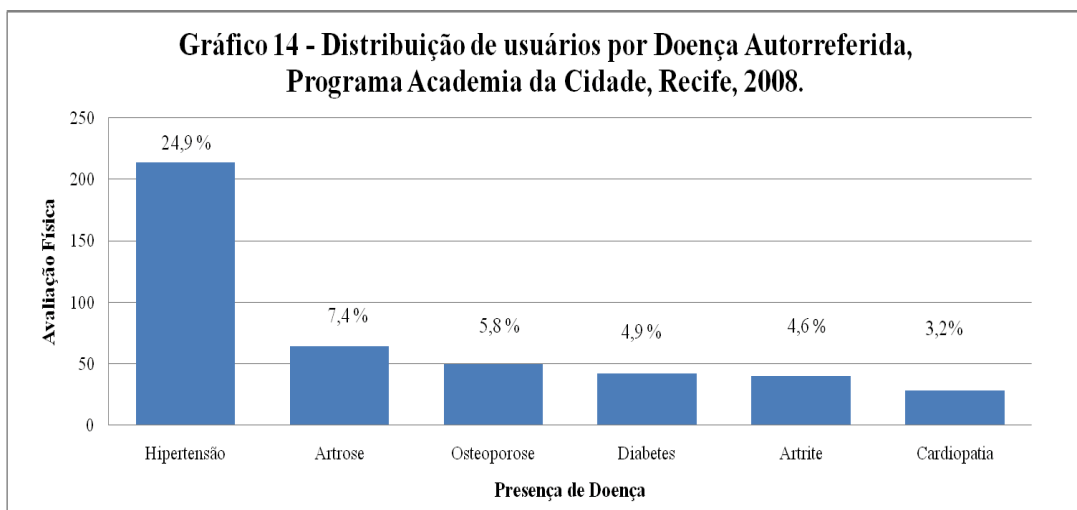


Gráfico 14: Distribuição de usuários por Doença Autorreferida, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

De acordo com o gráfico 15, constatou-se que metade da amostra buscou o Programa Academia da Cidade para melhorar a saúde e a qualidade de vida e aproximadamente a outra metade ingressou com o objetivo de emagrecer.

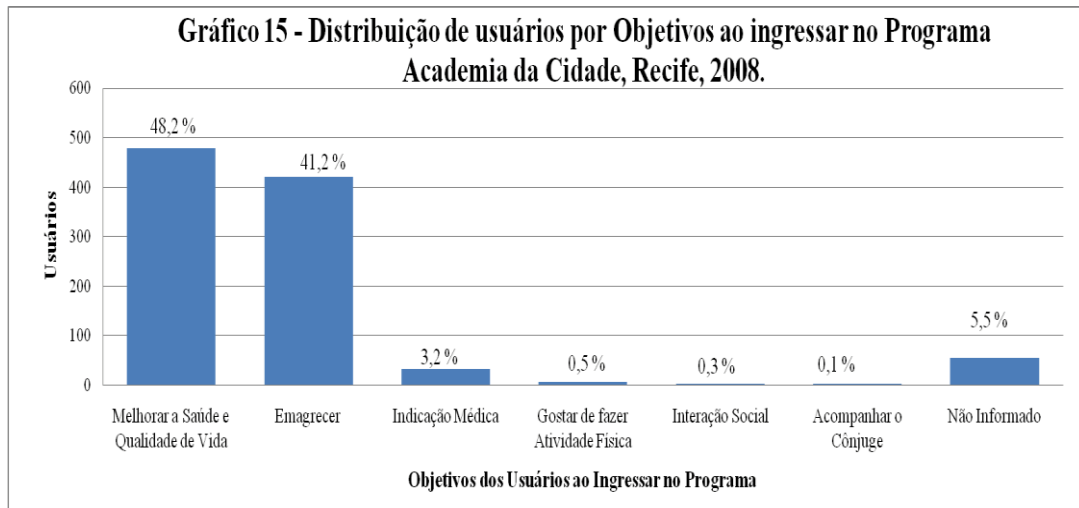


Gráfico 15: Distribuição de usuários por Objetivos ao ingressar no Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

7 DISCUSSÃO

Em relação ao quantitativo de usuários que realizaram avaliação física no ano de 2008, observando a média amostral (45,6 fichas por pólo), identificamos acentuadas diferenças entre os pólos: enquanto Alto do Capitão realizou 103 avaliações, ou seja, mais que o dobro da média, Coque (9), Santo Amaro (14), Ermírio de Moraes (23) e Morro da Conceição (23) realizaram no máximo a metade da média. Mesmo que tal procedimento tenha sido feito de forma arbitrária e sem considerar as peculiaridades de cada localidade e de cada equipe do pólo, é preciso observar de maneira mais cuidadosa tais variações ao longo do tempo e como as mesmas se relacionam com o processo de trabalho de cada equipe, com as características de cada pólo e de cada comunidade; a fim de se identificar dificuldades e potencialidades no desenvolvimento do Programa.

Quanto ao preenchimento das fichas de avaliação, chama atenção os dados “não informados”, visto que as fichas são preenchidas através de uma entrevista com um profissional do PAC, o que pode indicar falta de atenção ou de preparo para realização deste procedimento. Esta reflexão é importante, pois sendo um Programa de promoção da saúde com ênfase na atividade física, é de suma relevância a realização da avaliação física, como uma forma de conhecer o perfil dos usuários atendidos, reconhecendo suas possibilidades, limitações e necessidades. Enquanto fonte de informações, os dados precisam ser coletados e tabulados em sua completude, de forma periódica e organizada, permitindo monitorar e avaliar sistematicamente as intervenções.

Outra questão que reforça a importância da avaliação física é o estabelecimento de vínculo entre os profissionais do Programa e a comunidade, a partir da prática da escuta. De acordo com Sandoval (2001), ao falar de si, o ser humano pode reconhecer-se como ser falante, pensante, produtor de seu próprio destino, redator de sua própria história e fiel a seu próprio desejo. Não menos importante, a prática da escuta por parte do profissional é tão enriquecedora que não beneficia apenas o usuário, mas também aqueles que os estão escutando. Assim, o profissional vive em cada usuário uma experiência nova e, segundo Remen (1993), a habilidade de aprender algo valioso através desta experiência parece ser uma capacidade humana natural e inata.

Quanto à frequência por turno, apesar dos resultados estarem bem próximos, o turno da manhã pode ter sido um pouco mais prevalente do que o horário da tarde e noite por conta de questões relacionadas à segurança. Esta variável é influenciada por questões bastante particulares de cada indivíduo, porém, a sensação de insegurança, que é maior à noite, pode ser uma barreira. Este fato já foi apontado por Guedes et al. (2001), que chama atenção que ambientes inseguros são uma das barreiras à prática regular de atividade física.

No que diz respeito às características sócio demográficas, ficou evidenciado que a maioria dos usuários são mulheres (85,5%). Isso vai de encontro com alguns estudos que apresentam os homens como praticantes de mais atividade física do que as mulheres (BRASIL, 2009; IBGE, 1999; SALLES-COSTA et al., 2003b). Porém, Salles-Costa et al. (2003b) discutem que as atividades mais praticadas pelos homens são o futebol, a corrida, a caminhada, as lutas e a musculação. Os homens tendem a considerar os programas públicos existentes inadequados, pouco recomendáveis para “homens de verdade”. Para as mulheres, os autores apontam maior prevalência nas práticas de caminhada, ginástica, dança e hidroginástica. Isso assinala que a população pode estar identificando a ginástica como sendo a principal ou única atividade oferecida pelo PAC, o que de alguma forma contribui para maior participação das mulheres. Assim, outras intervenções proporcionadas pelo Programa à população recifense, como caminhadas, corridas, jogos, esportes, precisam ser melhor divulgadas.

Importante acrescentar que, ao considerarmos a perspectiva de gênero nas investigações sobre saúde, estamos enfatizando os aspectos relacionais e culturais como referência a qualquer construção social, que tenha a ver com a distinção masculino/feminino, incluindo as construções que separam corpos “femininos” de corpos “masculinos”. Como diz Vaistman (1994), utilizar gênero no campo da saúde não se restringe ao modelo tradicional de divisão de sexos (homens/mulheres), mas procura identificar possíveis fatores relacionados à construção social do papel de homens e de mulheres.

Os resultados demonstraram que o Programa tem conseguido atingir diversas faixas etárias, porém, se faz necessário novas estratégias para aumentar a participação de crianças e adolescentes, destacando que essa participação precisa ser em todos os processos (avaliação física e as diferentes atividades). Também é importante que o PAC possa estar rotineiramente não apenas estimulando o início da prática de atividade física, mas também a manutenção desse hábito, contribuindo para um estilo de vida ativo durante toda a vida. Como apresenta Palma (2000), a atividade física, dentro da sua história, tem fundamental importância para a

vida das pessoas de um modo geral, sejam elas crianças, jovens, adultos ou idosos, devido aos seus reconhecidos efeitos positivos na vida dos praticantes.

Quanto ao estado civil, encontramos discussões díspares com relação à sua influência na realização de atividade física, pois alguns autores verificam que homens e mulheres solteiros são mais ativos por terem maior tempo disponível e menos responsabilidades domésticas (AQUINO, 1996; MENSINK; LOOSE; OOMEN, 1997); enquanto outros colocam que as pessoas casadas têm maior percepção sobre a importância da prática de atividade física e valores mais altos de apoio social à prática (ANDREOTTI e OKUMA, 2003; MARTINEZ-GONZALEZ et al.,1999). Nesse caso, parece que o Programa consegue atingir os dois públicos.

Em relação à ocupação e a raça/cor, não encontramos estudos que afirmem correlações entre estas variáveis e a realização de atividade física no tempo livre. No caso da raça/cor obtivemos maiores frequências na parda, que está de acordo com os percentuais encontrados na população brasileira e na região Nordeste (IBGE, 2000). Para ocupação, a mais frequente foi a denominada “do lar”, em seguida tivemos os estudantes e profissionais de educação e saúde, sendo importante que o Programa leve em conta as particularidades desse público.

Quando falamos em anos de estudo, parece haver uma correlação positiva entre o grau de escolaridade e a prática de atividade física (BRASIL, 2009; MATSUDO et al., 2002; PALMA, 2000; SALLES-COSTA et al., 2003a); que pode ser observada nos resultados: 60% da amostra apresentou 11 anos ou mais de estudo. Tal fato indica que o PAC deve estar atento a necessidade de atingir a todos os públicos e refletir sobre as formas que elege para sua divulgação, bem como suas estratégias de informação e educação em saúde.

Quanto aos resultados relacionados a aspectos do estilo de vida, quase a totalidade da amostra não é tabagista, pouco menos de 20% são ex-tabagistas, metade nunca fez uso de bebida alcoólica e dos que relataram fazer uso, a maioria faz ocasionalmente ou nos finais de semana. Esses resultados podem estar relacionados ao fato do Recife ter uma Política de Redução de Danos no Consumo de Fumo, Álcool e Outras Drogas, referência nacional (RECIFE, 2009a) e que o PAC tem como um de seus objetivos atuar de forma integrada a esta Política. Não podemos deixar de mencionar que os benefícios da atividade física para a saúde têm sido amplamente documentados, inclusive as correlações favoráveis com a redução do tabagismo e do abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002a).

Ainda sobre as variáveis relacionadas ao estilo de vida, aproximadamente 90% dos usuários afirmaram ter uma boa condição de sono. Este dado corrobora com o que diz Barbosa, Rebelatto e Santana (2008), quando afirmam que a prática de atividade física regular costuma ser apontada como uma influência positiva sobre a qualidade do sono.

Apesar dos dados apresentados indicarem que a maioria dos usuários do Programa tem um perfil de hábitos de vida mais saudáveis, não se pode afirmar se o PAC tem conseguido mudar o hábito de vida das pessoas ou se as pessoas que participam do mesmo são aquelas que já tinham um maior cuidado com a saúde. É importante que sejam feitas análises que considere tais nuances, a fim de identificar tanto o impacto do Programa na vida das pessoas, como o público que o mesmo tem conseguido atrair.

Quando mencionamos o uso de medicamento, quase metade dos usuários afirmou fazer uso de algum medicamento de forma regular. Entretanto, é preciso estar atento para a questão da maioria da amostra ser do sexo feminino, em idade fértil, e assim poder estar fazendo uso de contraceptivos hormonais. Contudo, Segundo Bertoldi et al. (2004), as mulheres apresentam prevalência de utilização de medicamentos sempre superior à dos homens, o que parece estar atrelado ao fato de possuírem maior preocupação com a saúde e procuram mais os serviços de saúde, ficando, assim, mais sujeitas à medicalização.

Também observou-se que o uso de medicamento regular a partir da faixa etária de 50 anos se torna mais frequente em comparação as faixas etárias inferiores. Dos 283 usuários na faixa etária de 50 anos ou mais, 73,9% afirmaram usar medicamento regular, enquanto o mesmo foi observado em 31,9% para as idades inferiores. Corroborando com Coutinho et al. (2009), pessoas mais velhas tendem a desenvolver a polifarmácia ou uso de medicações inadequadas.

O percentual de uso regular de medicamento comparado ao baixo percentual de referência a participação no Programa por indicação médica (3,2%), nos remete a reflexão a respeito da super valorização da medicalização, em detrimento da prescrição de tratamento não medicamentoso, como a prática de atividade física e a alimentação saudável. Considerando esses achados, é pertinente que o PAC possa refletir sobre a cultura da medicalização na saúde, investindo em ações que promovam a adoção de medidas terapêuticas não-medicamentosas, como o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis.

Quanto ao histórico dos usuários em relação à prática de atividade física, mais da metade afirmou ter um histórico positivo, ou seja, que já fez atividade física anteriormente. Essa pergunta encontrada na ficha de avaliação traz algumas dúvidas quanto à sua interpretação: não é possível identificar se a pessoa alguma vez na vida já fez atividade física, mas é sedentária, ou se a pessoa está praticando atividade física dentro das recomendações da Organização Mundial da Saúde. Esta é uma informação importante, que precisa ser melhor trabalhada, visto sua relevância para a caracterização do perfil da população atendida e para o planejamento das ações.

No caso do histórico de doenças na família e doenças autorreferidas pelos usuários, a hipertensão aparece com os maiores índices (58,2% e 24,9%, respectivamente). A diabetes aparece em segundo lugar (38,5%) no histórico familiar, e a artrose (7,4%) nas doenças autorreferidas. Os achados quanto à prevalência de hipertensão entre os usuários do Programa, esta de acordo com a prevalência de hipertensão em Recife, segundo os Indicadores e Dados Básicos do Brasil (IDB), que identificou no Município um dos maiores percentuais de hipertensão dentre as cidade (29,5%), dado reforçado pelo VIGTEL 2008⁴, que apresentou para Recife uma frequência de 26,5% de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial (BRASIL, 2008, 2009).

Nas últimas três décadas, numerosos trabalhos têm consistentemente demonstrado que a prática regular de atividade física está associada à diminuição no risco de doença arterial coronariana, diabetes, hipertensão e osteoporose (PITANGA, 2002). O Programa deve ser uma possibilidade de cuidado para as pessoas que possuem alguma doença crônica degenerativa, sendo reconhecido como uma ação pública que possa vir a reduzir angústias, estresse e o próprio uso de medicamentos e assim, ser percebido como favorecedor da adoção de estilos de vida saudáveis. Por outro lado, o PAC precisa discutir formas de como atender a essa necessidade, mas também ser permeável e interessante a outros públicos, com suas características peculiares.

Em relação aos objetivos que levaram os usuários a ingressar no Programa, metade dos participantes apresentou como resposta a busca pela melhoria da saúde e qualidade de vida e a outra metade, afirmou ter ingressado com o objetivo de emagrecer. Esses achados corroboram com outros estudos, que apontam como principais fatores de adesão inicial a

⁴ Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico.

programas de atividade física, a obtenção de uma melhor condição de saúde e o controle de peso (OKUMA, 1994).

É importante ressaltar que ao falar em emagrecimento, podemos estar falando em pessoas que precisam perder peso por motivo de doença, pois o sobrepeso/obesidade pode estar relacionado a outras complicações de saúde ou, por motivo estético. Como diz Tahara (2003), a estética corporal ainda é apontada como um dos principais objetivos dos indivíduos ao procurarem a prática de atividade física, ficando claro o interesse e a preocupação pela aceitação social no grupo, ou, ainda, por fazer parte de um grupo já consagrado de culto ao corpo. A mídia parece contribuir nesse sentido, uma vez que são várias as fontes (jornais, revistas, entre outros) que, a todo o momento, mostram corpos perfeitos e esculturais, passando, com isso, o padrão da moda vigente.

Nesse sentido, cabe ao Programa reconhecer todas as questões relacionadas ao emagrecimento, ao “peso” corporal, considerando suas representações sociais, que dizem respeito a relação entre as pessoas e envolve estigmas, discriminação e preconceito (FELIPPE, 2003). É preciso atender a todos os públicos na perspectiva de desenvolvimento humano, com ênfase no autocuidado individual e coletivo, no sentido de que se propicie a transformação e o melhoramento físico, afetivo, social e cultural, a fim de possibilitar uma melhoria da qualidade de vida.

Analisando a estrutura da ficha de avaliação e o seu preenchimento, deve-se considerar o fato de haver algumas perguntas abertas, que podem possibilitar diferentes interpretações por parte do profissional que está conduzindo o procedimento. Por outro lado, a existência de perguntas fechadas (objetivas) limita as respostas dos usuários. Essas são questões devem ser melhor discutidas no PAC, para que este procedimento seja realizado da melhor forma, permitindo sua utilização como fonte de informações para o monitoramento e avaliação do Programa.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a criação de um banco de dados a partir de informações da ficha de avaliação, foi possível traçar o perfil dos usuários do Programa, quanto a aspectos sócios demográficos e de estilo de vida. Em sua maioria são do sexo feminino, que utilizam o Programa nos turnos da manhã, tarde e noite, com um destaque nos horários da manhã. A faixa etária com maior expressividade foi a de 30 a 39,9 anos. Mais da metade das pessoas que freqüentam o PAC tem 11 anos de estudo ou mais e possuem ocupações bastante diversificadas, tendo se destacado as seguintes: “do lar”, comerciantes, estudantes, profissionais de educação e profissionais de saúde.

Quando referenciamos as questões de estilo de vida, são pessoas não tabagistas, que em sua maioria não fazem uso de bebida alcoólica, possuem uma boa condição de sono e tem um histórico positivo de prática de atividade física. Quanto ao perfil de morbidade familiar e autorreferido pelos usuários em relação a doenças crônico-degenerativas, as mais freqüentes foram hipertensão, diabetes e artropatias. Cerca da metade da amostra faz uso regular de medicamento. Quanto aos principais objetivos para ingressar no Programa, identificou-se em sua maioria, melhorar a saúde e a qualidade de vida e emagrecer.

Além de traçar o perfil da população atendida, foi possível identificar questões importantes a serem debatidas e enfrentadas pelo PAC, como as diferenças existentes na realização de avaliação física por pólo, sendo preciso identificar o que leva a essas diferenças, no sentido de permitir um melhor desempenho em todos os espaços de atuação; o público essencialmente feminino, que mostra a necessidade de implementar estratégias que atinjam os indivíduos do gênero masculino, com atividades que sejam admitidas como possibilidades para este público; a busca por atingir faixas etárias mais jovens, como crianças e adolescentes, encontrando estratégias que possam captar pessoas de diferentes idades, considerando suas características e necessidades; procurar uma maior participação da população que tem menor nível de escolaridade, que, por conseguinte, pode representar um público que tem menor acesso a este tipo de atividade.

É importante desenvolver diferentes formas de divulgação do PAC, elegendo parcerias com outros equipamentos de saúde, escolas, dispositivos das comunidades, utilizando diferentes formas de comunicação, assegurando uma maior divulgação e conhecimento de suas ações, bem como uma melhor adesão dos diferentes grupos populacionais. É importante

atingir pessoas de todos os níveis de escolaridade e classes sociais, oportunizando a todos a escolha por práticas de vida mais saudáveis. Além disso, é fundamental o Programa por em pauta a discussão de como está sua integração com os demais serviços da rede de saúde municipal, uma vez que se observou baixo percentual de usuários que ingressaram por indicação médica, apesar da metade deles fazerem uso regular de medicamento.

Apesar das limitações do estudo, que se utilizou de uma fonte de dados secundários, a criação de um banco de dados que permitiu a construção do perfil dos participantes do PAC, pode representar um passo importante para seu processo de monitoramento e avaliação, pois permite identificar e analisar possibilidades e barreiras das estratégias de intervenções que estão sendo desenvolvidas, sinalizando possibilidades de um agir mais eficaz e efetivo, tanto no cumprimento de seus objetivos e metas, quanto com as demandas e necessidades da população.

Em relação ao modelo da ficha de avaliação física utilizada, é preciso refletir sobre sua utilização enquanto fonte de informação para o Programa, melhorando o questionário utilizado, como as informações relativas as variáveis ligadas ao estilo de vida, ao histórico de atividade física e ao inquérito de morbidade, que devem ser mais abrangentes, inclusive em questões relativas à saúde mental, álcool e outras drogas. Outras questões a serem trabalhadas dizem respeito a sua forma de preenchimento pelas equipes do PAC e ao seu processamento, ou seja, a sua completa digitação. É preciso que os registros feitos nas fichas tenham um sentido e significado reconhecido por todos que fazem o Programa, subsidiando seu trabalho e tornando o preenchimento deste instrumento mais consciente, completo e fidedigno, que pode tornar-se uma rica fonte de informações.

Fica iminente a necessidade de aprofundar o processo de monitoramento e avaliação do Programa Academia da Cidade, que possa indicar e readequar seu desempenho enquanto programa de promoção da saúde, de grande abrangência e relevância social; o que remete a importância de novas pesquisas, que abordem a sua missão e os atores envolvidos, sendo esse processo fundamental para sua consolidação e sustentabilidade.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-646, out. 2002.

ANDRADE, L. O. M. D.; BARRETO, I. C. H. C. **Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis**: propostas de articulação entre saúde e ambiente. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

ANDREOTTI, M. C. ; OKUMA, S. S. **Perfil sócio demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física**. Revista da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 142-153, jul./dez., 2003.

AQUINO, E. M. L. **Gênero, Trabalho e Hipertensão Arterial**: um Estudo de trabalhadores de Enfermagem em Salvador, Bahia. 1996. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

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

BARBOSA, G. O.; REBELATTO, J. R.; SANTANA, M. G. Influência de um programa regular de atividade física sobre a qualidade do sono de mulheres idosas. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2008, São Carlos. **Anais de Eventos da UFSCar**. São Carlos: UFSCar, v. 4, p 611, 2008.

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 2005; v. 14, n.1., p. 41-68, jan./mar., 2005.

BERTOLDI, A. D. et al. **Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais**. Rev. Saúde Pública, v. 38, n. 2, p. 228-238, 2004.

BÓGUS, C. M. A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa. In: W. VILLELA, S. KALCKMANN ; PESSOTO, U. C.. **Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2002. p. 49-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto promoção da saúde**. Brasília, DF, 2001.

_____. **A Construção de Vidas Mais Saudáveis**. Brasília, DF, 2002.

_____, **Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão**. Brasília: 2002.

_____, **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: 2006.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Proposta de financiamento da Política Nacional de promoção da Saúde para Estados e Municípios em 2009**. Nota Técnica nº CGDANT/DASIS/SVS, de 30 de julho de 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_072009.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos**. Indicadores de morbidade e fatores de risco. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=D.27&lang=pt&version=ed2>>. Acesso em 13, maio, 2010.

CARVALHO, A. I. et al. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 1-19, 2007.

CASTRO A. M. ; MALO M. Apresentação. In: CASTRO A. M, MALO M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 133-151.

FELIPPE, F. M. **O peso social da obesidade**. Revista Virtual Textos e Contextos, nº 2, dez. 2003.

FRAGA, A. B. ; WACHS F. **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2007.

GONÇALVES, A. ; VILARTA, R. **Qualidade de Vida e Atividade Física: explorando teorias e práticas**. São Paulo: Manole, 2004. P. 27-62.

GUEDES, D. P. et al. Níveis de prática de atividade física habitual em adultos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Londrina, v. 7, n. 6, nov./dez., 2001.

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

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

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1999**. Microdados. Rio de Janeiro, 2000.

_____. **Pesquisa sobre padrões de vida 1996-1997**. Rio de Janeiro, IBGE, 1999.

MALTA, D. C. Avanços e resultados na implementação da PNPS / (Projetos de Avaliação). In: **II Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <<http://www.metodoeventosrio.com/efetividade/>>. Acesso em 22 fev. 2010.

_____. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Revista Epidemiologia e os Serviços de Saúde**, Brasília, v.18, p. 79-86, jan./mar., 2009.

MALTA, D. C. ; CASTRO, A. M. Avanços e resultados na implementação da política nacional de promoção da saúde. Bases Técnicas Senac: **Revista Educação Profissional**, Rio de Janeiro, v. 35, n.2, p. 62-71, maio/ago., 2009.

MARTIN, K. A. ; SINDEN, A. R. Who will stay and who will go? A review of older adults adherence to randomized controlled trials of exercise. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v.9, p. 91-114, 2001.

MARTINEZ-GONZALEZ, M. A. et al. Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the Europe Union. **International Journal of Obesity**, v.23, p. 1192-1201, 1999.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento **Revista Brasileira de Ciência e Movimento.**, Brasília, v. 10, n. 4, out., 2002.

MENSINK, G. B. M.; LOOSE, N. e OOMEN, C. M. Physical activity and its association with other lifestyle factors. **European Journal of Epidemiology**, v.13, p. 771-778, 1997.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A. e BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO, C. A. et al . A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DF, v. 14, n. 4,p. 246-254, out., 2003.

MOYSÉS, S. J. ; MOYSÉS, S. T. ; KREMPE, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & saúde coletiva**, v. 9 n. 3, p. 627-641, 2004.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Midiograf, 2001.

_____. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Midiograf, 2006.

OKUMA S. S. **Fatores de adesão e de desistência das pessoas aos programas de atividade física.** In: SEMANA DA EDUCAÇÃO FÍSICA, 2., 1994, São Paulo. Anais. São Paulo: Departamento de Educação Física, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade São Judas Tadeu, 1994.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão de literatura. **Revista. Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 97-106, 2000.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogman, 1999.

PITANGA, F. J. G. **Epidemiologia, atividade física e saúde**. Rev. Bras. Ciênc. e Mov. Brasília: v.10, n. 3, jul., 2002.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DO GOVERNO FEDERAL. **Orçamento Participativo**. Disponível em:
<<http://www.portaltransparencia.gov.br/controlSocial/OrcamentoParticipativo.asp>>. Acesso em: 20 maio 2010.

POTVIN, H. et. al. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series, n. 92 , 2001.

RECIFE, Secretaria Municipal de Saúde. **Políticas de controle do tabagismo da PCR serão apresentadas na Índia**. Recife, 2009a. Disponível em:
<http://www.recife.pe.gov.br/2009/03/03/politicas_de_controle_do_tabagismo_da_pcr_serao_apresentadas_na_india_165912.php>. Acesso em 28 abr. 2010.

_____ **Programa Academia da Cidade: Nota técnica**. Recife, 2009b.

REMEN, R. N. **O Paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.

SALLES-COSTA, R. et al. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1095-1105, jul./ago., 2003a.

_____. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p. 325-333, supl. 2, 2003b.

SANDOVAL, M. H. **Pensar comunicação para a promoção da saúde a partir de praticas profissionais**. Bahia: Jequié, 2001.

TAHARA, A. K. Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, v. 11 n. 4, p. 7-12, out./dez., 2003.

VAITSMAN, J. Hierarquia de gênero e iniquidade em saúde. **Physis**: subtítulo v.1, p. 7-22, 1994.

WESTPHAL, M. F. e MENDES R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV, v. 34 n. 6, p. 47-61, nov./dez., 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Tabela 1

Tabela 1: Distribuição de avaliação física por histórico familiar de doença, Programa Academia da Cidade, Recife, 2008.

HISTÓRICO FAMILIAR DE DOENÇA	AVALIAÇÃO FÍSICA	
	(n)	(%)
Hipertensão	182	21,0
Diabetes	80	9,2
Câncer	20	2,3
Acidente Vascular Cerebral	11	1,3
Cardiopatía	43	4,9
Infarto Agudo do Miocárdio	14	1,6
Hipertensão + Diabetes	230	26,5
Hipertensão + Cardiopatía	49	5,6
Acidente Vascular Cerebral + Infarto Agudo Miocárdio	3	0,3
Câncer + Cardiopata	6	0,7
Diabetes + Cardiopatía	15	1,7
Hipertensão + Câncer	27	3,1
Diabetes + Câncer	9	1,0
Hipertensão + Acidente Vascular Cerebral	9	1,0
Hipertensão + Infarto Agudo no Miocárdio	6	0,7
Câncer + Acidente Vascular Cerebral	3	0,3
Total Parcial	707	81,5
Dados Não Informados	160	18,4
Total	867	100

ANEXOS

ANEXO A - Ficha de Avaliação Física do Programa Academia da Cidade (frente).



ACADEMIA DA CIDADE



FICHA DE AVALIAÇÃO DA APTIDÃO FÍSICA

Nº. Usuários

Data Avaliação ____/____/____

Turno: () M () N

Nº da avaliação

DADOS GERAIS

Nome:			Data Nasc: ____/____/____		
Nome da mãe:			Sexo: () Feminino () Masculino		
Endereço:			Complemento:		
Cep:	Município:	UF:	Fone para contato:		
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a)			Ocupação:		
() Viúvo(a) () Desquitado(a) ou separado(a) judicialmente					
Raça/Cor: () Pardo () Preto () Amarelo () Branco () Indígena					

Anos de Estudos: () Sem instrução e menos de 1 ano de estudo, exclusive Curso de alfabetização de adultos
 () Sem instrução e menos de 1 ano de estudo () Curso de alfabetização de adultos concluído
 () 1 a 3 anos () 4 a 7 anos () 8 a 10 anos () 11 a 14 anos () 15 anos ou mais () Não determinado

Possui plano de Saúde? () Sim () Não

É usuário do SUS? () Sim () Não

QUESTIONÁRIO SOBRE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA - PAR-Q

Sim	Não	
()	()	Algum médico já disse que você possui algum problema cardíaco ou que só deveria realizar atividade física supervisionada por profissionais de saúde?
()	()	Você sente dor no tórax quando realiza atividade física?
()	()	No último mês, você sentiu dores no peito quando NÃO estava realizando atividade física?
()	()	Você já apresentou desequilíbrio, tontura, desmaios, vertigens ou perda de consciência?
()	()	Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?
()	()	Você toma remédios para pressão ou outro problema cardíaco?
()	()	Sabe de alguma outra razão pela qual você não poderia realizar atividade física?

ANAMNESE

Fumante? () Sim () Não () fumante passivo. Se sim , há quanto tempo? Nº de Cigarros/dia _____ tipo de fumo _____	Ex-fumante? () Sim () Não. Deixou há quanto tempo? _____	Uso de bebidas alcoólicas: () Nunca () Ocasionalmente () Nos finais de sem () Mais de 3 vezes na semana
Diabético? () Sim () Não. Se sim , há quanto tempo foi diagnosticado?	Usa insulina? () Sim () Não Horário: _____	Problemas com o uso: () Não () Acidentes de Trânsito () de Relacionamento () Ocupacional
Cardiopata? () Sim () Não. Se sim , há quanto tempo foi diagnosticado?		Hipertenso (a)? () Sim () Não. Se sim , há quanto tempo foi diagnosticado? _____
Já fez alguma cirurgia? () Sim () Não Se sim , qual? _____		Tem Artrite? () Sim () Não. Se sim , em qual local? _____
Torção? () Sim () Não. Se sim , em qual local, sente desconforto? _____		Tem Osteoporose? () Sim () Não. Se sim , em qual local? _____
Já sofreu alguma fratura? () Sim () Não. Se sim , em qual local? _____		Tem Artrose? () Sim () Não. Se sim , em qual local? _____
Tem Varizes? () Sim () Não		Sente dores localizadas? () Sim () Não. Se sim , qual o local? _____
Tem ou teve algum problema respiratório? () Sim () Não Se sim , qual? _____ Há quanto tempo? _____		Tem cansaço nos MMIIIs? () Sim () Não
Usa algum medicamento regular? () Sim () Não. Se sim , qual? _____		Dorme bem? () Sim () Não Quantas horas de sono, em média? _____
Histórico familiar:		Outros: _____
Desconfortos:		
Histórico de práticas de exercícios:		
Objetivo do Usuário:		

Afirmo serem verdadeiras as informações citadas na anamnese, tendo ciência das consequências em caso de omissão e/ou inverdades dos dados por mim fornecidos.

HEMODINÂMICA	
Fc de repouso _____ bpm	PA de repouso _____ / _____ mmHg

ANTROPOMETRIA				
Composição Corporal		Dobras cutâneas (Pollock – 3 dobras)		
Peso:	Feminino: TR	SI	CX média	
Estatura:	Masculino: PT	AE	CX média	
	Crianças e adolescentes (Slaughter)	TR	SB	

PERIMETRIA		
Cintura: _____ cm	Abdômen: _____ cm	Quadril: _____ cm

NEUROMOTORES			
Adolescentes/Jovens/Adultos		Idosos (Fullerton)	
Sentar e alcançar _____ cm	Flexibilidade MMSS _____ cm		
Sentar e deitar em 1° _____ cm	Flexibilidade MMII _____ cm		
Abdominal _____ cm	RML MMSS _____ rep		
	RML MMII _____ rep		

AVALIAÇÃO CARDIORESPIRATORIA (TESTE DE PISTA)		
Teste aplicado	Tempo _____ min	FC: _____ bpm
		PA pós-teste _____ / _____ mmHg

REAValiação	
Teve Orientação Nutricional? () Sim () Não	Há quanto tempo? Até 3 sem. () Mais de 3 sem. ()
Houve mudança de hábitos alimentares? () Sim () Não	Seguiu a prescrição do exercício? () Sim () Não
	Está realizando atividade física regular? () Sim () Não

OBSERVAÇÕES GERAIS

Assinatura do(a) Avaliador(a)

ANEXO B – Parecer do Comitê de ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: Perfil Sócio demográfico e de Estilo de Vida dos usuários do Programa Academia da Cidade / Recife / PE.

Pesquisador responsável: Emmanuely Correia de Lemos

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 21/10/2009

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 69/09

Registro no CAAE: 0069.0.095.000-09

PARECER Nº 67/2009

O Comitê avaliou as modificações introduzidas 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 CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 23 de novembro de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 23 de novembro de 2009.

Giselle Carneiro Gouveia



Giselle Carneiro Gouveia
Farmacêutica
Coordenadora
Mat. SIAPE 0463376
CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 23/11/2010.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



ANEXO C – Carta de Anuência da Prefeitura da Cidade do Recife.

Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Emmanuelly Correia de Lemos**, estudante de Especialização em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver projeto de pesquisa, nos pólos da academia da cidade, nos 06 (seis) Distritos Sanitários da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Perfil Sócio Demográfico e de Estilo de Vida dos Usuários do Programa Academia da Cidade”**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum paciente será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 15 de outubro de 2009.

Carlos Sena

Diretor Geral de Gestão do Trabalho

Carlos Sena
Diretor Geral de Gestão do Trabalho/SS
Mat. 70.608-1