

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**“Saúde em Família”: Corrente de incentivo para a prática  
regular de exercícios físicos no Programa Academia da  
Cidade**

**Janice Fernandes Lima e Corrêa**

**Belo Horizonte - MG**

**2013**

**Janice Fernandes Lima e Corrêa**

**“Saúde em Família”: Corrente de incentivo para a prática regular de  
exercícios físicos no Programa Academia da Cidade**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientador: Christian Emmanuel Torres Cabido

**Belo Horizonte – MG**

**2013**

**Janice Fernandes Lima e Corrêa**

**“Saúde em Família”: Corrente de incentivo para a prática regular de  
exercícios físicos no Programa Academia da Cidade**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientador: Christian Emmanuel Torres Cabido

**Banca examinadora:**

Christian Emmanuel Torres Cabido - Orientador

Ana Mônica Serakides Ivo

Aprovada em Belo Horizonte, 13 de abril de 2013

Dedico este trabalho ao Programa Academia da Cidade,  
que me ajudou a descobrir meu verdadeiro “dom” profissional.

Dedico também aos meus amados e especiais alunos que  
me ensinaram a viver melhor e a amar cada vez mais o que faço.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, pelo benefício da vida, pelo amparo constante e pelas oportunidades de evolução.

Ao meu querido, amado e inesquecível pai, José Fernandes, que me ajudou a definir e escolher essa profissão que tanto me realiza e me dignifica.

A minha amada mãe, Denice, que sempre foi meu referencial de vida, sabedoria e dedicação.

Ao meu irmão, Evandro, pela inteligência e auxílio estrangeiros.

Aos meus orientadores, Mauro Heleno Chagas e Christian Emmanuel Torres Cabido, pelo apoio e inspiração no amadurecimento dos conhecimentos e conceitos necessários para a execução e conclusão deste trabalho.

A todos os professores e responsáveis pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família que enriqueceram meus conhecimentos e foram mediadores desta nova conquista.

Ao meu companheiro, Rodrigo, e também aos meus amigos, pela compreensão, apoio e incentivo constante.

*“Agradeço todas as dificuldades que  
enfrentei, não fosse por elas, eu não teria  
saído do lugar.  
As facilidades nos impedem de caminhar.  
Mesmo as críticas nos auxiliam muito.”*

Chico Xavier

## RESUMO

Através de um diagnóstico situacional, foi verificada uma baixa adesão à prática regular de exercícios físicos por parte dos familiares de usuários do Programa Academia da Cidade (PAC) Providência no turno da manhã. Portanto, este plano de ação tem como objetivo identificar os motivos dessa baixa adesão, para posterior formação de uma corrente de incentivo para a prática regular de exercícios físicos no PAC. Nesse sentido, será utilizada uma entrevista semiestruturada composta por perguntas fechadas que visam identificar objetivamente os motivos da baixa adesão por parte dos familiares de usuários do PAC ou a alguma prática regular de exercícios físicos. A identificação destes usuários será feita baseada em alguns critérios como, tempo que frequenta as aulas do programa, resultados obtidos com o treinamento realizado neste tempo e possuir familiares que ainda não fazem parte do Programa. A corrente de incentivo será formada a partir dos usuários que possuem familiares que não participam do PAC. O levantamento dos motivos da não adesão serão utilizados como norteadores para a intervenção direta com os familiares dos usuários nos eventos programados para a participação de ambos, usuário e familiar. As estratégias utilizadas para desencadear um processo de empoderamento em saúde e sensibilizar os familiares dos usuários a aderirem ao PAC serão: os resultados obtidos pelos usuários (amostra) do PAC, educação em saúde e a co-responsabilização na participação e organização das atividades que serão desenvolvidas nos eventos. Dessa forma, iniciar-se-á a corrente de incentivo para a prática regular de exercícios físicos no Programa Academia da Cidade. Como resultado é esperado que o aumento da adesão dos familiares de usuários do PAC tanto ao próprio PAC quanto a qualquer outra prática regular de exercício físico, aumente o alcance das ações desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde (APS) com o Programa de Saúde da Família (PSF) e as Equipes de Saúde da Família (ESF) para a promoção da saúde no contexto familiar.

**Palavras-chave:** Programa Academia da Cidade. Saúde da Família. Exercício Físico.

## **ABSTRACT**

Through a situational diagnosis, there was a low adherence to regular exercise by relatives of users of City Academy Program (CAP) Providence on the morning shift. Therefore, this action plan aims to identify the reasons for the low uptake for subsequent formation of a current incentive for regular physical exercise in the PAC. Accordingly, it will be used a semistructured interview consisting of closed questions designed to identify objectively the reasons for poor adherence by relatives of PAC users or any regular practice of physical exercises. The identification of these users will be made based on some criteria as long as the program attend classes, results obtained with the training conducted at this time and have family members who are not yet part of the program. The current incentive will be formed from the users who have family members who do not participate in CAP. The survey of the reasons for non-adherence will be used as guidelines for direct intervention with the families of users in the events scheduled for the participation of both the user and family. The strategies used to trigger a process of empowerment in health and sensitize family members of users to join the PAC are: the results obtained by users (sample) PAC, health education and co-responsibility and participation in the organization of activities that will be developed events. Thus, it will start the current incentive for regular physical exercise program in Academy City. As a result it is expected that increased adherence of family members of both the users PAC PAC itself as to any other practice regular physical exercise, increase the scope of the actions developed in Primary Health Care (PHC) with the Family Health Program (PSF) and the Family Health Teams (FHT) for the promotion of health in the family context.

**Keywords:** City Academy Program. Health Family. Physical Exercise.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

AVDs - Atividades de Vida Diárias

CS - Centro de Saúde

DCNTs – Doenças Crônico-degenerativas Não Transmissíveis

ESF - Equipes de Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PAC - Programa Academia da Cidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF – Programa de Saúde da Família

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

VDs - Visitas Domiciliares

VS - Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Histórico.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Definição do Problema.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 Objetivos .....</b>	<b>14</b>
<b>1.4 Métodos.....</b>	<b>144</b>
<b>2. DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>199</b>
<b>2.1 Mapa Conceitual.....</b>	<b>199</b>
<b>2.1.1 SUS e Níveis de Atenção .....</b>	<b>199</b>
<b>2.1.2 Promoção da Saúde e Empoderamento.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.3 Estratégia Saúde da Família – ESF .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Mapa Contextual.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.1 Sedentarismo e Envelhecimento .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.2 Exercícios Físicos e Benefícios .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2.3 Programa Academia da Cidade (PAC) e Academia da Saúde .....</b>	<b>30</b>
<b>2.2.4 Exercícios Aeróbicos e Anaeróbicos – componentes das aulas do PAC.....</b>	<b>35</b>
<b>2.2.5 Treinamento de Força na Prevenção da Sarcopenia em Idosos.....</b>	<b>37</b>
<b>3. PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>399</b>
<b>3.1 Análise da situação.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2 Entrevista semiestruturada .....</b>	<b>40</b>
<b>3.3 Educação em Saúde e Corresponsabilização para a Conscientização a respeito dos Benefícios dos Exercícios Físicos .....</b>	<b>41</b>
<b>3.4 Ações para Adesão e Manutenção de Familiares de Alunos da Academia da Cidade .....</b>	<b>46</b>
<b>3.5 Monitoramento e Avaliação do Plano de Ação.....</b>	<b>50</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>58</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Histórico

Terminei a graduação em Educação Física na Universidade Federal de Minas Gerais no segundo semestre de 2003. Mesmo antes de me formar já atuava como estagiária na área do fitness em academias particulares. Com o passar dos anos, comecei a ficar insatisfeita com esta área de trabalho e a considerar que deveria buscar o que realmente gostava de fazer que era trabalhar com Educação Física na área da saúde.

Demorei a me encorajar e abandonar tudo aquilo que me impedia de me realizar profissionalmente. Em 2009, abandonei a área do fitness e também de treinamentos individuais e, posteriormente, apareceu a oportunidade de trabalhar na área da saúde, no Programa Academia da Cidade (PAC), mais especificamente, com promoção de saúde. Assim, comecei a trilhar o caminho que me levou à realização profissional.

O objetivo das Academias da Cidade é promover a saúde para o maior número possível de pessoas. O Programa está crescendo muito desde que foi criado em 2006 e mais academias estão sendo inauguradas por todas as regionais de Belo Horizonte, exatamente para garantir o acesso de um número maior de pessoas. São 48 Academias da Cidade em funcionamento, sendo que algumas funcionam em 2 (dois) turnos: 6 (seis) no Barreiro, 3 (três) na Centro-Sul, 2 (duas) na Leste, 3 (três) na Nordeste, 7 (sete) na Noroeste, 8 (oito) na Norte, 5 (cinco) na Oeste, 3 (três) na Pampulha e 7 (sete) em Venda Nova.

Trabalhar no PAC desencadeou um processo de aprendizagem sobre saúde pública que gradativamente se aprofundava e aumentava meu compromisso com a promoção de saúde para meus alunos e também para a população envolvida. Participei e ainda participo de vários cursos de capacitação e eventos que visam uma melhor preparação para atender e intervir em vários perfis de usuários (DST/Aids, Tabagismo, Deficiência visual, Diabetes e uso do glicosímetro...) e também envolvo-me cada vez mais com o objetivo de nosso trabalho: promover a saúde para a população de maneira efetiva e responsável.

E, exatamente com foco nesse objetivo que, além das capacitações realizadas, necessitava conhecer, aprofundar e evoluir meus conhecimentos e potencialidades a respeito da Saúde pública, Atenção básica e Saúde da família. Então, busquei e conquistei a oportunidade de realizar a Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família oferecida pelo NESCON (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Depois de cumprir com todas as disciplinas obrigatórias e algumas optativas, aumentando meu conhecimento e minha capacidade e competência de atuação na área da saúde, hoje estou concluindo o curso com a realização desse plano de ação.

## **1.2 Definição do Problema**

Segundo o Ministério da Saúde a tarefa de promoção de saúde é um dos objetivos principais da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Além deste, a Atenção Primária tem como objetivo a prevenção de agravos e o tratamento/reabilitação.

As Academias da Cidade buscam atuar em “parceria” com os Centros de Saúde, fazendo um trabalho adjacente aos das Equipes de Saúde da Família (ESF). Os pacientes são encaminhados do Centro de Saúde para as Academias da Cidade para auxiliar no tratamento e reabilitação destes, bem como os (as) alunos (as) das Academias são encaminhados para os Centros de Saúde no caso da necessidade de acompanhamento de algum problema.

De acordo com a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006 as Equipes de Saúde da Família têm como fundamento:

“... possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade”  
(PORTARIA 648, 2006, s/p).

Se um ou mais componentes de uma família não buscam o atendimento de sua ESF no Centro de Saúde, esta vai até a família através das visitas domiciliares (VDs), a

fim de incluir esses componentes no atendimento e de colher informações necessárias para o desenvolvimento do trabalho da equipe.

Fazendo uma analogia com o trabalho das Equipes de Saúde da Família e a partir de um diagnóstico situacional feito na área em que trabalho, Regional Norte/Academia da Cidade Providência Manhã – verifiquei que, geralmente, ou não existem familiares de usuários participando do PAC ou o número por parte dos familiares de usuários que participam do Programa é muito reduzido, indicando baixa adesão por parte dos familiares de usuários.

A Academia da Cidade Providência – Manhã possui 541 usuários/alunos inscritos (461 mulheres e 80 homens). Destes, 433 estão freqüentes e o restante se encontra na situação de infreqüentes (70) ou suspensos (38). Infreqüentes são os usuários/alunos que abandonaram o Programa sem nenhuma justificativa e por isso, perdem suas vagas. Três faltas consecutivas na semana, sem justificativa, acarreta a perda da vaga e esta será oferecida na próxima inscrição. Suspensos são os que se ausentam das aulas da Academia com justificativa por um tempo determinado: máximo de três meses. Se dentro desses três meses o usuário/aluno não retornar, automaticamente, perde também sua vaga.

Considerando somente os usuários/alunos freqüentes (mulheres e homens), foi feito um levantamento quantitativo de usuários/alunos que não possuíam familiares que também freqüentavam as aulas na Academia da Cidade Providência – Manhã. E o diagnóstico foi: de 433 usuários/alunos freqüentes, 357 não possuem familiares freqüentando o PAC. Em média, 82% de usuários/alunos não possuem familiares integrando o PAC, indicando baixa adesão destes familiares ao Programa, especificamente na Academia da Cidade Providência – Manhã.

Diante de tal problema e da necessidade de aumentar o atendimento à maioria das famílias e das pessoas da área de abrangência em que atuo, percebeu-se a necessidade de identificar os motivos da falta de adesão e, a partir de então, estabelecer uma intervenção, uma estratégia, que ajude a minimizar ou a solucionar o problema identificado. Pressupõe-se que desta forma poderá ser possível garantir o mesmo fundamento do trabalho das ESF para o trabalho das Academias da Cidade (acesso universal) contextualizado nos princípios básicos do SUS.

### 1.3 Objetivos

- Desenvolver um plano de ação para identificar os motivos da baixa adesão por parte dos familiares de usuários do Programa Academia da Cidade e à prática regular de exercícios físicos.
- Formar uma corrente de incentivo para a prática regular de exercícios físicos no Programa Academia da Cidade ou em qualquer outra prática.

### 1.4 Métodos

Para identificar os motivos da reduzida adesão por parte dos familiares de usuários do PAC, no desenvolvimento do plano de ação será utilizada uma entrevista semiestruturada que, segundo Campos *et al.* (2010, pág. 38) é um método de estimativa rápida que:

Constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo (CAMPOS *et al.*, 2010, pág. 38).

As questões utilizadas na entrevista são perguntas fechadas que visam identificar objetivamente os motivos da não adesão por parte dos familiares de usuários do PAC a alguma prática regular de exercícios físicos, bem como os motivos para a adesão à prática deste mesmo grupo. A entrevista possui, então, o objetivo de identificar as causas (“nós críticos”) do problema identificado a fim de permitir que sejam solucionadas/eliminadas. A entrevista foi estruturada de acordo com estudos que verificaram os motivos de adesão, manutenção e abandono da prática de exercícios físicos (PÉRES, 2010; SANTOS e KNIJIK, 2006; LOPES e CHIAPETA, 2010). Segundo estas pesquisas, alguns dos motivos de adesão e manutenção da prática de exercícios físicos são: manter corpo em forma, preservação da saúde, indicação/orientação médica, objetivos alcançados, prazer, melhora da saúde, entre outros. Em contrapartida, alguns dos motivos de abandono ou interrupção da prática de exercícios

físicos identificados foram: falta de tempo, falta de auto-motivação, problemas financeiros, entre outros.

As entrevistas serão realizadas no momento das visitas domiciliares que serão feitas juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Inicialmente, será feito um contato prévio com os familiares dos alunos escolhidos para a amostra da pesquisa. Este primeiro contato acontecerá através de visitas domiciliares feitas com os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) que atendem a área onde o aluno e seus familiares moram. Os objetivos da pesquisa serão explicados e, então, será solicitada uma autorização para a aplicação do questionário (entrevista semi-estruturada).

Em caso afirmativo, o primeiro elo da corrente de incentivo à prática regular de exercícios físicos será concretizado e o primeiro dos quatro encontros programados será marcado. O objetivo desses encontros é criar um vínculo entre familiar sedentário e a prática regular de exercícios físicos através do exemplo, dos resultados, da motivação do usuário/aluno do programa. Sendo durante os encontros que serão realizadas a educação em saúde e a co-responsabilização, abordando os fatores identificados para a baixa adesão dos familiares dos usuários/alunos e também para a adesão e manutenção da prática regular de exercícios físicos. Assim, o vínculo e o compromisso pessoal e individual poderão se fortalecer ainda mais para a busca de um estilo de vida mais saudável e ativo.

A amostra (alunos que terão os familiares visitados para a realização da entrevista semiestruturada) será selecionada seguindo os seguintes critérios:

- ① Idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos;
- ② Encontrar-se frequente às aulas (3x/semana);
- ③ Estar frequentando as aulas na Academia há mais de um ano, para ter sido realizado ao menos uma avaliação;
- ④ Reavaliados (pelo menos uma reavaliação) que apresentarem melhoras nos resultados como diminuição de pressão arterial de repouso, retirada/diminuição de medicamentos, eliminação/diminuição de dores, melhora na composição corporal e no condicionamento cardiorrespiratório) e;
- ⑤ Possuir familiares que moram na mesma residência e que estão sedentários;
- ⑥ Fazer parte da área de abrangência do Centro de Saúde Providência.

Determinados os alunos que se encaixam nos critérios descritos acima, a amostra pesquisada será composta por um processo aleatório em que serão sorteados 20 alunos.

A coleta de dados será feita de fontes secundárias no Centro de Saúde Providência através do contato com as Equipes de Saúde da Família onde será possível:

- Obter informações a respeito das famílias participantes da pesquisa;
- Coletar dados dos prontuários a respeito da saúde dos alunos pesquisados;
- Programar e agendar visitas domiciliares as famílias pesquisadas junto aos ACS.

As visitas domiciliares também serão utilizadas para a coleta de dados por meio da observação ativa da área. Segundo Campos *et al.* (2010), os dados coletados por meio da entrevista semiestruturada, dos dados secundários e da observação ativa possibilitam descrever o perfil da população, mesmo que superficialmente, e também identificar problemas e prioridades desta.

Após a identificação dos principais motivos – “nós críticos” - da falta de adesão à prática de exercício físico, será possível embasar as ações do plano de intervenção a fim de aumentar a adesão dos familiares de alunos ao PAC e/ou a qualquer prática regular de exercício físico.

A adesão será estimulada por meio de oficinas, gincanas, palestras, debates, bate-papos e dia do familiar entre outros, buscando a conscientização sobre os benefícios da prática de exercícios físicos regulares para a saúde. Os alunos da Academia serão coadjuvantes e responsáveis por trazer seu(s) familiar(es) sedentário(s) para participar desses eventos. Essa estratégia se concentrará em intervenções comunitárias que criem ambientes de apoio e estímulo à prática regular de exercícios físicos. Serão enfatizados os fatores de risco para a falta desta e serão mostrados os benefícios que possam estimular as comunidades a mudar seus hábitos de vida não saudáveis e se tornar participantes ativos na criação de ambientes favoráveis a saúde em família e também serão expostos os objetivos principais do programa Academia da Cidade.

Outros profissionais da área da saúde também serão convidados a participar desse processo, principalmente, das Equipes de Saúde da Família (ESF) que estarão



contribuindo com a pesquisa desde o início e também profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que também trabalham diretamente com as ESF e a população. Todos os profissionais, tanto das ESF quanto do NASF, serão peças importantes do processo de Educação em Saúde. Eles poderão participar dos eventos/encontros contribuindo com conhecimentos multiprofissionais e enriquecendo significativamente o processo.

Em todos os eventos, cada aluno deverá trazer pelo menos um familiar sedentário para participar das atividades programadas. Os eventos serão realizados uma vez/semana, sempre aos sábados e durante quatro semanas consecutivas (um mês/quatro encontros) e com duração de 1 hora e 30 minutos. No primeiro dia de frequência do familiar sedentário será estabelecido com ele um acordo, por escrito, onde consta o compromisso de participar de todos os quatro encontros, sem interrupção.

A participação nos eventos sempre ocorrerá acompanhada por seu familiar aluno do PAC e estes serão organizados e realizados com a participação e auxílio dos usuários/alunos e seus familiares de maneira a exigir destes a corresponsabilização pelo processo de construção de conhecimento que acontecerá em cada evento.

Ao final de cada um deste, será reservado um tempo (últimos 30 minutos) para preparação e detalhamento do próximo encontro: ações necessárias para organizar e desenvolver o próximo encontro. No último encontro, será feita uma avaliação de todo o processo, identificando o grau de conhecimento em saúde alcançado e se foi suficiente para conscientização em saúde e conseqüente estímulo para adesão à prática regular de exercícios físicos.

Cumprindo o acordado no contrato e tendo resultado positivo na avaliação final, o familiar sedentário poderá ser encaminhado para fazer inscrição na Academia da Cidade e, caso apresente algum problema de saúde também poderá ser encaminhado para assistência/tratamento com a especialidade indicada e disponível nos atendimentos da ESF e do NASF. Assistidos e reabilitados, poderão ser encaminhados então para a prática de exercícios físicos na Academia.

Cada familiar sedentário conquistado será mais um elo da corrente de incentivo a prática de atividade física regular. Essa cadeia será realizada de maneira contínua e

longitudinal, procurando sempre mantê-los ligados à prática de exercícios físicos e buscando mudar os hábitos de vida das pessoas que os cercam, mesmo que não sejam familiares. A cadeia poderá se estender para os vizinhos, amigos, conhecidos, colegas de trabalho e etc.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Mapa Conceitual

#### 2.1.1 SUS e Níveis de Atenção

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracteriza a Atenção Primária como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006, s/p).

A AB orienta-se pelos mesmos princípios do SUS, a saber: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas tanto federais quanto estaduais e municipais. A iniciativa privada pode participar desse sistema em caráter complementar (BRASIL, 2006).

O SUS foi consagrado na Constituição Federal de 1988 e constitui uma das maiores conquistas sociais no âmbito da saúde, pois ele institui uma nova concepção de saúde no Brasil deixa de ser ausência de doenças e passa a ser centrada na prevenção de agravos e promoção da saúde. Os princípios do SUS, conforme Dec. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990, priorizam a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais. Assim, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização.

Seguem abaixo as características dos princípios do SUS que também orientam a Atenção Básica segundo as doutrinas e princípios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006):

Universalidade e Acessibilidade: saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal; garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde a todos aqueles que necessitam.

Integralidade: “O homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.”

Equidade: “Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades...”; ações e serviços de saúde de todos os níveis assegurados de acordo com a complexidade de cada caso.

Regionalização e Hierarquização: Organização dos serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade tecnológica e com delimitação de uma área geográfica que define a população a ser atendida.

Resolubilidade: Serviço de saúde capacitado para resolver um problema de saúde (individual ou coletivo) até o nível de sua competência.

Descentralização: “... redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo.”; as três esferas do governo (federal, estadual e municipal) possuem comando único e atribuições próprias nos serviços e ações de saúde.

Controle social: A população participa da formação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local; esse controle acontece através dos Conselhos de Saúde (órgãos colegiados) e também das Conferências de Saúde que ocorrem a cada quatro anos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), caracteriza os três níveis de atenção: Atenções Primária, Secundária e Terciária.

A porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) é a Atenção Primária, pois nela ocorre a organização do cuidado à saúde da população. Por isso, a Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamentada pelos princípios do SUS e funciona como uma estratégia de organização dos serviços de saúde que visa integrar todos os aspectos desses serviços e sempre tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população.

A Atenção Primária preconiza a promoção da saúde visando eliminar ou controlar as causas de doenças ou agravos, estimular hábitos saudáveis e oferecer informações, orientações e educação em saúde para a população. É oferecida nas UBS (Unidades Básicas de Saúde) ou Centros de Saúde (CS) e possui baixo nível de

complexidade. Por sua vez, a Atenção Secundária preconiza a prevenção de riscos e exposições às doenças, visando manter o estado de saúde e oferecendo tratamento ambulatorial e pequenos hospitais que incorporam funções de nível primário e acrescenta as de tratamento especializado. Apresenta nível intermediário de complexidade. Por fim, a Atenção Terciária preconiza a recuperação/reabilitação, desenvolvendo ações de saúde que evitem complicações de doenças e até mesmo a morte e reparando todas as sequelas causadas por uma doença. Oferecida em grandes hospitais gerais e especializados com alto nível de complexidade.

Os três níveis de Atenção compõem a Rede de Atenção em Saúde ou Sistemas Integrados em Saúde que, segundo Shortell *et al.* (1993), são sistemas de prestação de serviços de saúde organizados de maneira a configurar uma continuidade coordenada de serviços para uma população definida. Conforme Mendes (2009), a Rede de Atenção em Saúde constitui um conjunto de serviços de saúde, organizados poliarquicamente e vinculados entre si por: missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente. Coordenada pela Atenção Primária à Saúde, essa rede permite ofertar uma atenção contínua e integral a uma população determinada.

### 2.1.2 Promoção da Saúde e Empoderamento

A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor da saúde, especificamente da Atenção Primária para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade. Na primeira conferência internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, a mesma foi definida pela Carta de Ottawa como:

...o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e

personais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, s/p).

A aplicabilidade de promoção da saúde consiste em políticas, planos e programas de saúde pública com ações destinadas a evitar que a população se exponha a fatores condicionantes e determinantes de doenças. Alguns exemplos são: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos.

Carvalho e Gastaldo (2008) destacam que existem diversas estratégias priorizadas pela Promoção à Saúde, a saber: a composição de políticas públicas benéficas, a invenção de lugares sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o aumento da competência dos sujeitos individuais e o fortalecimento de obras comunitárias. Essas estratégias são subsidiadas por princípios que afirmam a importância de se atuar nos determinantes e causas da saúde, da participação social e da necessidade de elaboração de alternativas às práticas educativas destinadas à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais.

A ênfase que se dá ao sujeito coletivo (a população) no conceito de promoção da saúde faz inferência à necessidade de empoderamento das ações em saúde por parte da população. Isso implica em dar poder, liberdade e informação às pessoas com o intuito de permitir-lhes tomar decisões e participar ativamente da organização e das ações em saúde.

Carvalho (2004) faz um levantamento de dois tipos de empoderamento, o psicológico e o comunitário. O empoderamento psicológico é caracterizado como um sentimento de maior controle sobre a própria vida e que deriva de estratégias que buscam fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio que procuram desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade. Já o empoderamento comunitário é definido como um processo e um resultado de ações no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas que afetam a distribuição do poder, levando a um acúmulo ou a uma perda deste.

Cabe ressaltar ainda, que no processo de empoderamento comunitário observa-se a presença de fatores pertencentes a distintas esferas da vida social: na esfera individual com o desenvolvimento da autoconfiança e da autoestima; na esfera social através de estruturas de mediação nas quais os membros de um coletivo compartilham conhecimentos e ampliam sua consciência crítica no campo de fatores onde há estruturas sociais como o estado e a macroeconomia (CARVALHO, 2004). Portanto, o empoderamento comunitário abrange a experiência subjetiva do empoderamento psicológico e também a realidade objetiva de condições estruturais a fim de desenvolver competências para participar da vida em sociedade. No processo de educação em saúde, um dos âmbitos da promoção de saúde, o empoderamento comunitário contribui para a emancipação humana por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e o estímulo a ações que tenham como objetivo criar novos modos de se fazer saúde (CARVALHO, 2004).

### 2.1.3 Estratégia Saúde da Família – ESF

A ESF é o exemplo auxiliar da Atenção Básica, que se baseia no trabalho de um grupo de multiprofissionais e cria ações de saúde numa região definida, com enfoque na família, analisando a pessoa no seu contexto social, econômico e ambiental. Estas equipes, ao formar conexões e afinidades de corresponsabilidade com a população assessorada, procuram obter uma atenção concretizada e de alta qualidade, capaz de precaver os agravos à saúde mais prevalentes na região e aproximando a assistência da autêntica condição de vida das pessoas (RONCOLLETA, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a ESF é uma das mais bem-sucedidas ações brasileiras em saúde das últimas décadas. Foi idealizada em 1993, com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF). Em seus elementares anos, o então PSF foi inserido nos municípios do “Mapa da Fome”, sob a administração quase direta de Brasília, mas a seguir passou a ficar sob a chefia dos municípios, tomando um papel cada vez mais respeitável no sistema de saúde, e começou a ser aberto a todos os municípios do Brasil. Em 1998, quando os repasses federais para a Atenção Básica começaram a ser por residente, e não por número de procedimentos, a Estratégia de

Saúde da Família principiou a se ampliar rapidamente. Em outubro de 2008, de acordo com o Ministério da Saúde, a ESF estava presente em 94% dos municípios brasileiros e acolhia a 93,1 milhões de brasileiros. O efeito tem sido o progresso de diversos indicadores de saúde, e a ampliação da satisfação dos usuários do SUS.

Um dos grandes destaques da ESF é o significado claro da região e, mais importante, dos usuários sob responsabilidade de cada equipe. Isso aumenta o vínculo da equipe com a população, o que é fundamental numa época em que as condições anuais se tornaram muito mais extraordinárias para o sistema de saúde do que as urgências e emergências. O agente comunitário de saúde (ACS) é essencial na concepção desse vínculo, já que ele faz parte da população acolhida pela equipe em que ele trabalha. Condição garantida pela Emenda Constitucional 51 de 2006 em que o ACS deve residir na área em que trabalha. Cada equipe tem entre 4 e 8 ACS, que dividem entre si a área de inclusão da equipe. Eles fazem o cadastramento de cada família e cada pessoa em suas microáreas, contendo inclusive as pessoas com plano de saúde. A partir daí, fazem visitas mensais ou mais frequentes, trocando informações com as pessoas sobre como elas podem cuidar de sua saúde, e alertando o resto da equipe sobre ocorrências que solicitem a atenção dos outros profissionais.

Anos depois de sua criação, a ESF é oficialmente adotada no Brasil como a tática prioritária para a reorganização da Atenção Básica. Sua designação, extensão e concretização são uma precedência nos contratos estabelecidos entre o Ministério da Saúde e os secretários estaduais e municipais de saúde. Portanto, pode-se falar com garantia que a Estratégia de Saúde da Família é genuinamente uma política de Estado e que o Programa da Saúde da Família Brasileira veio para ficar.

## **2.2 Mapa Contextual**

### **2.2.1 Sedentarismo e Envelhecimento**

No mundo contemporâneo, com a evolução cada vez maior da tecnologia, hábitos de vida saudáveis são trocados por confortos proporcionados por esse



desenvolvimento. Por isso, o corpo passa a movimentar-se cada vez menos configurando um quadro de sedentarismo.

Segundo Domínguez *et al.* (2008), sedentarismo é o hábito de não realizar esforço físico ou realizá-lo de maneira insuficiente para a demanda do organismo. Ele é considerado um fator de risco que afeta a saúde da população mundial, acarretando vários comprometimentos desta. Associados ao sedentarismo estão a obesidade, a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), as doenças cardiovasculares, o AVE (Acidente Vascular Encefálico), o infarto do miocárdio, a dislipidemia, o diabetes mellitus, osteoporose, fraturas resultantes de quedas, lombalgia, atrofia muscular, perda de flexibilidade das articulações, regressão funcional de órgãos, dentre outros.

Mcardle, Katch e Katch, (2003) afirmam que um estilo de vida sedentário causa perdas na capacidade funcional, pelo menos quanto aos efeitos do envelhecimento. O envelhecimento também é uma preocupação relevante no que diz respeito à saúde. O mundo está envelhecendo e o perfil demográfico da população brasileira, atualmente, é predominantemente de idosos. A faixa etária de pessoas consideradas idosas de acordo com o dec. Lei no 10.741, de 1º de Outubro de 2003, Artigo 1º, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências: “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de idosos. A transição demográfica epidemiológica significativa que ocorre no Brasil e no mundo se deve à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida conforme o Ministério da Saúde.

Com envelhecimento populacional do Brasil ocorre uma maior carga de doenças próprias do envelhecimento na população, mais incapacidades e conseqüente aumento do uso dos serviços de saúde. Essa transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança de morbidade e mortalidade da população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNTs) segundo o Ministério da Saúde.

Segundo o Caderno de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006):

O Brasil caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido; fenômeno que, sem sombra de dúvidas, implicará na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente daquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 2006, s/p.).

A Saúde Pública tem como desafios manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento, fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, manter e até mesmo melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento (COSTA e VERAS, 2003).

Segundo Costa e Veras (2009), do ponto de vista da Saúde Pública que está em consonância com as diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), todas as iniciativas de promoção de saúde, de assistência e de reabilitação em saúde do idoso devem ter como objetivos: aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo pelo maior tempo possível e valorizar a autonomia e a independência física e mental.

Uma das formas, talvez a principal, de alcançar tais objetivos citados acima é promover o envelhecimento saudável e ativo. Na publicação da OMS (2012), sobre “envelhecimento ativo”, este termo foi adotado para expressar o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Ativo não se refere somente à prática regular de exercícios físicos, mas sim a todos os outros determinantes de saúde como questões pessoais, sociais, econômicas, comportamentais, ambientais e assistenciais.

Segundo o Ministério da Saúde, Brasil (1998), diante da crescente demanda que acarretou o envelhecimento da população, foi promulgada, em 1994, a Política Nacional do Idoso (PNI), em acordo com os direitos previstos na Constituição Federal de 1988, através da Lei 8.842, regulamentada pelo Decreto 1.948 em 1996. A PNI assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Outras iniciativas para concretizar políticas públicas que promovam o envelhecimento saudável e ativo são a aprovação e sancionamento do Estatuto do Idoso, em 2003, pelo Congresso Nacional e Presidente da República, respectivamente e a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), em 2006, portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que representa a atualização da antiga portaria nº 1.935/94. A PNSPI de 2006 apresenta um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos, incluindo, indispensavelmente, a condição funcional na formulação de políticas públicas para a saúde da população idosa, considerando, assim, que existe uma parcela de pessoas idosas independentes e outra parcela mais frágil e dependente de algum cuidado específico.

Muitas políticas públicas direcionadas à assistência da população idosa surgiram depois do reconhecimento da transição demográfico-epidemiológica e da importância de reorganizar todo o sistema com o intuito de atender à nova demanda da população envelhecida. Um dos programas que surgiram com o intuito de promover a saúde para a população tanto idosa quanto adulta são as Academias da Cidade. Esse programa foi criado em 2006 frente à demanda cada vez maior de praticar exercícios físicos. A sociedade contemporânea impõe muitas sobrecargas físicas, fisiológicas e psicológicas ao ser humano. A necessidade de trabalhar, muitas vezes em até mais de um trabalho, de sustentar a família e garantir a própria sobrevivência reduz o tempo e a preocupação de cuidar da saúde. Então, mudanças de hábitos como má alimentação, pouco descanso/lazer, agitação/stress, falta de atividade física e distanciamento familiar e social diminuem significativamente a qualidade de vida das pessoas.

### 2.2.2 Exercícios Físicos e Benefícios

O bem-estar e a qualidade de vida do homem podem ser resguardados e aperfeiçoados pela prática regular de exercício físico. O sedentarismo é uma circunstância indesejável e simboliza risco para a saúde. O conhecimento de que exercícios físicos são benéficos à saúde tem sido cada vez mais difundido, contudo nem sempre são de conhecimento de todos.

Vale ressaltar que “Atividade física é todo e qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso.” (CASPERSEN, *et al.*, 1985). Já o conceito de exercício físico, é mais nomeadamente, uma atividade reproduzida e estruturada que tende a aquisição de um fim real tendo em vista a conservação ou melhoria da capacidade física, mental e social de maneira que apresentará como efeitos os benefícios à saúde.

O exercício físico gera uma série de retornos fisiológicos nos sistemas corporais. Durante um período de exercício, o corpo humano sofre ajustes cardiovasculares e respiratórios a fim de permitir às demandas energéticas dos músculos ativos e, à medida que essas adequações são reproduzidas, acontecem alterações nesses músculos, permitindo que o organismo aprimore o seu desempenho (DANTAS, 1995).

Já no campo da saúde mental, a prática de exercícios auxilia na regulação das substâncias relacionadas ao sistema nervoso, neurotransmissores, desenvolve o fluxo de sangue para o cérebro, aumenta a habilidade de lidar com problemas e com o estresse (DANTAS, 1995). Além disso, ajuda na manutenção da abstinência de drogas. Importante observar que, até certo ponto, quanto maior o gasto de energia, em exercícios físicos frequentes, maiores serão os benefícios para a saúde de modo que, as maiores diferenças na incidência de doenças acontecem entre os indivíduos sedentários e os que praticam atividade física (DANTAS, 1995).

Ainda podem-se notar outras consequências da prática de exercícios, como redução da frequência cardíaca de repouso e em condições submáximas, melhora da eficácia do metabolismo, ou seja, aumenta o catabolismo lipídico e a queima de calorias do corpo com redução da gordura corporal, aumento da massa muscular, aumento da força muscular, desenvolvimento da densidade óssea, fortalecimento do tecido conjuntivo, desenvolvimento de flexibilidade, melhoria da postura, aumento do volume sistólico, ampliação da potência aeróbica, aumento da ventilação pulmonar, melhoria da autoestima e da figura corporal, da ansiedade, da depressão, da tensão muscular e da insônia, melhoria do humor, ampliação da disposição física e mental, redução da ingestão de remédios como antidepressivos, antidiabéticos orais, insulina e tranquilizantes, evolução das funções cognitivas, da socialização e ainda melhora do

funcionamento orgânico geral, permitindo um aumento na aptidão física para uma saudável condição de vida (SANTAREM, 1996).

A prática de exercício físico representa um instrumento essencial em programas voltados à promoção da saúde, pois possibilitam a diminuição da manifestação de muitas alterações orgânicas que se agregam ao processo degenerativo. Porém, para que as pessoas pratiquem exercício físico regularmente, elas necessitam ter conhecimento sobre os seus benefícios, superar vícios e condutas impróprias e desenvolver condutas favoráveis a sua prática (SAMULSK, 2000).

Ainda segundo Samulsk (2000), até os 25-30 anos, todo ser humano cresce e se desenvolve biológica e funcionalmente, chegando, então no ponto maior das funções fisiológicas. A partir daí, começa o declínio das funções orgânicas, processo que pode ser relativamente retardado, se a pessoa possuir hábitos saudáveis de vida, mas que também pode ser apressado por costumes avaliados não saudáveis.

A respeito da aptidão física, Samulsk (2000) sugere que a melhora desta possibilita que as ocupações da vida cotidiana sejam atingidas com menor esforço, o que permite às pessoas não se sentirem restringidas fisicamente para atividades. Portanto, pode-se assegurar que as pessoas em busca de saúde e forma física precisam dedicar-se frequentemente a algum tipo de exercício físico.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), as políticas de promoção e prevenção de saúde têm comprovado efetividade em todo o mundo. Conseqüentemente, surge um panorama de população idosa mais saudável. Mas para que isso ocorra se faz necessária a introdução de um programa de práticas corporais que consiga promover a inclusão de costumes de vida benéficos, além de experiências, auxiliando na manutenção da saúde, ou ainda a atividade física direcionada à população que deve disponibilizar um programa de exercícios com atividades individuais e/ou em grupo.

Os resultados da prática regular de exercícios físicos em longo prazo são concebidos pela melhora em diversos aspectos do funcionamento cardiovascular, flexibilidade, potência e fortalecimento muscular, equilíbrio, coordenação e velocidade de movimento; pela redução da incidência de doenças músculos-esqueléticas,

cardiovasculares e metabólicas; pela diminuição da taxa de mortalidade na população e pelo aumento do bem-estar pessoal (DANTAS, 1995).

São vários os benefícios proporcionados pelo exercício físico praticado regularmente sobre a qualidade de vida das pessoas. Os fins dos exercícios físicos são abrangentes e não se reduzem à procura de rendimento ou desempenho, abrangendo a exploração dos sentidos e da potencialidade de cada um, induzindo, dessa forma, um envelhecimento saudável (GOBBI, 1997).

### 2.2.3 Programa Academia da Cidade (PAC) e Academia da Saúde

Diante do novo olhar sobre a saúde que deixa de ser somente ausência de enfermidades ou invalidez e passa a ser considerada como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2012), a promoção da saúde passa a ocupar um lugar de destaque nas iniciativas públicas da área da saúde.

O Programa Academia da Cidade (PAC) surgiu como uma dessas iniciativas. Criado em 2006, em Belo Horizonte (MG), inicialmente como um Projeto do BH Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), o PAC vem crescendo e ocupando um espaço importante na Atenção Primária e Promoção de Saúde.

Atualmente, ele oferece atividade física gratuita para 23.100 usuários. Essa repercussão alcançou o nível federal e em Abril de 2011 (Portaria nº 719) foi lançado o Programa Academia da Saúde que engloba projetos e programas que oferecem atividade física, educação alimentar, práticas artísticas (teatro, artesanato, música, pintura, etc.) e organização do planejamento das ações em conjunto com as equipes de APS e os usuários.

O Programa Academia da Cidade é um exemplo de sucesso da Academia da Saúde. As atividades respeitam o perfil dos usuários (idosos, pessoas com deficiências, população com DST ou Aids e população reprimida pro racismo e/ou homofobia). Essas atividades acontecem em grupos de segunda a sábado, três vezes por semana. E, similarmente aos objetivos da Academia da Saúde, o PAC possui o objetivo de aumentar o nível de exercícios físicos da população, promovendo a saúde, a prevenção

e a redução de mortes prematuras por DCNTs como doenças cardiovasculares, infarto, derrame, diabetes e câncer.

Além de Belo Horizonte, o PAC apresentou como apontador ações bem sucedidas nas cidades de Recife (Pernambuco), e Aracaju (Sergipe). Além de um espaço proposto à prática de exercícios físicos, as academias se tornaram locais privilegiados de convivência para as pessoas da comunidade.

O Programa dispõe de uma infraestrutura adaptada para a prática de exercícios físicos, as atividades são monitoradas por profissionais de Educação Física. Cada Academia possui dois professores graduados em Educação Física e dois estagiários graduandos do mesmo curso. Os estagiários têm a função de auxiliar no comando das aulas e atividades. As funções dos professores são divididas em dois tipos: professor de avaliação (responsável pela realização das avaliações) e professor de aula (responsável pelo planejamento das aulas e por ministrá-las).

A promoção da saúde promovida pelas Academias da Cidade é condizente com a definição de promoção de saúde contida no relatório da Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, organizada pela OMS, em 1986:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. [...] Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 2012, s/p).

Cabe ressaltar também os objetivos do Programa Academia da Saúde, segundo o Ministério da Saúde, que também regem as ações do Programa Academia da Cidade:

- Ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde;
- Fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde;
- Potencializar as ações nos âmbitos da APS (Atenção Primária em Saúde), da VS (Vigilância em Saúde) e da Promoção da Saúde;
- Promover a integração multiprofissional na construção e execução das ações;
- Promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer;

- Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis;
- Aumentar o nível de atividade física da população;
- Estimular hábitos alimentares saudáveis;
- Promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade;
- Potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde;
- Capacitar continuamente os profissionais de educação física e outros da saúde que estão envolvidos neste programa, em relação aos diversos temas abordados por este;
- Articular as ações junto ao SUS a fim de ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas a jovens, adultos e idosos;
- Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde;
- Contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), as implicações obtidas pelos usuários das Academias da Cidade após seis meses de prática regular, durante três vezes por semana, com duração de uma hora de exercícios, comprovaram numerosos progressos, entre eles, redução da pressão arterial de repouso, do colesterol, do triglicérides, do Índice de Massa Corporal (IMC), do risco cardíaco e um aumento na condição cardiorrespiratória dos alunos reavaliados. Ainda de acordo com o curso do Programa, nota-se, com efeito, uma maior atenção dos envolvidos (profissionais e usuários) por determinados índices de saúde expostos no contexto da academia (alimentação, peso, tabagismo, hidratação, etilismo, etc) de maneira a designar o cidadão pelo cuidado com sua saúde.

Como ocorre o fluxo nas Academias da Cidade?



Os usuários chegam por duas vias: demanda espontânea ou encaminhamento de Centro de Saúde (CS). No caso de demanda espontânea, o usuário vai até a Academia no dia da inscrição (geralmente, no primeiro dia útil de cada mês) e marca o dia e horário de sua avaliação física. No caso de encaminhamento, todo mês (geralmente, no dia 20) é oferecido um número determinado de vagas (através de formulários) nos Centros de Saúde que atendem a área de abrangência da Academia. Durante o atendimento médico no CS, se o médico considerar que o paciente/usuário necessita praticar exercícios físicos, ele faz um encaminhamento para a Academia da Cidade através do mesmo formulário da vaga oferecida no dia 20 de cada mês. Este encaminhamento permite a realização da inscrição (marcação da avaliação física) antes do dia marcado para as inscrições da demanda espontânea (primeiro dia útil do mês).

Então, antes de começar a praticar as aulas, é necessário fazer a avaliação física. Nesta é feita uma extensa análise que visa obter dados e informações o mais abrangente possível sobre o histórico da saúde da pessoa avaliada. Além disso, são feitas também medidas antropométricas, dobras cutâneas, teste de força de membros superiores e também teste da capacidade cardiorrespiratória. É durante a avaliação física que o usuário/aluno será direcionado para as turmas. Esse direcionamento acontece de acordo com o número de vagas em cada turma. O número de alunos/vagas por turma é determinado pelo espaço físico destinado à prática dos exercícios, de maneira a não permitir que as turmas fiquem excessivamente cheias.

Depois de avaliada, a pessoa tem o direito de praticar as aulas em três dias da semana que, como já mencionado, são determinados previamente na avaliação física: Segunda/Quarta/Sexta-feira ou Terça/Quinta/Sábado. As aulas têm duração de uma (1) hora e são oferecidos quatro horários de aula: 7h, 8h, 9h e 11h, sendo que este último é destinado para as turmas especiais. O horário de 10h às 11h é destinado ao lanche e a realização de reuniões científicas com os estagiários. No turno da noite, os horários são: 17h, 18h, 19h e 21h, sendo que o primeiro horário é destinado para as turmas especiais. O horário do lanche e da reunião científica é de 20h às 21h.

Também é determinado previamente na avaliação física se o aluno é classificado na turma A, B ou turma especial. A Turma A é composta por pessoas sem restrições como dores intensas, hipertensão, diabetes, deficiências múltiplas (física, visual,

mental), etc. A Turma B é composta por pessoas com restrições e a Turma Especial é composta por pessoas, geralmente, muito idosas, com deficiências múltiplas, com capacidades físicas muito limitadas e dificuldades de movimentos em geral.

Caso durante a avaliação, o usuário/aluno apresentar algum problema de saúde que o impossibilite de praticar exercícios físicos como hipertensão arterial sem controle (160 x 90 mmHg), dores articulares incapacitantes (intensas), diabetes mellitus sem controle (glicose alta) ou obesidade de alto grau (grau II ou III) este usuário/aluno deverá ser encaminhado a um atendimento médico/nutricional do Centro de Saúde da sua área de abrangência. Este usuário/aluno deverá retornar à Academia com a contra-referência do encaminhamento feita pelo médico ou nutricionista e contendo diagnóstico, tratamento e indicação para a prática de exercícios físicos.

As aulas são planejadas trimestralmente e são divididas em duas partes: metade caminhada orientada e metade de exercícios de força (controle de carga) ou de exercícios aeróbicos (motivacional).

A aula de controle de carga, geralmente, utiliza o treinamento de resistência de força (maior volume e menor intensidade), com exercícios dinâmicos e isométricos e, principalmente, com objetivo de correção postural e diminuição de dores provenientes de fraquezas musculares ou do mau uso nas AVDs (Atividades de Vida Diárias).

A aula motivacional, como o próprio nome diz, tem o objetivo de aumentar a motivação para a prática dos exercícios físicos e, principalmente, de aumentar a capacidade cardiorrespiratória. Fugindo um pouco da rotina de treinamento de força, exercícios aeróbicos como danças, circuitos, *step*, sequências de movimentos e etc. são realizados de maneira alternada com aqueles nos três dias de aula/semana. Exemplo: em uma semana, na 2ª feira – aula de força, na 4ª feira – aula motivacional e na 6ª feira – aula de força. Na próxima semana: 2ª feira – aula motivacional, 4ª feira – aula de força e na 6ª feira – aula motivacional. E assim por diante. Os exercícios são realizados com steps, colchonetes, bastões, bolas, arcos, pesos alternativos (construídos com garrafas pet e areia), caneleiras, cama elástica, cordas e etc.

Durante a caminhada orientada são realizadas variações de movimentos e também de intensidade (corrida, deslocamento lateral, andar com apoio somente das pontas dos pés e/ou dos calcanhares, subidas, descidas, etc.). Além disso, toda essa

variação de movimentos e intensidade também pode ser utilizada na forma de circuitos de exercícios/movimentos, mas sempre visando o treinamento aeróbico.

Turmas A e B são separadas desde o início da aula para a prática, sendo que em uma semana, por exemplo, a Turma B começa na caminhada orientada e a Turma A nos exercícios de força ou motivacional e na próxima semana essa ordem é invertida. No início de cada aula, são realizados alongamentos e chamada e, no final da aula, os alunos são reunidos para um *feedback* desta, recados, aniversários, bate-papos sobre saúde (educação em saúde) e despedida. A frequência dos alunos é monitorada através da chamada, sendo permitidas somente três faltas consecutivas. Neste caso, o aluno deve justificar sua ausência a fim de garantir sua vaga na Academia. Caso contrário, ele perderá sua vaga e esta será oferecida na próxima inscrição.

A evolução dos alunos é acompanhada a cada 6 (seis) meses por meio de uma reavaliação e do comparativo de resultados. Além das melhoras físicas como redução do peso corporal, do percentual de gordura, aumento da capacidade cardiorrespiratória, da força e normalização da pressão arterial (PA), os alunos também apresentam melhoras significativas no quadro de saúde em geral como redução ou eliminação de dores, interrupção ou diminuição do uso de medicamentos, menor ocorrência de adoecimentos, maior capacidade e facilidade para as AVDs, melhora emocional/psicológica, etc.

O espaço das Academias da Cidade é um local inovador e de efetiva promoção de saúde. Esta acontece não somente com a prática regular de exercícios físicos, mas também através da educação em saúde. Diferentes meios são utilizados para realizar educação em saúde: palestras, oficinas, bate-papos com profissionais da área da saúde, apresentação de vídeos, entre outros. O conhecimento sobre a própria saúde estimula a adoção/empoderamento de hábitos de vida saudáveis.

#### 2.2.4 Exercícios Aeróbicos e Anaeróbicos – componentes das aulas do PAC

Os termos aeróbico e anaeróbico se referem à presença e a ausência de oxigênio, respectivamente. Todavia, ainda que tenha essa distinção, é importante destacar que nenhuma atividade física é estritamente aeróbia ou anaeróbia, o que

ocorre é a preponderância de uma ou outra, influenciada por fatores como respiração, intensidade e duração do exercício.

Exercícios aeróbicos, geralmente, se caracterizam por um nível de intensidade moderado (não excluindo altas intensidades) e realizados em longos períodos de tempo. Eles aumentam a aptidão cardíaca e pulmonar para abastecer de energia os músculos a partir do gasto do oxigênio, daí a denominação aeróbico (MCARDLE; KATCH e KATCH, 2003). Alguns exemplos desses exercícios são caminhar, correr, nadar, pedalar, dançar, entre outros.

Diferente do exercício aeróbico, o anaeróbico é um tipo de exercício físico em que prevalece o fornecimento de energia por vias metabólicas que não incluem oxigênio, propriamente dito. Usualmente, é feito em menor tempo e maior intensidade. Exercícios anaeróbicos dependem de fontes de energia que permanecem armazenadas nos músculos. Como estes exercícios, geralmente, são de elevada intensidade e curta duração, a fadiga muscular aparece mais rapidamente (MCARDLE; KATCH e KATCH, 2003). Alguns exemplos de exercícios anaeróbicos são: levantamento de peso, todos os tipos de treinamento de força (resistência, submáximo e máximo) e treinamento de velocidade.

A prática regular, tanto de exercícios aeróbicos quanto de anaeróbicos, acarretam inúmeros benefícios físicos e fisiológicos, melhorando o funcionamento do organismo. Segundo (MCARDLE; KATCH e KATCH, 2003), alguns deles são:

- Fortalecimento dos músculos envolvidos na respiração;
- Fortalecimento e aumento do músculo cardíaco;
- Diminuição da pressão arterial pós-exercício (efeito hipotensivo);
- Elevação do número de células vermelhas do sangue;
- Elevação das reservas de energia nos músculos, o que aumenta a resistência;
- Aumento do fluxo sanguíneo nos músculos durante o exercício e conseqüente melhora na circulação sanguínea;
- Diminuição do estresse, da depressão e da ansiedade devido à liberação de endorfinas, substâncias que agem como analgésicos naturais;

- Redução do risco de desenvolvimento de problemas cardiovasculares e/ou metabólicos (Diabetes Mellitus, Obesidade, etc.);
- Aumento da densidade e da resistência ósseas, reduzindo risco de osteoporose e/ou de fraturas;
- Redução do risco de desenvolvimentos de dores e problemas musculares e articulares;
- Desenvolvimento e manutenção de massa muscular.

### 2.2.5 Treinamento de Força na Prevenção da Sarcopenia em Idosos

Com o envelhecimento observa-se uma expressiva redução na massa e na força muscular que é um componente físico essencial para a execução das AVDs. Essa redução, denominada sarcopenia, é uma doença crônico-degenerativa e acontece tanto pelo detrimento do número de fibras como pela redução na dimensão das fibras musculares, que pode ser esclarecida por uma lesão irreparável das fibras ou pela perda do contato constante dos nervos com essas fibras, podendo causar a diminuição de mobilidade, ampliação da inabilidade funcional e dependência dos idosos. Uma das alternativas de tratamento para a sarcopenia é a prática regular de exercícios físicos, principalmente o treinamento de força, por isso é recomendado que os programas de treinamento físico para idosos tenham exercícios aeróbios, igualmente como flexibilidade e força (MATSUDO, 2001).

Os principais responsáveis pela diminuição da massa muscular são as reduções nos níveis de hormônio de crescimento que acontece com o envelhecimento e a redução no nível de atividade física da pessoa (FLECK e KRAEMER, 1999). Dessa forma, levando em conta que a efetivação das atividades de vida cotidiana depende fundamentalmente da força, pode-se dizer que um programa adequado de treinamento de força previne as perdas associadas à sarcopenia e favorece a execução das AVDs e, logo, melhora a qualidade de vida da população idosa (MATSUDO, 2001).

Em suma, o treinamento de força sistematizado e monitorado pode ser benéfico na vida de pessoas idosas, sendo uma das mais importantes prevenções contra a sarcopenia. Vale destacar que, segundo Matsudo (2001), a sarcopenia é um processo

lento, progressivo e visivelmente inevitável, mesmo em pessoas que fazem exercícios físicos regularmente, ou seja, os exercícios podem retardar e até diminuir os sintomas da doença, mas não eliminar a mesma. Desse modo, é de grande importância que a população idosa esteja inserida em programas de atividade física, como o PAC.

### **3. PLANO DE AÇÃO**

Em resposta ao número reduzido de usuários por família pertencentes ao programa Academia da Cidade e reconhecendo a necessidade de uma estratégia para mudar o cenário atual será apresentado um Plano de Ação. Depois de apontar objetivamente os benefícios da prática regular dos exercícios físicos e as consequências do sedentarismo e envelhecimento, foram identificados os motivos da não adesão ao programa por um número maior de usuários por família. Esse Plano de Ação tem linhas de atuação que reconhecem que a falta de exercício físico regular precisa ser priorizada nas ações da saúde pública, identifica a prática regular como componente essencial à qualidade de vida das pessoas, reconhece que os sistemas de saúde devem ser reorientados para responder às necessidades dos cidadãos e assinalam o papel essencial da promoção da saúde. O Plano de Ação tem como objetivo final a interferência, com o propósito de aumentar a adesão dos familiares de alunos do programa Academia da Cidade.

#### **3.1 Análise da situação**

O problema de doenças crônicas atualmente ameaça o desenvolvimento econômico e social, bem como a vida e a saúde de milhões de pessoas. Estas doenças são agora a causa principal da mortalidade e incapacidade e as mais comuns e de maior importância para a saúde pública são: doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Um dos principais fatores por trás do aumento desses problemas é a transição nutricional atual, caracterizada por um baixo consumo de frutas, vegetais, grãos, cereais e legumes. Isso se junta a um consumo relativamente alto de alimentos ricos em gordura saturada, açúcar e sal, entre eles leite, carnes, cereais refinados e alimentos processados, que causam a prevalência de excesso de peso e obesidade. Além disso, entre 30% e 60% da população não atinge nem mesmo os níveis mínimos recomendados de atividade física (MATSUDO, 2001). Para os adolescentes, essa falta de atividade física é particularmente prejudicial, já que o desenvolvimento de hábitos saudáveis é formado

nesta fase do ciclo da vida e tende a ficar ao longo de toda a vida. E, ainda, na medida em que as ocupações deixam de ser trabalho manual, os níveis de atividade física diminuem. Esse fator foi motivado pela crescente urbanização e transporte motorizado, políticas de urbanização que promovem cidades, presença generalizada de aparelhos que economizam mão de obra na vida doméstica e o uso crescente de computadores no trabalho e para recreação (MATSUDO, 2001).

Além desses fatores de risco modificáveis, várias barreiras e dificuldades de acesso à assistência e promoção de saúde são evidenciadas: situação socioeconômica desfavorável para arcar com taxas de uma academia adequada, falta de transporte para chegar aos serviços de saúde gratuitos, limitação e/ou insuficiência de comunicação/informação, entre outros. Esse somatório de aspectos negativos impossibilita o alcance de benefícios dos serviços gratuitos. Por isso, as visitas domiciliares e a aplicação do questionário serão parte muito importante do processo de construção do Plano de Ação, pois, através destes, serão obtidas informações necessárias para planejar ações de intervenção eficazes nos aspectos identificados e, assim, aumentar a adesão ao Programa Academia da Cidade (PAC) ou a qualquer prática regular de exercícios físicos.

### **3.2 Entrevista semiestruturada**

A perspectiva com relação ao questionário que foi desenvolvido para fazer parte da Entrevista Semiestruturada (Anexo I) considerada nessa estratégia reconheceu os fatores ambientais, econômicos e sociais, bem como os processos comportamentais e biológicos que atuam em todos os estágios da vida comprometendo a saúde e representando risco de doenças devido à falta da prática regular de exercícios físicos. Para que isso seja alcançado foram abordados aspectos como:

- Dados pessoais como: sexo, idade, estado civil, grau de instrução, etc;
- Trabalho e carga horária semanal;
- Perfil comportamental diário – AVDs e exercícios físicos: ativo, sedentário;
- Motivos da não adesão à prática regular de exercícios físicos;
- Tabagismo e relação com prática regular de exercícios físicos;



- Qualidade de sono e disposição para realização de atividades de vida diárias (AVDs) e relação com prática regular de exercícios físicos;
- Conhecimento sobre o PAC e sobre os resultados/benefícios alcançados pelos familiares integrantes do programa;
- Conhecimento sobre benefícios da prática regular de exercícios físicos;
- Fatores motivacionais para adesão à prática regular de exercícios físicos.

O questionário foi desenvolvido de acordo com estudos das causas de adesão, conservação e renúncia da prática de exercícios físicos (PÉRES, 2010; SANTOS e KNIJIK, 2006; LOPES e CHIAPETA, 2010) e será aplicado no momento das visitas domiciliares que serão feitas juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde. As famílias que receberão essas visitas foram escolhidas de acordo com os critérios estabelecidos na metodologia.

Segundo Campos *et al.* (2010), os dados colhidos pelo meio de avaliação rápida como esta entrevista permite delinear o perfil da população, ainda que de modo superficial, e ainda identificar dificuldades e prioridades desta. Após a realização do questionário e colhidos os dados, será realizada uma análise descritiva destes, a fim de fundamentar o planejamento das intervenções para aumentar a adesão dos familiares dos usuários/alunos ao PAC ou a qualquer outra prática regular de exercícios físicos acessível a estes.

### **3.3 Educação em Saúde e Corresponsabilização para a Conscientização a respeito dos Benefícios dos Exercícios Físicos**

A transformação comportamental não se fundamenta exclusivamente em decisões individuais. Ela é influenciada, em boa parte, por fatores ambientais como normas sociais, regulamentos, políticas institucionais e o meio ambiente físico. As estratégias da saúde pública devem, assim, incluir ações comunitárias que entusiasmam modificações dentro das comunidades, promovendo estilos de vida saudáveis e ajudando a prevenir o excesso de peso.

No Plano de Ação o objetivo principal é realizar educação em saúde estimulando a corresponsabilização de alunos e familiares sobre sua própria saúde. A

conscientização a respeito dos benefícios da prática regular de exercícios físicos será desenvolvida por meio de palestras, oficinas, gincanas, bate-papos (rodas de discussão) e eventos coparticipativos onde alunos e familiares participam da construção do conhecimento. Tanto os resultados de reavaliações dos alunos (amostra) do PAC quanto as informações levantadas no questionário e relativas ao perfil identificado dos familiares dos alunos (amostra) servirão como fundamentos para o planejamento e desenvolvimento das ações de educação em saúde e corresponsabilização. A conscientização a respeito da saúde e seus benefícios e o envolvimento com a construção dessa conscientização poderão estimular nos familiares de usuários o empoderamento em saúde.

O processo de Educação em Saúde será o protagonista do Plano de Ação enquanto os alunos da amostra serão os coadjuvantes, que serão os responsáveis por fazer a ligação, o primeiro e inicial contato de seus familiares com a construção do conhecimento em saúde. Ou seja, cada aluno representará um elo de uma corrente que deverá se prender em outros elos – seus familiares – formando uma corrente de incentivo para a prática regular de exercícios físicos.

Candeias (1997) define a Educação em Saúde como:

(...) quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997, p. 210).

O processo de Educação em Saúde deve ser uma atividade sistematicamente planejada no qual é importante combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas (CANDEIAS, 1997).

Candeias (1997) ainda afirma que a Educação em Saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, portanto, sendo considerada como uma atividade-meio. Ela pretende, especificamente, o desenvolvimento da habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade que possui populações-

alvo não encontradas normalmente nas outras três dimensões. Em suma, a Educação em Saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual.

Schall e Struchiner (1999) consideram que a Educação em Saúde é:

(...) um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL e STRUCHINER, 1999, s/p.).

Ao conceito de Educação em Saúde se sobrepõe o conceito de Promoção da Saúde. Esta confere uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas sob risco de adoecer. Considerando, portanto, um conceito de saúde ampliado, como um estado positivo de dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza) (SCHALL e STRUCHINER, 1999).

A Educação em Saúde ampliada, mencionada por Schall e Struchiner (1999) inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos. Além disso, exige propostas pedagógicas libertadoras e comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção de saúde do ser humano.

Em mais um estudo sobre Educação em Saúde, Alves (2005) apresenta o seguinte conceito sobre Educação em Saúde:

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA E LÓPEZ, 1996).

Alves (2005) considera que a Educação em Saúde é um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a

compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Vasconcelos (1999; 2001 *apud* Alves, 2005) compreende a Educação Popular em Saúde como uma estratégia capaz de reorientar as práticas de saúde. O movimento de Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, valorizando as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, busca a explicitação e compreensão do saber popular. O usuário é reconhecido como

(...) sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (ALVES, 2005, p. 46).

Esse diálogo entre usuários e serviços de saúde, em que se evidenciam práticas educativas sensíveis às necessidades daqueles, insere-se no discurso emergente de educação em saúde: o Modelo Dialógico (AYRES, 2001 *apud* ALVES, 2005). Dialógico, por ser o diálogo seu instrumento essencial. Neste Modelo, o usuário dos serviços de saúde é reconhecido como sujeito portador de um saber e, juntamente com os profissionais, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados (BRICEÑO-LÉON, 1996 *apud* ALVES, 2005).

O objetivo da educação dialógica em saúde não é apenas o de informar para a saúde, mas sim o de transformar saberes existentes, visando o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde por meio da compreensão da situação de saúde. Além disso, objetiva-se que essas práticas educativas sejam emancipatórias, capacitando os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA e VERÍSSIMO, 2003 *apud* ALVES, 2005).

A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado de forma compartilhada. Por meio dessa construção compartilhada de novos sentidos e significados individuais e coletivos, o Modelo Dialógico de Educação em

Saúde tem sido associado a mudanças efetivas de hábitos e de comportamentos para a saúde (ALVES, 2005).

No Caderno de Educação Popular e Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a Educação em Saúde é definida como:

(...) um campo de práticas e de conhecimento do setor Saúde que tem ser ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população (BRASIL, 2007, p.18).

A Educação Popular em Saúde passa a fazer parte da estrutura do Ministério da Saúde a partir de 2003. Neste contexto, a educação em saúde é considerada como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida.

A institucionalização da Educação em Saúde tem como pressuposto a participação de sujeitos sociais, ativos, criativos, transformadores e como missão o apoio ao desenvolvimento de práticas que fortaleçam a constituição desses sujeitos. Assim, o Ministério da Saúde assume o compromisso de ampliar e fortalecer a participação da sociedade na política de saúde desde sua formulação ao exercício do controle social. É neste sentido que a Educação Popular em Saúde atua em estreita comunicação e diálogo com os movimentos sociais que produzem ações e práticas populares de saúde. O encontro entre governo e sociedade civil qualifica o controle social e amplia a gestão participativa no SUS (BRASIL, 2007).

A Educação Popular em Saúde tem um papel agenciador que se faz pelo pinçar e fomentar atitudes de participação em prol de sempre mudar realidades, tornando-as vivas, criativas e correspondentes ao desejo de uma vida mais feliz. Ao mobilizar autonomias individuais e coletivas, permite a produção de sentidos para a vida e estimula a vontade de agir em direção às mudanças que se julgem necessárias (BRASIL, 2007).

Na Educação Popular em Saúde, relações pedagógicas emergentes de cenários e vivências de aprendizagens se articulam com as subjetividades coletivas e relações de interação acontecem nos movimentos sociais, implicando na aproximação entre

agentes formais de saúde e população. Assim, diminui a distância entre assistência (intervenção pontual sobre a doença em um tempo e espaço determinados) e cuidado (estabelecimento de relações intersubjetivas em tempo contínuo e espaço negociado e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro) (BRASIL, 2007).

Diante das informações levantadas sobre Educação em Saúde, é possível verificar a importância e a eficiência desse processo na construção do saber em saúde para mudanças conscientes e duradouras de hábitos e comportamentos de vida. Por isso, essa será uma atividade-meio de intervenção em prol da adesão à prática regular de exercícios físicos por meio da formação da corrente de incentivo almejada por este plano de ação.

### **3.4 Ações para Adesão e Manutenção de Familiares de Alunos da Academia da Cidade**

Existem vários fatores evidenciados em pesquisas que motivam a adesão a uma prática regular de exercícios físicos. Péres (2010), em seu estudo para identificar os fatores de aderência a programas de exercício físico em academias, coletou dados através da aplicação de um questionário acerca dos fatores de adesão a uma amostra constituída por 104 participantes (52 mulheres e 52 homens) de quatro academias.

Dentre os motivos levantados para a adesão à prática de exercícios físicos estão: preferência por exercícios físicos, preferência por esportes, manter corpo em forma, preservação da saúde, indicação médica, estética e outros. Destes, os mais apontados foram: preservação da saúde (28,5%), manter o corpo em forma (22,9%), preferência por exercícios físicos (19,4%), pela estética (9,7%), por indicação médica (9,0%) e preferência por esportes (6,9%).

Além dos motivos para adesão à prática de exercícios físicos, Péres (2010) também buscou identificar fatores que a prática de exercícios físicos pode proporcionar. São eles: bem estar e tranquilidade, melhora da aparência, prazer e alegria, alívio das tensões, melhoria do condicionamento físico, melhora da estética corporal, menor risco de doença cardiovascular, resistência ao cansaço, perda de gordura e outros. Os fatores que obtiveram maior relevância foram: melhoria do condicionamento físico

(29,13%), bem estar e tranqüilidade (21,36%), melhora da estética corporal (7,77%), melhora da aparência (7,28%), alívio das tensões (6,80%) e prazer e alegria (5,34%).

Péres (2010) também apontou motivos para a permanência em programas de exercício físico: objetivos alcançados, prazer, auto-motivação, busca pelo corpo ideal, orientação e programa bem elaborados, melhora da saúde e outros. Os motivos mais importantes identificados com a pesquisa foram: melhora da saúde (22,3%), objetivos alcançados (19,4%), prazer (19,4%), busca pelo corpo ideal (16,0%) e auto-motivação (12,6%). Estes motivos coincidem com os principais fatores que a prática de exercício físico pode proporcionar segundo os próprios indivíduos.

Considerando os motivos para adesão, os fatores que a prática de exercícios físicos pode proporcionar e os motivos para a permanência em programas de exercício físico é possível concluir pelo estudo de Péres (2010) que, seja por necessidade ou prevenção, a prática de exercícios físicos, atualmente, vem assumindo um caráter que visa, cada vez mais, melhores condições de vida e saúde, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida tanto nos aspectos fisiológicos, quanto psicológicos (WEINBERG e GOULD, 2001 *apud* PÉRES, 2010).

Em outro estudo sobre motivos de adesão e permanência em práticas de exercícios físicos regulares em academias, Lopes e Chiapeta (2010) utilizaram um questionário com nove questões aplicado a uma amostra de 91 pessoas de ambos os sexos, com idades entre 11 e 60 anos. A amostra foi dividida em dois grupos: Adolescentes e Adultos (AA - 11 a 29 anos) e Adultos/Meia-Idade (AMI - 30 a 60 anos).

Para o grupo AA os principais motivos para adesão à práticas de exercícios físicos regulares em academias identificados foram: estética e melhoria da qualidade de vida. Para o grupo AMI a preocupação maior é com a obtenção de qualidade de vida do que com padrões estéticos.

Gonçalves *et al.* (2007) *apud* Lopes e Chiapeta (2010), concluiu em sua pesquisa que os motivos de adesão à prática de exercícios físicos entre pessoas de meia-idade e terceira-idade não diferem muito. Ambos consideram a saúde do corpo e da mente e o condicionamento físico os principais motivos de adesão.

Resultados semelhantes à pesquisa de Gonçalves *et al.* (2007) foram encontrados no estudo de Santos e Knijnik (2006). Para uma população de vida adulta

intermediária (40 a 60 anos) de ambos os sexos, os principais motivos de adesão à prática de exercícios físicos foram: o lazer/qualidade de vida (44%), orientação médica (34%) e estética com apenas 11%.

Lopes e Chiapeta (2010) também fizeram um levantamento das dificuldades encontradas para a prática de exercícios físicos regulares em academias. Foram apontadas: falta de tempo disponível, comodismo, distância e alto preço das mensalidades. Ambos os grupos (AA e AMI) citaram que o fator falta de tempo disponível é a maior dificuldade encontrada por eles.

Por fim, Lopes e Chiapeta (2010), buscaram identificar os motivos da manutenção da prática de exercícios físicos regulares em academias. Para o grupo AA, o fator predominante foi a questão estética em ambos os sexos coincidindo com o mesmo motivo que levou este grupo a iniciar a prática. Já o grupo AMI apresentou maior preocupação com a manutenção da qualidade de vida, também coincidindo com o motivo de adesão deste grupo à prática de exercícios físicos regulares.

Braga e Dalke (2009) e Santos e Knijnik (2006) *apud* Lopes e Chiapeta (2010) apresentaram resultados semelhantes a este estudo no que diz respeito às respostas do grupo AMI. Os fatores que influenciam na manutenção da prática são, em sua maioria, relacionados à saúde. São eles: manutenção da saúde, adoção de um estilo de vida mais saudável, relaxar, melhorar a saúde e melhorar a auto-imagem.

Segundo Gonçalves *et al.* (2007 *apud* Lopes e Chiapeta 2010), os motivos de continuidade da prática de exercícios físicos na meia-idade são: o bem-estar e a disposição que estão relacionados às atividades do dia-a-dia e à preparação para um envelhecimento sem dependência.

Saba (2006 *apud* Lopes e Chiapeta 2010) afirma que para privilegiar a aderência dentro das academias e reduzir as desistências, é necessário direcionar as práticas de exercícios físicos para o bem-estar e qualidade de vida.

Considerando as pesquisas apresentadas sobre adesão e manutenção da prática de exercícios físicos, a maioria dos resultados apresentados está relacionada com saúde e qualidade de vida, embora a estética também apareça como motivo, mesmo que em índices menores. Semelhantemente, o objetivo do PAC é também



relacionado à saúde: promover a saúde para a população em todos os aspectos físicos, fisiológicos e psicológicos.

A formação da corrente de incentivo para a prática regular de exercícios físicos pretendida por esta pesquisa será fundamentada nos motivos identificados para a baixa adesão por parte dos familiares de usuários do PAC e também nos motivos identificados para adesão e manutenção da prática de exercícios físicos revisados neste plano de ação.

A educação em saúde será o instrumento principal para a formação da corrente, juntamente com a co-responsabilização pelo processo de construção do conhecimento em saúde. Os motivos para a baixa adesão e os para adesão e manutenção serão utilizados como temas interlocutores do processo de educação em saúde e co-responsabilização.

O usuário/aluno do PAC representará um elo, um intermediário entre o Programa e o seu familiar sedentário. Após a adesão do familiar sedentário ao PAC, e durante sua participação no Programa, serão feitas reavaliações a cada seis meses com o intuito de acompanhar o processo de evolução e de reorientar, caso necessário, as ações individuais em busca de uma vida mais saudável.

O PAC, geralmente, oferece exercícios físicos e outras atividades suficientemente motivadoras para assegurar a continuidade/manutenção da participação e frequência do familiar conquistado. Além disso, a percepção concreta de alcance de benefícios como melhora ou manutenção do estado de saúde, aumento do contato social, prevenção de doenças através da menor ocorrência de adoecimentos, aprendizado de novas atividades, aumento da disposição geral, combate do sedentarismo, aumento da força muscular, melhora da postura, prevenção/redução da ansiedade e depressão, aumento da autoestima, emagrecimento, melhora da qualidade do sono, redução do nível de estresse e melhora da qualidade de vida são motivos relevantes e com grande poder de persuasão para a manutenção e permanência no Programa.

Formada a corrente de incentivo para a prática regular de exercícios físicos entre alunos do PAC e seus familiares, o objetivo de aumentar a adesão por parte dos familiares de usuários/alunos ao PAC e a qualquer tipo de prática regular de exercícios

físicos, ou seja, “saúde em família” poderá ser alcançado. Objetivo analogicamente similar ao desígnio do PSF/ESF promover a saúde para toda a família ou para o maior número de integrantes dela.

### 3.5 Monitoramento e Avaliação do Plano de Ação

Instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação de todas as etapas do Plano de Ação são fundamentais para a garantia do sucesso deste. O acompanhamento de cada passo e o resultado das ações implementadas é essencial para fazer as correções e adequações necessárias para garantir a qualidade e eficácia do Plano de Ação. O monitoramento e a avaliação são práticas úteis na melhoria da qualidade dos serviços (CAMPOS *et al.*, 2010).

Segundo Campos *et al.* (2010, p. 83) a avaliação pode ser entendida como:

(...) uma atividade que envolve a geração de conhecimento e a emissão de juízos de valor sobre diversas situações e processos como, por exemplo, projetos de investimento, políticas públicas, programas sociais, etc. Pode ser realizada tanto por agentes externos, em geral especialistas contratados para isso, ou pelos participantes nos diversos componentes de um dado projeto. (...) Retroalimentam-se com informações que permitem os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos pretendidos e/ou mudanças de caráter mais estratégico, de mais profundidade, nos projetos ou processos avaliados como, por exemplo, a expansão do projeto, mudanças dos objetivos inicialmente desenhados ou mesmo sua total interrupção (CAMPOS *et al.* (2010, p. 83).

A avaliação estabelece um recorte temporal claro e profundo da situação analisada, possuindo, assim, um caráter mais momentâneo. Ao contrário, o monitoramento é realizado de forma mais permanente, no decorrer de um período mais prolongado, com o objetivo de verificar, ao longo do tempo, o comportamento do sistema analisado.

BRASIL (2005, p.20) *apud* Campos *et al.* (2010, p.83) usa a seguinte definição de monitoramento:

“Compreende-se monitoramento como parte do processo avaliativo que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades

e ações estão sendo executadas conforme o planejado e estão tendo os resultados esperados (CAMPOS *et al.* 2010, p.83).

Portanto, durante todo o processo que precede a implantação do Plano de Ação, assim como durante e depois da execução deste, será realizado um acompanhamento através de avaliações e monitoramento dos resultados alcançados com as ações implementadas. Esse acompanhamento dar-se-á através de planilhas qualitativas e quantitativas que abranjam todos os requisitos e detalhes de organização e realização do Plano de Ação.

Pode-se acompanhar/avaliar: a quantidade de familiares de alunos(as) que aderiram ao PAC ou a qualquer prática regular de exercícios físicos após a participação nos eventos programados para o Plano de Ação, a efetividade/objetividade das oficinas, palestras, bate-papos e eventos realizados, o grau de empoderamento e corresponsabilização alcançado por alunos(as) e seus familiares, o cronograma para cumprimento dos objetivos sugeridos/esperados, a definição e organização dos responsáveis por realizar cada detalhe de todo o processo.

Enfim, avaliando e monitorando cada passo do Plano de Ação, falhas e erros podem ser identificados e corrigidos durante o processo a fim de evitar trabalhos e gastos extras e, assim, melhorando a qualidade das ações implementadas e garantindo a efetividade do Plano de Ação.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apresentado, a ausência da prática regular de exercício físico está associada a complicações de saúde. Como a população em geral está envelhecendo, a preocupação com a qualidade de vida tem aumentado em todo o mundo. Diante disso, para um envelhecimento saudável e também para diminuir a progressão e ocorrência prematura de DCNTs, a prática regular de exercícios físicos é indispensável.

Com base nas necessidades da população estudada e no problema identificado, este Plano de Ação pretende desencadear a formação de uma corrente de incentivo para a prática regular de exercícios físicos no PAC, possibilitando, assim, o aumento da adesão por parte dos familiares de usuários/alunos a este Programa. A Educação em Saúde, a corresponsabilização, a conscientização e o empoderamento são peças chave para o alcance desse objetivo.

Aumentando a adesão por parte dos familiares de usuários tanto ao PAC quanto a qualquer outra prática regular de exercício físico, concomitantemente, aumenta-se o alcance da promoção da saúde no contexto familiar, similarmente às ações desenvolvidas na APS com o Programa de Saúde da Família (PSF) e as ESF.

A formação dessa corrente de incentivo para a prática regular de exercícios físicos amplia o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde, fortalece a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde, amplia a autonomia da população sobre as escolhas de hábitos de vida mais saudáveis (empoderamento), fortalece o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde, etc. Portanto, a corrente de incentivo à prática regular de exercícios físicos, proposta nesta pesquisa, é um importante instrumento de mobilização popular em prol da saúde e de empoderamento de hábitos de vida mais saudáveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100004&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acessado em 17/02/2013.

BRASIL, BLOG DA SAÚDE. **Academia da Saúde aumenta acesso da população às atividades físicas.** Brasília, 18 de Julho de 2012. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/academia-da-saude-aumenta-acesso-da-populacao-as-atividades-fisicas/>. Acesso: 24/10/2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 51**, de 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Diário Oficial, Brasília, 15 fev. 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm)>. Acesso em: 17/02/2013.

BRASIL. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.** Estatuto do Idoso. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 20/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Cadernos de educação popular e saúde.** Brasília, DF, 2007. 160p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Política Nacional do Idoso.** Lei nº. 8.842 de 04/01/1994. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 23/09/2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2007). **Política Nacional de Atenção Básica.** Volume 4. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021)> Acesso em 10/09/2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF. 2006b. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idososa.pdf>>. Acesso em 15/09/2012

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **ABC do SUS**: comunicação visual, instruções básicas. Brasília, 1991. 30 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Atenção básica e a saúde da família**. Brasília: [2004]. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/atencaoBasica.php>>. Acesso em 11/09/2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007b. v.1.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007d. v.8.

BOMPA, T. O.; CORNACCHIA, L. J. **Treinamento de força consciente**. São Paulo: Phorte, 2000.

CAMPOS, F.C.C. *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.5, n.2, p.209-13, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>> Acesso em 17/02/2013.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, J. E.; CHRISTENSON, G. M. **Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research**. Public Health Reports.100(2),1985:126-131.

CARVALHO e GASTALDO. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13, Sup. 2 (2008) Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232008000900007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232008000900007&script=sci_arttext) >. Acesso em 12/09/2012.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad Saúde Pública** 2004;4(20):1088-1095.

COSTA, M. F. L.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde pública**, v.19, n.3, p.700-701, 2003.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. **Carta de Ottawa**, 1986. Disponível em: < [http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoaude/Dec_Ottawa.htm) >. Acesso em 28/09/2012.

DANTAS, E. H. M. **A Prática da Preparação Física**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Shape, 1995.

DOMINGUEZ, A.G.D. *et al.* Sedentarismo: a inatividade que pode comprometer a sua vida. **Revista Eletrônica de Fisioterapia**. Centro Universitário UNIEURO. V.2, n.1, São Paulo, 2008.

FLECK, S. e KRAEMER, W. **Fundamentos do Treinamento de Força Muscular**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2. ed. SP: Atlas, 1991.

GOBBI, S. Atividade Física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 41-49, 1997.

GONÇALVES, A. K; DUARTE, C. P.; SANTOS, C. L. dos; Atividade física na fase da meia-idade: motivos de adesão e de continuidade. **Movimento**. 2007.

JUNIOR, K. R. C. A Estratégia Saúde da Família: percalços de uma trajetória. **Physis vol.18 no.1 Rio de Janeiro 2008**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-3312008000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-3312008000100001)>. Acessado em 22/09/2012.

LOPES, V. M. B. S., CHIAPETA, S. M. S. V. Motivos de adesão e manutenção da prática de atividades físicas regulares em academias de ginástica da cidade de Ubá, MG. **Revista Digital - Buenos Aires** - Ano 15 - Nº 143 - Abril de 2010.

MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento e atividade física**. São Paulo: Phorte, 2001

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Conceito de envelhecimento**. Disponível em: <<http://www.cies.org.br/mgea1.asp>>. Acesso em 23/09/2012

PÉRES, R. L. **Fatores de aderência a programas de exercício físico em academias de São José/SC**. Florianópolis - SC. 2010.

RONCOLLETA, A.F.T. *et al.* **Princípios da medicina de família**. São Paulo: Sombramfa, 2003.

SAMULSKI, D. M., NOCE F. A importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida: um estudo entre professores, alunos e funcionários da UFMG. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. 2000;5:5-21.

SANTAREM, J. M. Atividade física e saúde. **Acta Fisiátrica**. V.3 n.1, p37-39, 1996.

SANTOS, S. C., KNIJNIK, J. D. Motivos de Adesão à Prática de Atividade Física na Vida Adulta Intermediária 1. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte** – 2006 5(1):23-34



SCHALL, V. T. e STRUCHINER, M. **Educação em saúde: novas perspectivas.** Cad. Saúde Pública vol.15 suppl.2 Rio de Janeiro 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000600001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001), Acessado em 17/02/2013.

SHORTELL, S. M. *et al.* Criação de sistemas de entrega organizados: as barreiras e facilitadores. **Hosp. Saúde Serv. Adm.**, 38: 447-66 1993.

**ANEXO I****Entrevista Semiestruturada**

**1- Sexo:**

( ) Masculino ( ) Feminino

**2 - Idade:** \_\_\_\_\_anos

**3 - Estado Civil:**

( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Separado ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**4 - Grau de instrução:**

( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Fundamental Incompleto

( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Médio Incompleto

( ) Ensino Superior Completo ( ) Ensino Superior Incompleto

**5 - Qual a sua profissão:** \_\_\_\_\_

**6 - Você está trabalhando atualmente?**

( ) Sim ( ) Não

**7 – Se sim, qual a sua carga horária de trabalho semanal?**

( ) 20horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas ( ) mais de 40 horas

**8 – Se não, na maior parte do seu dia você:**

( ) Fica sentado ou deitado e não se movimenta muito

( ) Fica em pé, anda e se movimenta muito, faz trabalhos domésticos

**9 - Você está praticando algum exercício físico regular atualmente?**

( ) Não

Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Onde? \_\_\_\_\_

Horas por semana que frequenta a academia? \_\_\_\_\_

**10 – Se não, quais os três principais motivos de não praticar exercício físico regular?**

Falta de tempo

Problemas financeiros

Distância da academia de casa

Falta de companhia

Não tem interesse

Problemas de saúde

Timidez/depressão

Cansaço

Lesões articulares ou musculares

Outros: \_\_\_\_\_

**11 – Você é fumante ?**

Não  Sim

**12 – Você tem vontade de para de fumar?**

Não  Sim

**13 – Você passaria a fazer exercícios físicos se soubesse que a prática regular destes reduz significativamente e até mesmo elimina a vontade de fumar?**

Não  Sim

**14 – Você consegue dormir entre 7h e 8h diárias?**

Não  Sim

**15** – Conhece o Programa Academia da Cidade?

Não  Sim

**16** – Se sim, como conheceu?

Familiares  Vizinhos  Alunos (as)  Propaganda/anúncio

**17** – Em sua opinião, o que acha que poderia melhorar em sua vida se praticasse exercícios físicos regularmente? Marque apenas três opções.

Bem estar físico e mental

Maior disposição no dia a dia

Melhor convívio social

Diminuição da depressão/ansiedade

Alívio das tensões

Melhora da estética corporal/diminuição de peso

Melhoria do condicionamento físico e cardiorrespiratório

Diminuição de dores e do risco de doenças cardiovasculares/metabólicas

Não acredita que os exercícios físicos possam melhorar sua saúde

Outros: \_\_\_\_\_

**18** – Já percebeu/observou melhoras na saúde de seu(s) familiar(es) que faz (em) aula no Programa Academia da Cidade?

Não  Sim

**19** – Se sim, aponte abaixo pelo menos duas melhoras observadas:

Estética/perda de peso corporal

Redução/eliminação do uso de medicamentos

Maior disposição no dia a dia

Eliminação/diminuição da depressão

Redução/eliminação de dores corporais

Alto astral/alegria

Menos adoecimento

( ) Maior autoestima

( ) Outras: \_\_\_\_\_

**20** – Em sua opinião, quais constituiriam os três principais atrativos para a prática de exercício físico regular na Academia da Cidade?

( ) Prazer/diversão

( ) Programa de treinamento orientado por profissional capacitado

( ) Convívio social

( ) Gratuidade

( ) Espaço apropriado

( ) Experiências bem sucedidas de familiares e/ou amigos

( ) Indicação/orientação médica

( ) Reabilitação de lesões/problemas físicos

( ) Outros: \_\_\_\_\_