

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**Departamento de Saúde Coletiva**  
**Mestrado Profissional em Saúde Pública**

Emmanuelly Correia de Lemos

**DETERMINANTES DA ADESÃO E NÃO ADESÃO AO PROGRAMA ACADEMIA  
DA CIDADE, RECIFE-PE**

**RECIFE**  
**2012**

Emmanuelly Correia de Lemos

**DETERMINANTES DA ADESÃO E NÃO ADESÃO AO PROGRAMA ACADEMIA  
DA CIDADE, RECIFE-PE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Giselle Campozana Gouveia

Prof. Dr<sup>o</sup>. Carlos Feitosa Luna

RECIFE  
2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

L557d Lemos, Emmanuely Correia de.

Determinantes da adesão e não adesão ao programa academia da cidade, Recife-PE/ Emmanuely Correia de Lemos. — Recife: O autor, 2012.

88 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientadores: Giselle Campozana Gouveia, Carlos Feitosa Luna.

1. Promoção da Saúde. 2. Atividade Motora. 3. Exercício. 4. Programas Governamentais. 5. Recusa de Participação. I. Gouveia, Giselle Campozana. II. Luna, Carlos Feitosa. III. Título.

---

CDU 614.2

Emmanuelly Correia de Lemos

**DETERMINANTES DA ADESÃO E NÃO ADESÃO AO PROGRAMA ACADEMIA  
DA CIDADE, RECIFE-PE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em 28/03/12

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Clara Maria Silvestre  
ESEF/UPE

---

Prof<sup>º</sup>. Dr<sup>ª</sup> Idê Gomes Dantas Gurgel  
CPqAM/FIOCRUZ

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Giselle Campos Gouveia  
CPqAM/FIOCRUZ

*Aos meus pais, Mainha e Painho, pela criação, orientação, por amar e acreditar em mim  
sem restrições.*

*Ao meu noivo, Thiago, por concretizar na minha vida tudo o que significa a palavra Amor.*

*A minha para sempre AMIGA Arichele, em sua memória.*

## AGRADECIMENTOS

*Á Deus, por seu amor generoso e sem limites. O que seria de mim sem a fé que eu tenho nele!*

*À Secretaria Municipal de Saúde do Recife por ter viabilizado a realização deste estudo.*

*Aos Orientadores, Professora Giselle e Professor Carlos, dois presentes Divinos, com muita dedicação, paciência, sabedoria e alegria, me guiaram para além das teorias e práticas. Foram fundamentais nessa conquista!*

*As professoras Idê Gurgel, Kátia Medeiros, Clara Silvestre e Denise Vancea, por compartilhar desse importante momento de minha vida, através de ricas contribuições.*

*A todos os professores do Mestrado, cada um com sua forma diferente e singular de fazer educação, contribuíram para minha vida pessoal e profissional.*

*Aos trabalhadores da Biblioteca e da Secretaria Acadêmica do CPqAM, sempre colaborando na adequação das normas e cumprimento dos prazos. Isso também fica de ensinamento para vida.*

*A minha AMIGAAAAAAA Geanine, para todas as horas, para sempre ... Obrigada por tudo!*

*Aos Amigos, em especial a Ebrivaldo, Clayton, Dalva, Raquel, Tati, Virginia, Fábio, Marcílio e Capilé pelo apoio e incentivo constante.*

*A todos os amigos da Turma 2010 (NOTA 10) do Mestrado, que transformaram a convivência em grandes momentos de aprendizado e diversão.*

*A todos os professores do PAC que ajudaram de forma ímpar na realização dessa pesquisa.*

*Aos usuários, ex-usuários e não usuários que participaram da pesquisa, pela disponibilidade e atenção.*

*A minha linda família, meu alicerce de amor e sabedoria. Exemplos de fé e esperança que me dá força para vencer.*

*A Thiago, meu Amor, que além de me ajudar muito na confecção deste trabalho, vivenciou sempre ao meu lado, com muita paciência, dedicação e carinho todas as etapas desse sonho.*

*A todos que direta e indiretamente compartilharam e contribuíram para realização dessa conquista.*

**“Há sempre certo nível de tensão para que novos significados possam fluir. A mesma tensão que desorganiza também organiza, gerando caos ou criatividade, alienação ou sabedoria.”**

**Rogério Thaddeu**

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

## RESUMO

Em 2002 no Recife foi criado o Programa Academia da Cidade (PAC) caracterizando-se como uma estratégia de promoção da saúde com ênfase na atividade física e na alimentação saudável. Concebido como tal, não garante a adesão dos indivíduos na prática regular de hábitos saudáveis, uma vez que, a presença de barreiras contribui para reduzir a participação contínua das pessoas a programas regulares de atividade física. Desta forma, o objetivo desta pesquisa é analisar os determinantes da adesão e não adesão ao Programa. Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo transversal com usuários, não usuários e ex-usuários dos polos do Programa. A amostra foi calculada para detectar uma diferença de pelo menos 15% nas prevalências de adesão ao Programa nos dois grupos de comparação (usuário e ex-usuário), com um nível de significância de 5% e 90% de poder de teste. E para a identificação dos principais motivos para não adesão no PAC, foi calculada uma amostra capaz de detectar uma prevalência de 50%, com um nível de significância de 5% e margem de erro de 6%. A casuística final ficou 822 indivíduos. Foi aplicado questionário já validado, sobre adesão de usuários a programas de atividade física. Os dados foram digitados com dupla entrada no Programa EpiInfo versão 3.5.3. Foram realizadas análises bivariada e multivariada, tendo como variável dependente a adesão. Os resultados revelaram que a população estudada é composta em sua maioria por mulheres, com idade entre 30 a 59 anos, de raça/cor parda, casadas, não empregados e autorreferiram não apresentar doenças. Os principais motivos que levaram as pessoas a iniciar no PAC foram questões relacionadas aos benefícios da prática regular de exercício físico para saúde e para o condicionamento físico e fatores relativos ao Programa. Permanecem com esse hábito pela sensação de bem estar proporcionada pelo exercício e pelo prazer dessa prática. Não aderem e desistem do mesmo por se sentirem desmotivados, por falta de tempo para prática, por considerarem que não possuem habilidade para esta prática e outros aspectos relacionados ao Programa. Em análise multivariada, foram verificadas associações significantes que contribuem para adesão ao PAC, o fator de ter tempo disponível para prática, participar no Programa há 25 meses ou mais, gostar de praticar exercício físico e a localização do Programa. O fato de ser jovem não contribui para a adesão ao PAC. O Programa Academia da Cidade vem tornando as práticas de atividade física orientada acessível à população recifense, porém sofre influências dos determinantes pessoais, sociais, econômicos e culturais para o sucesso de suas intervenções. Assim, conhecer os determinantes mais associados à adesão ao Programa aponta caminhos para a definição de estratégias de intervenção com vistas a qualificar o PAC.

**Palavras chaves:** Promoção da Saúde, Atividade Física, Adesão.



LEMOS, Emmanuely Correia de. **Determinants of adherence and no adherence to the, Programa Academia da Cidade, Recife-PE.** 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## ABSTRACT

In 2002 the Programa Academia da Cidade (PAC) was created Recife characterized as a strategy for health promotion with emphasis on physical activity and healthy eating. Conceived as such, does not guarantee membership of individuals in the regular practice of healthy habits, since the presence of barriers and the inability to overcome them contribute to reduce the continuing participation of many people to regular physical activity programs. Thus, the objective of this research is to analyze the determinants of adherence and non adherence to the program. Conducted a quantitative, descriptive cross-sectional studies, with users, nonusers and ex-users of the poles of Program. The sample was calculated to detect a difference of at least 15% in the prevalence of joining the program in the two comparison groups (user and ex-user) with a significance level of 5% and 90% test power. And for the identification of the main reasons for not participating in the PAC, was estimated a sample capable of detecting a prevalence of 50%, with a significance level of 5% margin of error of 6%. The final sample was 822 divided into three study groups. A questionnaire has been validated on the accession of the users physical activity programs. The data were doubled entered in the program EpiInfo version 3.5.3. We performed bivariate and multivariate analyzes, the dependent variable membership. The results revealed that the population consisted mostly of women, aged 30-59 years, race / mulatto, married, not employed and have no diseases. The main reasons people start the program were issues related to the benefits of regular physical exercise for health and fitness and factors relating to the Program. Remain with this habit for the feeling of well-being provided by the exercise and the pleasure of this practice. Do not give up and stick it by feel discouraged by lack of time to practice on the ground that do not have the ability to practice this and other aspects related to the Program. In multivariate analysis, significant associations were found to contribute to adherence to the PAC, such as having time to practice, participate in the program for 25 months or more, like physical exercise and location of the program. Being young does not contribute to adherence to the PAC. O Programa Academia da Cidade is making the practice of guided physical activity accessible to the population of Recife, but is influenced determinants of personal, social, economic and cultural to the success of their interventions. Thus, knowing the determinants associated with joining the program suggests approaches to the definition of intervention strategies in order to qualify the PAC.

**Keywords:** Health Promotion, Physical Activity, Adhesion.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas de usuários, ex-usuários e não usuários do Programa Academia da Cidade. Recife, 2012.....	40
Tabela 2 – Distribuição da presença de doenças autorreferida pelos usuários, ex-usuários e não usuários do Programa Academia da Cidade. Recife, 2012.....	42
Tabela 3 – Distribuição do tempo de participação e frequência no Programa Academia da Cidade pelos usuários e ex-usuários. Recife, 2012.....	43
Tabela 4 – Distribuição do alto grau de importância atribuído aos determinantes da adesão a Programas de Atividade Física pelos usuários, ex-usuários e não usuários do Programa Academia da Cidade. Recife, 2012.....	44
Tabela 5 – Distribuição dos motivos de adesão ao Programa Academia da Cidade dos usuários e ex-usuários do Programa Academia da Cidade. Recife, 2012.....	47
Tabela 6 – Distribuição dos motivos de permanência no Programa Academia da Cidade pelos usuários. Recife, 2012.....	48
Tabela 7 – Distribuição dos motivos de desistência do Programa Academia da Cidade, pelos ex-usuários. Recife, 2012.....	49
Tabela 8 – Distribuição dos motivos de não adesão ao Programa Academia da Cidade, pelos não usuários. Recife, 2012.....	50
Tabela 9 – Análise bivariada da adesão ao Programa da Academia da Cidade segundo características sociodemográficas. Recife, 2012.....	51
Tabela 10 – Análise bivariada da adesão ao Programa da Academia da Cidade segundo o tempo e frequência de participação. Recife, 2012.....	52
Tabela 11 – Análise bivariada da adesão ao Programa da Academia da Cidade segundo a presença de doenças. Recife, 2012.....	53

Tabela 12 – Análise bivariada da adesão ao Programa da Academia da Cidade segundo o alto grau de importância apontado aos determinantes da adesão. Recife, 2012.....54

Tabela 13 – Análise bivariada da adesão ao Programa da Academia da Cidade segundo os motivos da adesão. Recife, 2012.....57

Tabela 14 – Modelo final ajustado pelas características sociodemográficas, grau de importância e motivos autorreferidos para adesão ao Programa Academia da Cidade. Recife, 2012.....60

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	15
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
3.1 Promoção da Saúde: um caminho para enfrentamento dos novos desafios colocados a saúde pública.....	16
3.2 Atividade Física e Saúde.....	23
3.3 Programa Academia da Cidade.....	26
3.4 Adesão a prática de Atividade Física.....	30
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	35
4.1 Desenho do Estudo.....	35
4.2 Local do Estudo.....	35
4.3 População do Estudo.....	35
4.4 Período do Estudo.....	35
4.5 Tipo e Tamanho da Amostra.....	35
4.6 Critérios de inclusão.....	35
4.7 Critério de exclusão.....	35
4.8 Seleção dos Participantes.....	36
4.9 Instrumentos de Coleta de Dados.....	36
4.10 Coleta de Dados.....	36
4.11 Variáveis.....	36
4.12 Processamento e Análise dos Dados.....	38
4.13 Considerações Éticas.....	39
<b>5 RESULTADOS</b> .....	41
5.1 Descrição do perfil sócio demográfico, presença de doenças e participação no programa.....	41
5.2 Grau de importância atribuído aos determinantes de adesão a programas de atividades físicas.....	44
5.3 Principais motivos para adesão, permanência, desistência e não adesão ao PAC.....	45
5.4 Fatores que explicação a adesão ao PAC.....	49
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	55
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	63
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	64
<b>APÊNDICE A</b> Termo de consentimento livre e esclarecido.....	74
<b>APÊNDICE B</b> Questionário sobre adesão ao programa academia da cidade (PAC).....	75
<b>ANEXO A</b> Carta de Anuência.....	87
<b>ANEXO B</b> Parecer do Comitê de Ética.....	88

## 1 INTRODUÇÃO

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

Tradicionalmente, os serviços de saúde se organizaram em torno dos sintomas e das ações biomédicas individuais e curativas, porém, na busca de contribuir efetivamente para melhoria da qualidade de vida da população, faz-se necessário desenvolver outras ações e tecnologias que aprimorem os processos de trabalho. Neste cenário, a promoção da saúde apresenta-se como um dos caminhos para enfrentamento dos crescentes desafios do sistema de saúde, partindo do conceito ampliado<sup>1</sup> e tendo como foco o processo social de sua produção. Ela vem sendo capaz de trabalhar os conhecimentos interdisciplinares e de mobilizar as práticas intersetoriais, visando à expansão do modelo de intervenção para além do enfoque biomédico, tendo como fundamentos a defesa da vida e o desenvolvimento humano (MALTA, et al., 2009).

Essa requalificação conceitual e operativa da atenção à saúde vem estimulando a elaboração de novas políticas e práticas de intervenção sobre o processo saúde-doença, voltadas para a autonomia dos sujeitos e melhoria da qualidade de vida da população (CARVALHO et al., 2007).

Diante dessas constatações, a Organização Mundial da Saúde em 2002 estabeleceu como tema prioritário a construção de políticas públicas que coloquem em relevância a importância da atividade física para uma vida mais saudável, e orienta para que em todo o

---

<sup>1</sup> A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

mundo sejam desenvolvidos eventos e programas que estimulem a prática da atividade física regular, divulgando os efeitos benéficos para a saúde das populações (BRASIL, 2002).

No mesmo ano, 2002, pautado pelas discussões sobre promoção da saúde no âmbito nacional e internacional, surge no Recife o Programa Academia da Cidade (PAC), instituído e implementado pelo Decreto Municipal nº 19.808, de 03 de abril de 2003, tornando-se Política Municipal de Promoção da Saúde pela portaria nº 122/2006, de 28 de setembro de 2006. Este programa caracteriza-se como uma estratégia de promoção da saúde com ênfase na atividade física e na alimentação saudável.

As ações do PAC são de profissionais de educação física, oferecendo atividades físicas como jogos, danças, ginástica, esportes; além de palestras, rodas de diálogos, seminários, passeios intermunicipais e intermunicipais, passeios ciclísticos, estímulo a participação em orçamento participativo e conferências municipais, a participação em competições atléticas, discussões sobre as datas comemorativas do calendário da saúde, além da realização de avaliação física e orientação nutricional, entre outras ações em articulação com outros profissionais da rede de saúde (RECIFE, 2009).

O Programa ganha ainda mais força, quando da aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no ano de 2006, a qual ratifica a institucionalização da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). E em atenção ao conceito de saúde ampliado e à valorização da abordagem epidemiológica, foram eleitas áreas temáticas prioritárias para a implementação da PNPS, dentre as quais se destaca o estímulo à prática de atividade física, reflexo da importância conferida a um modo de viver ativo como fator de promoção e de proteção da saúde (MALTA et al., 2009).

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

Apesar dessas premissas, a existência de um programa de promoção da saúde, com ênfase na atividade física e alimentação saudável não garante a adesão dos indivíduos na prática regular de hábitos saudáveis, uma vez que, a presença de barreiras e a incapacidade de superá-las contribuem para reduzir a participação contínua de muitas pessoas a programas regulares de atividade física (LEES et al., 2005). Para mais, questões sobre adesão a prática de atividade física é, multidimensional, sendo necessário apontar, a importância relativa de cada

uma dessas dimensões, que pode variar de acordo com o local, a população ou o período de tempo estudado (FERREIRA; NAJAR, 2005).

Acrescenta-se as citações acima a questão que a adesão não se reduz a um ato de desejo pessoal, e sim se constitui como um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo (BERTOLOZZI et al., 2009).

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

Sobre as ações de promoção da saúde com foco na atividade física, pesquisas apresentam a escassez de literatura descrevendo processos avaliativos de intervenções em comunidades, apontando a necessidade de publicar e divulgar resultados de perfil, de monitoramento e efeitos dessas intervenções (HOEHNER et al., 2008). Como também, existem poucos dados no que se refere ao impacto e relevância dessas iniciativas na comunidade e, conseqüentemente, da adesão da população aos programas de atividade física (HALLAL et al., 2010).

Apesar das evidências acumuladas sobre os benefícios da atividade física regular para a saúde, estudos têm indicado baixos níveis desse comportamento na população. Vários estudos mundiais incluindo o Brasil apontam para um elevado índice de sedentarismo em todos os grupos etários, variando de 50% a mais de 80% na população mundial (BARROS; NAHAS, 2001; HALLAL et al., 2005; HALLAL et al., 2003; MASSON et al., 2005; MENDES et al., 2006; PITANGA; LESSA, 2005).

No Brasil, de acordo com os resultados apresentados pelo VIGITEL (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico) do ano de 2006 a 2010, a prática de atividade física no tempo livre varia de 10,3% a 22,4%, para Recife os valores são de 14,3% a 17,6% (BRASIL, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011).

Segundo Andreotti e Okuma (2003), há um consenso que existem variáveis que determinam o maior ou menor grau de participação das pessoas aos programas de atividade física, e que essas podem ser categorizadas como fatores pessoais e/ou relativos ao programa de atividade física. São fatores pessoais: as características sócias demográficas, de estilo de vida, condição de saúde percebida, problemas médicos gerais, participação anterior em programas de atividade física, conhecimento e crenças nos benefícios da prática regular destas atividades; entre os fatores referentes aos programas destacam-se o local da intervenção, tipo e intensidade da atividade, programas individuais ou em grupo e características dos profissionais.

Com isso, parece certo conhecer, compreender e analisar as variáveis que podem estar influenciando o desenvolvimento de programas de atividade física, e então auxiliar no estabelecimento de estratégias para o seu funcionamento efetivo (MARTIN; SINDEN, 2001).

Vale destacar que a necessidade de compreender os fatores que determinam a adesão à prática regular de atividade física, especialmente relacionada ao Programa Academia da Cidade, é motivada pela história vivenciada por parte da pesquisadora envolvida nesta pesquisa enquanto profissional desenvolvendo as atividades nos polos, além do interesse enquanto parte da atual coordenação do Programa, onde no dia a dia de trabalho percebe-se que não basta democratizar o acesso a um programa de promoção da saúde, implantando-o em diversas comunidades do município, mas, sente-se a necessidade de uma maior participação da população. E, para que as pessoas possam ter como um dos hábitos de vida a prática regular de atividade física é fundamental conhecer de forma crítica os fatores que possam estar contribuindo para as pessoas aderirem ou não ao PAC.

Sendo assim, têm-se as seguintes perguntas condutoras: Quais fatores que são fundamentais para o ingresso das pessoas ao Programa? O que pode estar motivando as pessoas a se manterem e outras a desistirem das atividades? Se a relação entre atividade física e saúde é positiva, por quais motivos as pessoas não iniciam no Programa? Que aspectos (sócio ambientais; individuais e relacionado ao Programa) mais influenciam para início, manutenção e desistência ao Programa?



## 2 OBJETIVOS

### **Geral:**

Analisar os determinantes da adesão e não adesão ao Programa Academia da Cidade.

### **Específicos:**

- a) Descrever o perfil sociodemográfico dos usuários, ex-usuários e não usuários do PAC;
- b) Identificar o grau de importância atribuído aos determinantes da adesão a Programas de Atividade Física;
- c) Descrever os fatores que levaram a adesão, permanência e desistência do PAC;
- d) Descrever os fatores da não adesão ao PAC;
- e) Identificar fatores associados a adesão ao PAC.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Promoção da Saúde: um caminho para enfrentamento dos novos desafios colocados a saúde pública**

Nas últimas décadas do século passado, seguindo tendência mundial, têm-se observado, no Brasil, processos de transição que produziram, e ainda produzem importantes mudanças no processo saúde doença da população. A Transição Demográfica, um desses processos, resultou em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, e no aumento progressivo da expectativa de vida e na proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. A Transição Epidemiológica é outro processo verificado, com o crescimento da morbimortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), e a redução das doenças infecto-parasitárias. A Transição Nutricional, por fim, advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna (MENDES, 2010; MALTA, et al., 2006).

Essas mudanças têm imposto, constantemente, novos desafios aos sistemas de saúde que em maior ou menor grau, em todos os países do mundo se manifestam em uma crise decorrente da incoerência entre a situação de saúde e o modo como se estruturam as respostas sociais de acordo com as necessidades das populações (MENDES, 2010).

Historicamente a influência da bacteriologia no desenvolvimento da medicina impactou no privilégio de intervenções específicas, individualizadas, de cunho predominantemente biológico, centradas no hospital, com progressiva especialização e incorporação indiscriminada da tecnologia. A influência do biológico sobre o social levou a medicina e os médicos a definirem os problemas de saúde e a escolha das ações necessárias ao controle e tratamento voltadas para a cura, ficando em plano inferior a preocupação com a promoção da saúde (TORRES; CZERESNIA, 2003).

Apesar disso, surge entre o período de 1920 e 1950 na Inglaterra, EUA e Canadá, o movimento da medicina preventiva, em um contexto de crítica à medicina curativa. Esse movimento propôs uma mudança da prática médica por meio da reforma no ensino médico, onde buscava a formação de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde; ressaltava a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde, a prevenção de doenças e introduzia a epidemiologia dos fatores de risco (AROUCA, 2003).

O termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez por Sigerist, historiador da medicina, quando, em 1945, ele definiu quatro funções da medicina: Promoção da Saúde, prevenção da doença, restauração do doente e reabilitação (TERRIS, 1996).

A base conceitual do movimento da medicina preventiva foi sistematizada no livro de Leavell e Clark (1976), *Medicina Preventiva* cuja primeira edição foi publicada em 1958. Esses autores discutem três conceitos importantes no campo da medicina preventiva: A “tríade ecológica”, que define o modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre agente, hospedeiro e meio ambiente; o conceito de história natural das doenças, definido como “todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento; e o conceito de prevenção, definido como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARK, 1976).

Para os autores, a prevenção apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é a realizada no período de pré-patogênese, onde o conceito de Promoção da Saúde aparece como um dos níveis desta fase, definido como um conjunto de ações que desenvolveriam uma saúde “ótima” (LEAVELL; CLARK, 1976).

Esses autores chamaram a atenção dos profissionais da saúde sobre o potencial das ações sobre o ambiente e sobre os estilos de vida na prevenção de doenças. Inovaram também na proposição de medidas preventivas, incluindo ações educativas, comunicacionais e ambientais às já existentes (BUSS, 2003).

É dentro dessa lógica da complexidade do setor saúde que, em 1973, Laframboise formulou *o modelo de campo de saúde*, segundo o qual, a saúde é determinada por múltiplas variáveis que podem ser agrupadas em quatro categorias denominadas determinantes de saúde: determinante biológico - refere-se a toda manifestação relativa à saúde e física ou mental que ocorra em decorrência do organismo individual (herança genética, processo de crescimento e envelhecimento e os diferentes sistemas internos complexos); Ambiente - remete aos fatores externos ao corpo humano, que estão além do controle pessoal como, por exemplo, a qualidade do ar que se respira ou a pureza dos alimentos que se consome; estilo de vida - é o conjunto das condições envolvidas nas decisões que o sujeito adota no que diz respeito à sua própria saúde, estando sob seu controle. São os ditos riscos auto criados, relativos aos hábitos, normas, valores, nível de escolaridade e consciência que condicionarão a saúde individual; e o determinante do serviço de saúde - refere-se à disponibilidade, quantidade e qualidade de recursos (bens e serviços) reservados aos cuidados em saúde e da

forma como estes são dispostos nas ações de prevenção, cura e recuperação do estado de bem-estar (BUSS et al., 2000; CARVALHO, 1996; CASTRO, 2003).

Esse modelo serviu como base na reformulação das políticas de saúde canadenses, as quais influenciaram mudanças neste setor em vários outros países. Em 1974, a divulgação do documento “A New Perspective on the Health of Canadians”, pelo governo canadense, inaugurou o aparecimento de uma nova forma de definir as prioridades na produção de saúde, a partir da adoção do conceito de campo de saúde e da constituição do Movimento de Promoção à Saúde no Canadá (CARVALHO, 2002; CASTRO, 2003).

A motivação central desse documento, mais conhecido como Informe Lalonde (nome do ministro da saúde canadense quando da sua elaboração), era econômica, política e técnica, pois se tentava encontrar um caminho para enfrentar o progressivo aumento dos custos com assistência médica e os seus resultados pouco eficazes (BUSS et al., 2000). Além disso, o Informe defendia que, diante do envelhecimento populacional, queda da morbimortalidade por doenças infecciosas e elevação dos casos de patologias crônicas degenerativas, as intervenções no campo da saúde deveriam visar à qualidade de vida, de modo que os sujeitos vivam mais e melhor (CARVALHO, 2002).

Outro marco histórico foi a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que produziu a Declaração de Alma Ata, em 1978, trazendo como eixo filosófico e metodológico a Atenção Primária em Saúde. Este documento reafirma a intrínseca relação entre a saúde e os fatores sociais e econômicos, colocando na agenda da saúde a questão da equidade e introduzindo o tema da intersectorialidade como exigência fundamental para o alcance das metas em saúde (BRASIL, 2001).

Mais foi na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, que os profissionais reunidos em Ottawa, no Canadá, aprovaram a Carta de Ottawa, documento considerado o mais importante marco conceitual da Promoção da Saúde. A mesma foi conceituada na Conferência de Ottawa como: “processo de capacitação dos sujeitos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população” (BUSS, 2000).

A capacitação das coletividades referida na Carta de Ottawa deveria ser realizada em dois sentidos: (1) mais voltado para a melhoria das condições objetivas de vida, por meio da participação na formulação de políticas públicas saudáveis que lhes permitissem alcançar funcionalidades elementares, tais como alimentar-se, obter abrigo e saúde; e (2) um sentido

mais subjetivo, relacionado ao alcance de funcionalidades que envolvem o auto respeito, as habilidades que favorecem a integração social, a capacidade para participar da vida social e outras (BRASIL, 2002).

Várias conferências internacionais de promoção da saúde foram realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos anos seguintes, resultando em outras declarações e cartas que sintetizam suas conclusões e recomendações, reforçando o referencial teórico em construção. Foram elas: A Conferência de Adelaide, realizada na Austrália, em 1988, cumpriu seu objetivo de demonstrar o papel das políticas públicas na resolução dos problemas de saúde; em 1991, a Conferência de Sundsvall, que teve o papel de colocar o tema ambiente na agenda da saúde; em 1992 a Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizada na Colômbia, em Santa Fé de Bogotá, com intenção de discutir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos para a melhoria da saúde (Organização Mundial da Saúde, 1991, 1992, 1998).

A Declaração de Jacarta, em 1997, estabeleceu cinco prioridades para a promoção da saúde até o século XXI, com o intuito de enfrentar o novo tempo com novos conhecimentos e novas estratégias, tais como: 1) promover a responsabilidade social pela saúde; 2) aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos sujeitos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes da saúde; 3) expandir e consolidar alianças para a saúde; 4) aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde e 5) assegurar a infraestrutura para a promoção da saúde (Organização Mundial da Saúde, 1997).

Na V Conferência de Promoção da Saúde, ocorrida no México, no ano 2000, os ministros assinaram a Declaração Presidencial, afirmando reconhecer a contribuição das estratégias de promoção da saúde para a manutenção das ações de saúde em nível local, nacional e internacional, e comprometendo-se a elaborar Planos Nacionais de Ação para monitorar o progresso da incorporação das estratégias de promoção da saúde na política nacional e local (Organização Mundial da Saúde, 2000).

Em paralelo as conferências, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde com o objetivo de reduzir substancialmente as mortes e doenças em todo o mundo, aprovaram no dia 22 de maio de 2004, em nível mundial e com o apoio de 192 países, a proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Este documento fomenta a necessidade de formulação e implantação de estratégias nacionais efetivas e integradas para a redução dos custos diretos e indiretos com a

morbidade e a mortalidade relacionadas à alimentação inadequada e ao sedentarismo. Assim, a EG tem como meta geral a promoção e proteção à saúde mediante ações sustentáveis em nível comunitário, nacional e mundial, com apoio a modos de vida saudáveis e com a participação dos profissionais de saúde e de outros setores pertinentes (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Tiveram ainda a VI Conferência em Bangkok, em 2005 foi discutido intensamente o tema da globalização, como ampliadora de desigualdades e conflitos sociais, mas também de potencialidades que devem ser valorizadas pelos atores da promoção da saúde. A VII Conferência de Promoção da Saúde, ocorrida em Nairobi, no Kenia, em outubro de 2009, identificou as estratégias-chave e os compromissos necessários para implementar e desenvolver ações de promoção de saúde (BRASIL, 2002).

Outro fruto das provocações do Relatório de Lalonde e das Cartas de Promoção da Saúde foi o Movimento Municípios/Cidades Saudáveis, o qual, considerando os problemas urbanos contemporâneos e as possibilidades que a cidade oferece para a realização de projetos sociais, levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) e suas agências regionais, como a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), a iniciarem esse movimento, com o intuito de motivar governos e sociedade civil a desenvolver estratégias, em diversos setores das políticas sociais, através da implementação de projetos interinstitucionais e intersetoriais, para realizar ações de melhoria das condições de vida e saúde da população urbana e, portanto, de sua qualidade de vida (WESTPHAL, 2000).

De acordo com Hancock e Duhl, cidade saudável não é somente uma cidade com alto nível de saúde, medido pelos indicadores de mortalidade e morbidade, mas é uma cidade comprometida com os objetivos de saúde de seus cidadãos e envolvida em um trabalho contínuo para atingi-los. Cidades Saudáveis é o nome que se dá a um projeto de desenvolvimento social, que tem a saúde e suas múltiplas determinações como centro de atenção. É também um movimento de luta por um estilo de desenvolvimento sustentável, que satisfaça as necessidades das gerações atuais sem comprometer a capacidade das futuras de satisfazer suas próprias necessidades (GUIMARÃES, 1999; Organização Mundial da Saúde, 1988).

No Brasil, com o fim da ditadura e o início do processo de redemocratização do país, grupos de sanitaristas progressistas da saúde, insatisfeitos com os avanços alcançados com as mudanças propostas pelas correntes preventivistas e influenciados por profissionais que estiveram engajados em ações relacionadas à pedagogia problematizadora e aos movimentos

populares e socialistas da América Latina, intensificaram a discussão em busca de novos paradigmas para nortear as programações de saúde. Desta forma, procuraram dar uma nova dimensão às políticas públicas do setor, focalizando os determinantes sócio-históricos do processo saúde-doença (WESTPHAL, 1992).

Esse movimento de renovação da saúde pública foi denominado Reforma Sanitária Brasileira dos anos 80 e teve como consequência o estabelecimento do SUS, como sistema público de saúde, adotado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 (BRASIL, 1988).

Dessa forma, vários acontecimentos que se deram no âmbito internacional e nacional contribuíram para que a Promoção da Saúde fosse incorporada como um novo caminho para a prática nas políticas de saúde no Brasil. O referencial inspirado no Relatório Lalonde em 1974, na Declaração de Alma-Ata em 1976, nas Cartas Internacionais da Promoção da Saúde em 1986-2009, no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira em 1986 e no Movimento Cidades/Municípios Saudáveis em 1987 orientaram a formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e sua recente inserção no Sistema Único de Saúde, institucionalizada pela portaria ministerial n. 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

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

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

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



relatividade cultural, pois se trata de uma construção social e historicamente determinada, concebida segundo o grau de desenvolvimento de uma sociedade específica (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Por estilo de vida, compreende-se um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Pesquisas em diversos países, inclusive no Brasil, têm mostrado que o estilo de vida, mais do que nunca, tornou-se um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades, passando a ser considerado fundamental na promoção da saúde. São componentes do estilo de vida os hábitos alimentares, o controle do estresse, a atividade física habitual, os relacionamentos, o comportamento preventivo, entre outros (NAHAS, 2006).

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

A promoção de estilos de vida saudáveis centra na busca da conservação ou expansão da vitalidade humana, através de atividades e hábitos saudáveis em relação à alimentação, a atividade física, ao trabalho, à sociabilidade, à sexualidade, a vida emocional, ao lazer, enfim, a vida em geral.

Atividade Física no âmbito do serviço público de saúde, como uma das dimensões da promoção da saúde, é defrontar-se com transformações institucionais, culturais e pessoais em andamento na sociedade, que caminham para a crescente conscientização da importância da relação entre atividade física e os processos de saúde e doença (FRAGA; WACHS, 2007).

A Política Nacional de Promoção da Saúde estabelece prioridades de intervenção e traduz-se em compromissos para o cotidiano do Sistema Único de Saúde, implicando em agendas concretas. Através de ações de indução de atividade física - práticas corporais, desenvolvidas nos diferentes níveis do SUS. É possível afirmar que, nos últimos cinco anos, alcançou-se avanço significativo na institucionalização das práticas promotoras da saúde, nos diversos níveis de gestão com a inclusão da prioridade da promoção da saúde no Pacto Pela Vida; qualificação da promoção da saúde com o programa orçamentário; descentralização dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para financiamento dos projetos municipais e estaduais de atividade física; e realização de investimentos em pesquisa de evidências da efetividade das iniciativas de promoção da saúde (MALTA, 2009b).



Na perspectiva de fortalecer ainda mais as ações de promoção da saúde no Brasil, o Ministério da Saúde lança o Programa Academia da Saúde, através da Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, que tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011).

Os polos do Programa Academia da Saúde são espaços públicos construídos para o desenvolvimento de atividades como orientação para a prática de atividade física; promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato) e organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe da atenção primária a saúde (unidades de saúde da família) e usuários. As atividades serão desenvolvidas por profissionais de saúde da atenção primária em saúde, especialmente dos Núcleos de Saúde da Família (NASF), podendo ser agregados profissionais de outras áreas do setor público (BRASIL, 2011).

Este Programa tem como base iniciativas nacionais já existentes, tidas como experiências exitosas no âmbito da promoção da saúde, como o Programa Academia da Cidade de Recife, essas discussões e iniciativas, reforça cada vez mais a relevância de programas que estimulem a prática de hábitos saudáveis, a partir do desenvolvimento de atividades sistemáticas em espaços públicos, na busca de tornar concreto o acesso da população a escolhas saudáveis, visto os benefícios que podem ser alcançados, como veremos na seção seguinte.

### **3.2 Relação entre a atividade física e saúde**

A atividade física é tradicionalmente definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que aumente substancialmente o consumo de energia (American College of Sports Medicine, 1998). Contudo, devido à enorme abrangência deste conceito, vários autores têm proposto diferentes subcategorias, são elas: Atividade Física Espontânea está integrada nos hábitos de vida diária, como os deslocamentos a pé, passatempos ou profissões fisicamente ativas, subir escadas, entre outras. Atividade Física Organizada é praticada com alguma regularidade em clubes, ginásios, espaços nas comunidades, entre outras. Exercício Físico são movimentos corporais planejados, estruturados e repetidos, efetuados para manter ou melhorar um ou mais componentes da

aptidão física. Desporto esse implica em regra, jogo, competição, mesmo que seja na perspectiva do lazer ou recreação (American College of Sports Medicine, 1998; BARATA, 2003; BARBARA, 2002).

Atividade Física regular e/ou Exercício Físico regular será aqui entendido de acordo com as recomendações atualizadas do American College of Sports Medicine e a American Heart Association, que recomendam a realização de trinta minutos de atividade física moderada cinco dias por semana (ou mais de cinco dias) ou vinte minutos de exercícios vigorosos três dias por semana, ou a combinação de moderado e vigoroso. Atividades moderadas são atividades que acumulam um gasto energético de pelo menos mil kcal, isto corresponde, aproximadamente a trinta minutos de caminhada a passos rápidos. Para atividades vigorosas (intensas) podemos dar como exemplo o trote, o que causa um aumento rápido da ventilação pulmonar (respiração) e substancial aumento da frequência cardíaca. Essa quantidade de exercício é um adicional as atividades diárias de intensidade leve (como, cuidados com a higiene, cozinhar, caminhada casual como ir ao shopping) ou para atividades que duram menos de dez minutos (ex: caminhada em casa, no escritório, ou voltando do estacionamento), essa é a mínima quantidade recomendada para conseguir benefícios para a saúde acima dos esforços leves do dia-a-dia (HASKELL et al., 2007).

A associação entre atividade física e condições de saúde tem sido amplamente explorada na literatura, são alguns exemplos: um estudo de caso controle com 17.835 pessoas onde foi observada uma associação entre inatividade física e o risco aumentado para o desenvolvimento de doença arterial coronariana (SESSO et al., 2000), associação esta corroborada por outros pesquisadores (BLAIR et al., 1993; PÉREZ, 2008). Pesquisadores defendem as associações entre a prática regular de exercícios físicos e a redução da osteopenia e osteoporose (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2004); do diabetes mellitus (KRISKA, 1994); da hipertensão (WALLACE, 2003); da obesidade (KOPELMAN, 2000); da depressão e ansiedade (PELUSO et al., 2005).

Com efeito, a prática regular e bem orientada de exercícios traz benefícios como: redução do “colesterol maléfico” (LDL) e aumento do “colesterol benéfico” (HDL), o que diminui o risco de distúrbios cardiovasculares, como a arteriosclerose e o infarto do miocárdio, além de combater a obesidade; aumento da vascularização, que favorece a nutrição dos tecidos corporais e combate a hipertensão (SISCOVICK; LAPORTE; NEWMAN, 1985); melhoria da eficiência cardíaca, fruto do aumento das cavidades do coração e da hipertrofia do miocárdio; fortalecimento de músculos, articulações e ossos, que diminui o risco de lesões

e dificulta o aparecimento de doenças como a osteoporose; aumento da capacidade respiratória, que favorece as trocas gasosas; melhoria da flexibilidade e da força muscular, que reduz as dores nas costas, o risco de lesões articulares e otimiza a autonomia do indivíduo para atividades cotidianas, dentre outras adaptações. Além disso, a prática regular do exercício físico também vem sendo associada a benefícios na esfera psicológica, como a redução da ansiedade, da depressão, do estresse e a melhoria do humor (TAYLOR; SALLIS; NEEDLE; 1985). Visto isso, deve-se ressaltar que a dimensão biológica não deve ser a única valorizada nas discussões sobre atividade física, a dimensão pessoal, psicológica e sociocultural também são importantes e devem ser integradas (DEVÍS, 2000).

A influência benéfica do exercício físico na saúde encontra suporte teórico em estudos de diversos autores (MOTA, 1992; BORMS, 1990), a tal ponto que alguns vêm entendendo o incentivo a essa prática como ação importante na área de saúde pública (SALLIS; MCKENZIE, 1991; POWELL, 1988; SIMONS-MORTON et al., 1988; CASPERSEN; CHRISTENSON; POLLARD, 1986).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, as intervenções voltadas para o estímulo a prática de atividade física regular estão pautados nos direcionamentos da Política Nacional de Promoção da Saúde, que traz como ações: mapear e apoiar as ações de atividade física; ofertar atividades voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis; capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e atividade física; aconselhamento da população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis; desenvolver campanhas de divulgação, estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis; entre outras (BRASIL, 2006).

Como também através das ações desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família que são: o desenvolvimento de atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade; veiculação de informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado; promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território escolas, creches etc; articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais; promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Práticas Corporais e sua importância para a saúde da população, entre outras (BRASIL, 2008).

Mesmo assim, apesar da prática regular de atividade física ser considerada um importante recurso para manter e melhorar a saúde, nos últimos anos ter sido foco de política ministerial, o sedentarismo ainda é um problema universal (Centers for Disease Control and Prevention, 2007; HASKELL et al., 2007; NELSON, 2007; JARDIM, 2007). Dados nacionais com base nos resultados apresentados pelo VIGITEL<sup>2</sup> do ano de 2006 a 2010 revelaram que a prática de atividade física no tempo livre<sup>3</sup> varia de 10,3% a 22,4%, para Recife os valores são de 14,3% a 17,6% (BRASIL, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011).

Esse contexto evidencia os muitos desafios presentes na construção de uma vida ativa e saudável no cotidiano das pessoas. Assim, é fundamental uma nova atitude na pauta política e administrativa dos governos, na demonstração do exercício prático de agente público da promoção da saúde, contribuindo para implantação de Programas que visam favorecer saúde e qualidade de vida das populações. Como será apresentado na próxima parte, um Programa que nasce de uma convergência que perpassa pela relevância para a saúde pública, pela decisão de política de governo e desejo da população.

### **3.3 Caracterização do Programa Academia da Cidade**

Diante do desafio de promover saúde, a partir de ações que estimulem a prática regular de hábitos saudáveis de vida, visto a importância na contribuição para melhoria da qualidade de vida das pessoas, a Secretaria de Saúde do Recife implantou o Programa Academia da Cidade em 2002, que posteriormente tornou-se estratégia da Política Nacional de Promoção da Saúde na Atenção Básica.

Este Programa foi regulamentado, a partir dos seguintes decretos e portarias: (1) Decreto nº 19.808, de 22 de Fevereiro de 2003, que cria o Programa Academia da Cidade; (2) Decreto nº 22.345 de 18 de Outubro de 2006, que reestrutura e regulamenta o Programa Academia da Cidade; (3) Portaria Nº 122 /2006 - GAB/SS em 28 de Setembro de 2006 resolve inseri-lo como política de promoção à saúde da Atenção Básica da Secretaria de

---

<sup>2</sup> Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico.

<sup>3</sup> Acompanhando recomendações internacionais (Organização Mundial da Saúde, 2004), o VIGITEL considera como atividade física suficiente a prática de pelo menos 30 minutos diário de atividade física de intensidade moderada em cinco ou mais dias da semana ou a prática de pelo menos 20 minutos diário de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana.

Saúde; e (4) Lei nº. 17.400 /2007, criando 120 cargos de profissional de Educação Física na secretaria de saúde, possibilitando com isso o concurso público (RECIFE, 2009).

O Programa caracteriza-se como uma estratégia da Política Nacional de Promoção da Saúde com ênfase na atividade física e alimentação saudável, possuindo como princípios norteadores a autonomia do sujeito, o protagonismo social; a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a transversalidade, a saúde e o lazer como direitos do cidadão, tem como objetivo geral, contribuir para a promoção da saúde coletiva através da prática de atividades físicas, lazer e orientação para adoção de hábitos alimentares saudáveis, potencializando o uso dos espaços públicos, promovendo o protagonismo social, visando à melhoria da qualidade de vida da população recifense (RECIFE, 2009).

Ainda são objetivos do Programa: estimular e orientar os cidadãos quanto aos cuidados individuais e coletivos com a saúde; melhorar os níveis de aptidão física relacionados à saúde; potencializar o uso dos espaços públicos e equipamentos de saúde; incentivar a produção de conhecimentos e sua socialização; incentivar a prática da atividade física em todas as suas dimensões; discutir os diversos tipos de culturas valorizando as nossas tradições; promover ações intersetoriais com iniciativas público-privadas e sociedade civil organizada; promover gestão integrada na perspectiva da corresponsabilidade social e do fortalecimento da participação popular na construção de políticas públicas; fortalecer a Promoção da Saúde como política transversal; favorecer a ressocialização dos usuários da rede de saúde mental e de substâncias psicoativas; incentivar e contribuir para a autonomia dos usuários do PAC e fortalecer as diretrizes da gestão municipal; dar suporte as iniciativas da Atenção Básica; aproximar o PAC das redes de ensino, disponibilizando o espaço para acolher e orientar alunos de várias faixas etárias; realizar ações intersetoriais, qualificadas com os diversos setores da rede de saúde, numa perspectiva de promoção de saúde; realizar intervenções que favoreçam a intergeracionalidade e promover a inclusão social.

As intervenções do PAC ocorrem em locais públicos requalificados denominados polos; em equipamentos de saúde, tais como centro de apoio psicossocial (CAPS), albergue terapêutico, unidade de saúde da família, centros de saúde/unidade básica de saúde; equipamentos sociais; e, ainda, em outros espaços públicos identificados como possíveis para atuação do Programa (RECIFE, 2009).

As atividades são desenvolvidas entre 05:30 às 11:30 horas e das 14:00 às 20:00 horas de segunda-feira a sexta-feira, sendo estes horários distribuídos entre os polos (05:30 às 08:30/17:00 às 20:00) e nos equipamentos descritos acima (09:00 às 11:30/14:00 às 16:30), e

ajustados de acordo com os locais e planos de atuação construídos pela equipe do Programa e pactuados com a comunidade, suas ações são de responsabilidade de uma equipe multidisciplinar, com profissionais de educação física e nutrição.

Tem como público alvo toda população do Recife em todas as suas faixas etárias, onde a mesma participa do programa a partir da adesão voluntária. Atualmente é composto por vinte e sete polos distribuídos nos seis distritos sanitários, com a previsão de implantar no município mais quinze polos até o final de 2012 em parceria com o Governo do Estado de Pernambuco, através da Secretaria das Cidades.

As atividades desenvolvidas pelo Programa são: avaliação física e avaliação nutricional, as diversas atividades corporais como jogos, lutas, danças, ginástica, esportes; além de palestras, rodas de diálogo, seminários, passeios interpolos e intermunicipais, passeios ciclísticos, estímulo a participação em orçamento participativo e em conferências municipais, a participação em competições atléticas, discussões sobre as datas comemorativas do calendário da saúde, entre outras ações que são desenvolvidas a partir de parcerias e articulações intra e intersetorial, como intervenções sistemáticas em conjunto com os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (RECIFE, 2009).

Para ingressar no PAC não é preciso fazer uma inscrição, um cadastro, sendo realizado um acolhimento pela equipe do polo/comunidade (profissionais, acadêmicos e usuários), que apresenta o Programa, suas características, seu funcionamento e busca de uma maneira geral conhecer esse novo participante. Os usuários novos e antigos são sempre orientados e estimulados pelos profissionais a realizarem a avaliação física, mas, esse procedimento não é obrigatório, ficando a decisão final com os usuários. Essa ação é comumente incitada, pois possibilita uma aproximação maior do profissional com o usuário, o conhecimento mais específico sobre o indivíduo que está sendo atendido, reconhecendo suas características, potencialidades e limitações (LEMOS, 2010).

Para execução da avaliação física, tem-se como base uma ficha padrão que busca informações referentes aos usuários no aspecto sócio demográfico, de estilo de vida e de aptidão física. As fichas devem ser preenchidas nos polos e posteriormente emitem-se relatórios, que são apresentados e discutidos junto aos usuários (LEMOS, 2010).

Para a concretização desse Programa no cotidiano é fundamental o envolvimento de diversos atores: Secretaria Municipal de Saúde, Orçamento Participativo, Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Cidadã, Secretaria Municipal de Educação, Fundação de Cultura, Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Estadual das

Cidades, Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana, Empresa de Urbanização do Recife e Dispositivos das Comunidades (Associação de moradores, entidades religiosas, grupos organizados, entre outros); além de todas as articulações intersetoriais com as diversas políticas da Secretaria Municipal de Saúde: Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, Política de Atenção À Pessoa Idosa, Política de Atenção à Pessoa com Deficiência e Diretoria de Vigilância em Saúde (COMMITTEE ON SOCIAL INCLUSION AND PARTICIPATIVE DEMOCARCY, 2011).

Quanto aos processos participativos adotados no Programa referem-se a participação social e de identificação de pleitos de interesse social (nas conferências e orçamentos participativos), na medida em que surgem nos territórios procuras relacionadas as necessidades da população ou ainda quando estimula-se a participação das comunidades, de uma forma organizada em iniciativas, que favorecem o empoderamento das mesmas no tocante as decisões sobre suas vidas. Uma vez que decidir coletivamente e em diálogo para a instalação de espaços democráticos vai além da possibilidade de oferecer acesso a prática de atividade física e ser orientado sobre alimentação saudável. Agrega a este acesso a possibilidade das pessoas se reconhecerem como sujeitos de sua própria vida, atores ativos na sua casa, bairro, comunidade, por meio de uma intervenção que busca atender a diversidade humana sem excluir as singularidades (COMMITTEE ON SOCIAL INCLUSION AND PARTICIPATIVE DEMOCARCY, 2011).

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

O PAC pode ser identificado como uma intervenção pública alinhada com o debate internacional e nacional no campo da promoção da saúde, que propõe intervenções multifocais, objetivando mudanças sociais abrangentes e sustentáveis, com ênfase tanto no papel dos sujeitos e das organizações sociais, como no desenvolvimento institucional. Porém, para que a promoção da saúde consolide-se enquanto campo aplicado de conhecimentos, o



monitoramento e a avaliação aparecem como pontos cruciais para o diálogo entre teoria e prática e, portanto, para sua qualificação (CARVALHO et al., 2007).

O Programa Academia da Cidade guarda em si uma abordagem que associa o conhecimento ao uso de tecnologias leves, em consonância com o conceito de cidadania e autonomia necessárias ao desenvolvimento social das pessoas, por outro lado, não deixa de trazer em seu bojo dificuldades comuns a boa parte dos programas sociais coordenados pelo poder público. Estes se referem à ausência de dotação orçamentária própria com vistas a conferir ao mesmo maior poder de sustentabilidade e à necessidade de uma maior integração as outras ações de promoção da saúde, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, modelo brasileiro preferencial de reorganização do sistema que tem entre suas atribuições formais a vigilância à saúde, ações de prevenção a doenças e promoção da saúde, cujas estratégias estão intimamente relacionadas às atividades previstas pelo PAC (COMMITTEE ON SOCIAL INCLUSION AND PARTICIPATIVE DEMOCRACY, 2011).

Em se tratando dessas dificuldades postas ao Programa, um aspecto fundamental nesse caso é a adesão das pessoas às atividades desenvolvidas pelo mesmo, principalmente quando se fala de um programa com foco no estímulo a mudança de comportamentos com relação aos aspectos da atividade física e alimentação saudável. Sendo assim, dependente das complexas e singulares integrações entre as vontades e percepções pessoais de cada indivíduo, da estrutura organizacional e funcional do Programa e como tudo isso acontece em determinado tempo e espaço. Questões que estão intimamente relacionadas a adesão das pessoas a prática regular de exercício físico, como será descrito a seguir.

### **3.4 Adesão a prática de Atividade Física**

Com base na contradição, os efeitos da prática regular de exercício físico são predominantemente benéficos, porém a população continua sedentária, entende-se que as pessoas precisam mais do que informações para mudar seus comportamentos, porém, a existência de um programa de promoção da atividade física como o PAC, também não garante a adesão da população. Percebe-se então que a adesão é um fenômeno complexo, e que deve ser entendido como um processo, já que manter indivíduos ativos fisicamente de maneira regular tem se tornado um dos grandes desafios da saúde pública.

Ainda é controverso sobre qual a melhor terminologia para estudar a entrada e manutenção ou permanência do indivíduo em um programa de exercícios físicos. Cada autor



define uma palavra diferente para estes momentos. As palavras mais utilizadas na literatura são adesão e aderência (ANDREOTTI; OKUMA, 2003; SABA, 2001; SANTOS; KNIJNIK, 2005). Alguns autores consideram estas palavras como sinônimas (PIERIN; MION JR., 2004).

Estas palavras são originadas de duas palavras latinas formadas a partir do mesmo verbo latino, “*adhaerere*” que significa aderir. Por outro lado, o conceito de adesão está ligado ao pensamento, ao sentimento e a vontade de quem adere, portanto o termo adesão é mais utilizado em relação a pessoas. Por exemplo, adesão a um determinado modo de vida, adesão a um programa de exercícios físicos (ANDREOTTI; OKUMA, 2003; SABA, 2001; SANTOS; KNIJNIK, 2005).

Os comportamentos pessoais frente à adesão a programas de exercícios físicos envolvem a adesão inicial; a manutenção/permanência; o desligamento/desistência e a retomada da atividade, e para cada momento, existe um conjunto de determinantes pessoais, sociais, ambientais e característicos do programa que vão estar influenciado de maneira positiva ou negativa, com maior ou menor grau à fixação das pessoas nos programas (DISHMAN, 1994; NUNOMURA, 1998).

O interesse no estudo da adesão a programas de atividade física teve um grande impulso nos anos finais da década de 80, especialmente quando alguns governos decidiram investir no estudo sobre a conduta sedentária das populações (CASTRO et al., 2009; FERREIRA; WILLIAMS, 2003; MAYMÍ, 2002; NAJAR, 2005; PALMA, et al., 2006). Desde então, autores têm-se dedicado ao estudo desta temática, desenvolvendo essencialmente três linhas de estudo: uma referente aos modelos teóricos de adesão, outra referente aos principais motivos da adesão e por fim as abordagens sobre as barreiras à adesão.

Sobre os modelos teóricos, eles tentam explicar a razão pela qual determinado comportamento é deflagrado, porque as pessoas se motivam ou desmotivam para aderir, se manter ou desistir da prática regular de exercício físico (KOIVULA, 1999). Dessa forma propõem a categorização desses modelos em: teorias de crenças e atitudes, teorias baseadas na competência, controle e tomada de decisão.

Alguns desses principais modelos e teorias são: Modelo de Crença na Saúde está associado com comportamentos de saúde preventivos, quando a motivação para o comportamento é a saúde, sua aplicação reside no desenvolvimento de mensagens passíveis

de persuadir os indivíduos a tomar decisões saudáveis, a partir do estímulo a percepção da gravidade de uma doença (WEINBERG; GOULD 2008).

Teoria do Comportamento Planejado, afirma que a intenção é prognosticador do comportamento, mais também, além das noções de normas e atitudes subjetivas, a percepção de controle do comportamento, ou seja, a percepção das pessoas de sua capacidade de realizar tal comportamento também vai afetar o resultado comportamental (MARTIN et al., 2005).

Teoria sociocognitiva, afirma que fatores pessoais, comportamentais e ambientais operam como determinantes reciprocamente interativos (WEINBERG; GOULD 2008).

Modelo Transteórico, afirma que os indivíduos atravessam estágios de mudança e que esse movimento é cíclico e não linear, entende a mudança de comportamento como um processo em que os indivíduos passam por uma série de estágios interrelacionados, ao invés de um fenômeno do tipo “tudo ou nada”. Assim sendo, os indivíduos devem se beneficiar de intervenções adequadas à fase em que se encontram (BUCKWORTH; DISHMAN, 2002).

Os estágios deste modelo são: Estágio de pré-contemplação, os indivíduos não têm intenção de mudar o comportamento, não têm percepção da necessidade de mudança. Um critério para identificar este estágio é “a inatividade corrente e a ausência de intenção em tornar-se ativo nos próximos seis meses”; Estágio de contemplação, os indivíduos pensam na necessidade de mudar porque estão atentos a isso. Todavia, não existe ainda compromisso com a mudança que se está a repensar. Um critério para este estágio é “pensar frequentemente em iniciar um programa de exercício, possivelmente dentro de seis meses”; Estágio de preparação, os indivíduos fazem tentativas para mudar e têm uma forte intenção de fazer mais tentativas no futuro. São desenvolvidos alguns esforços para a mudança, particularmente, utilizando as estratégias que se revelaram mais eficazes no desencadear dessa mudança. Um critério para este estágio é “a preparação corrente para iniciar o exercício ou adotar níveis recomendados de atividade física no próximo mês”; Estágio de ação, os indivíduos fazem tentativas deliberadas de vencer a sua percepção ou os problemas reais, mudando o seu comportamento, as circunstâncias ambientais e as suas experiências. O seu compromisso com a mudança é grande e monitorizam os seus esforços de mudança, com tentativas muito empenhadas. Um critério para este estágio é “aderir a programas de atividade correntemente, mas durante menos de seis meses” e por fim o Estágio de manutenção, os indivíduos focam-se no seu sucesso, tentando evitar a recaída. O exercício é regular e as pessoas estão confiantes na sua capacidade para manter esse comportamento. Tentam ultrapassar os obstáculos que

surgem à sua atividade física regular. Um critério deste estágio é “a atividade física regular por mais de seis meses” (WEINBERG; GOULD 2008).

Sobre os motivos para a prática de exercício físico, as evidências nessa área revelam que é fundamental o conhecimento profundo dos motivos que levam as pessoas a participar com regularidade de atividade física, na medida que possibilita a adequação dos programas às expectativas dos praticantes, aumentando assim a satisfação e conseqüente permanência. E no que se refere à avaliação dos motivos para a prática de atividade física, verifica-se uma diversidade de métodos, por exemplo, as perguntas abertas, questionários, entre outros (MARKLAND; INGLEDEW, 1997; MAYMÍ, 2002; PLONCZYNSKI, 2000).

No que se refere as barreiras a prática de atividade física, o seu conhecimento e associação com a prática, reveste-se de grande interesse, pois da mesma forma que os motivos permite a mobilização de recursos adequados às necessidades específicas de grupos ou segmentos da população, aumentando dessa forma a eficácia dos programas (BUCKWORTH; DISHMAN, 2002).

As teorias nos ajudam a entender e nos fornecem meios para estudar o processo de adoção e mais tarde, de manutenção de hábitos regulares de exercício físico, outra forma para estudar a adesão a programas de exercício físico é a investigação dos determinantes específicos relacionados aos comportamentos para o exercício. Esses determinantes se enquadram em duas grandes categorias, fatores pessoais e fatores ambientais, entretanto, deve se observa-los não como variáveis isoladas, ao contrário são influenciados e influenciam uns aos outros na determinação dos comportamentos (BUCKWORTH; DISHMAN, 2002).

Para os fatores pessoais podemos diferenciar em três tipos de características: as variáveis demográficas (idade, sexo, emprego, situação de doença, obesidade e sobrepeso, renda e situação econômica); variáveis cognitivas (atitudes, barreiras percebidas, satisfação no exercício, expectativa de saúde e outros benefícios, intenção de fazer exercício, conhecimento sobre saúde e exercício, falta de tempo, transtorno de humor, percepção de saúde e condicionamento físico e automotivação) e variáveis de comportamento (dieta, atividade física não estruturada durante a infância, atividade física não estruturada durante a idade adulta, participação em programas no passado, esportes na escola e fumo) (WEINBERG; GOULD 2008).

Enfim, com relação aos fatores ambientais, estão divididos em ambiente social (tamanho da classe, coesão do grupo, influência médica, influência passada da família, apoio social de amigos e colegas, apoio social de cônjuge e família e apoio social da equipe e

professor); ambiente físico (clima e estação, custo, interrupções na rotina, acesso aos recursos real, acesso aos recursos percebidos e equipamentos em casa) e características da atividade física (intensidade, esforço percebido, programa de grupo e qualidade do líder) (WEINBERG; GOULD 2008).

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Desenho do Estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo transversal.

### **4.2 Local do Estudo**

Vinte Polos do Programa Academia da Cidade: Boa Viagem, Brasília Teimosa, Ipsep, Lagoa do Araçá, Praça da Vitória, Jardim São Paulo, San Martim, Engenho do Meio, Praça do Poeta, Avenida do Forte; Beira Rio, Sítio da Trindade, Morro da Conceição, Jaqueira, Ilha do Leite, Santo Amaro, Coque, Alto do Capitão, Praça do Hipódromo e Ilha do Joaneiro.

### **4.3 População do Estudo**

Usuários, ex-usuários e não usuários dos polos do Programa Academia da Cidade.

### **4.4 Período do Estudo**

A pesquisa (fase de coleta de dados) foi realizada entre os meses de outubro de 2011 à janeiro de 2012.

### **4.5 Tipo e Tamanho da Amostra**

Para realização do estudo foi calculada uma amostra capaz de detectar uma diferença de pelo menos 15% nas prevalências de adesão ao Programa Academia da Cidade (de 80% para 65%) nos dois grupos de comparação (Usuário e Ex-usuário), com um nível de significância de 5% e 90% de poder de teste. Assim, seriam necessários 400 indivíduos, sendo cada grupo formado por 200 pessoas.

E para a identificação dos principais motivos para não participação no PAC, foi calculada uma amostra capaz de detectar uma prevalência de 50%. Desta forma, com um nível de significância de 5% e margem de erro de 6%, seriam necessários 267 indivíduos.

A casuística final ficou com 289 usuários, 244 ex-usuários e 289 não usuários. Totalizando assim uma amostra com 822 sujeitos.

### **4.6 Critérios de inclusão**

- a) Ser usuário do Programa a pelo menos 3 meses
- b) Ter mais de 18 anos
- c) Para o ex-usuário e o não usuário: ter sido indicado por um usuário do Programa e ser maior de 18 anos.

### **4.7 Critério de exclusão**

- a) Ser menor de 18 anos.

#### **4.8 Seleção dos Participantes**

A seleção dos indivíduos foi realizada pela equipe responsável da pesquisa que no dia e horário determinado no cronograma se apresentou no início das atividades de cada turma nos polos do PAC. Foram apresentados os objetivos do estudo, os critérios de inclusão no mesmo e foi realizado o convite para participação na pesquisa aos usuários presentes. A forma de participação do mesmo foi esclarecida e em seguida com os devidos esclarecimentos sobre seu preenchimento, foram entregues os questionários para os participantes que atendiam aos critérios de inclusão levar para responder em suas residências, bem como, para as pessoas que foram indicadas pelos mesmos para também participar da pesquisa.

Em cada polo foi solicitado aos profissionais do PAC que recolhessem junto aos participantes os questionários devolvidos pelos mesmos. A guarda deste material foi feita por estes profissionais e após uma semana foram recolhidos pela equipe da pesquisa. Em alguns casos o retorno ao polo aconteceu mais de uma vez, pois as pessoas esqueciam os formulários em casa e entregaram fora do prazo estabelecido.

#### **4.9 Instrumentos de Coleta de Dados**

Foi aplicado questionário (APÊNDICE B), elaborado com questões objetivas, baseadas em estudos mais recentes sobre adesão de usuários a programas de atividade física e no questionário adaptado sobre motivação para a prática esportiva, utilizado pelo Laboratório de Estudos em Práticas Esportivas e Lazer (LAPEL) da Escola Superior de Educação Física - Universidade de Pernambuco ESEF/UPE (FREITAS, et al., 2007).

Após a construção do questionário, o mesmo foi testado antes de sua utilização definitiva, aplicaram-se alguns exemplares em uma pequena população escolhida (semelhante aos sujeitos da pesquisa).

#### **4.10 Coleta de Dados**

O Trabalho de campo foi realizado por uma equipe de nível superior treinada e supervisionado pela pesquisadora responsável.

#### **4.11 Variáveis**

##### **a) Dependente:**

- Adesão: usuários que participam no mínimo há 3 meses do PAC e que permanecem no Programa.

**b) Independentes:**

- Sexo: Masculino e Feminino.
- Faixa etária: 18 a 29 anos, 30 a 59 anos e 60 anos ou mais.
- Raça/Cor: Branca, Negra, Amarela, Parda, Indígena e Outras.
- Escolaridade: 1 a 9 anos, 10 a 12 anos e 13 anos ou mais.
- Estado Conjugal: Solteiro (a), Casado (a), Separado (a), Viúvo (a) e Companheiro (a) de união estável.
- Situação de Trabalho: Sim/Empregado ou Não/Não Empregado (sem emprego, do lar, aposentado).
- Presença de Doenças: Sim ou Não,
- Tipo de doenças: Hipertensão, Diabetes, Doenças do Coração e Outras.
- Tempo de participação do PAC: 3 a 6 meses; 7 a 24 meses e 25 meses ou mais.
- Frequência de participação: Menor que 3 dias, 3 dias e maior que 3 dias.
- Importância: adotar um estilo de vida saudável; gostar de praticar exercício; aumentar seus conhecimentos na área da saúde; melhorar seu desempenho físico; melhorar a saúde; aconselhamento médico; melhorar a autoimagem; melhorar a autoestima; recuperação de lesões; relaxar/ reduzir o nível de estresse; recuperar-se das atividades do trabalho diário; influência da televisão/mídia; tempo disponível para a prática; período do ano; localização do programa; atividades oferecidas pelo programa; apoio social dos amigos e colegas; ampliar a rede social; apoio social do (a) cônjuge e família; apoio social da equipe e professor; confiança e compromisso da equipe e professor; gostar de desafios e para sair de casa. Variáveis com quatro níveis de resposta (Escala: Sem importância (1); Pouco importante (2); Importante (3); Importantíssimo (4). Para efeito de análise estas quatro categorias foram agrupada apenas em duas, pouco importante (os resultados de sem importância e pouco importante) e muito importante (os resultados de importante e importantíssimo).
- Motivos de adesão inicial: adotar um estilo de vida saudável; gostar de praticar exercício; aumentar seus conhecimentos na área da saúde; melhorar seu desempenho físico; melhorar a saúde; aconselhamento médico; melhorar a autoimagem; melhorar a autoestima; recuperação de lesões; relaxar/ reduzir o nível de estresse; recuperar-se das atividades do trabalho diário; influência da televisão/mídia; tempo disponível para a prática; período do ano; localização do programa; atividades oferecidas pelo

- programa; apoio social dos amigos e colegas; ampliar a rede social; apoio social do (a) cônjuge e família; apoio social da equipe e professor; confiança e compromisso da equipe e professor; gostar de desafios e para sair de casa.
- Motivos de Permanência: prazer da prática; sentir-se realizado; conhecer seus limites; aumentar o bem-estar corporal; reduzir o nível de estresse; recuperar-se das atividades do trabalho diário; liberar energias; sensação de bem-estar proporcionado pelo exercício; sensação de bem-estar proporcionado pelo ambiente; por causa do local da prática; por causa da alegria proporcionada no ambiente; facilidade de acesso; segurança do local da prática; atividades oferecidas e materiais utilizados; por causa da atenção do professor; por causa dos incentivos do professor; por causa da atenção da equipe do local; círculo de amizades; ter status social; aumentar o contato/rede social; incentivo/apoio dos amigos e colegas; incentivo/apoio do (a) cônjuge e família; manter-se em forma; ficar mais forte; emagrecer; melhorar a aparência e melhorar a postura.
  - Motivos de Desistência: desmotivação; presença de doença ou lesão; medo de lesão; sentir-se desconfortável; falta de habilidade para prática de exercícios físicos; falta de apoio social dos amigos e colegas; falta de apoio social do (a) cônjuge e família; pouco vínculo com a equipe e professor; pouca confiança com a equipe e professor; falta de compromisso da equipe e professor; falta de segurança no local da prática; falta de banheiro no local da prática; localização do programa; atividades desenvolvidas pelo programa; falta de quem cuide dos filhos/parentes; falta de tempo; falta de transporte; não precisar praticar exercício e não gostar da prática de exercício.
  - Motivos de não adesão: desmotivação; presença de doença ou lesão; medo de lesão; sentir-se desconfortável; falta de apoio social dos amigos e colegas; falta de apoio social do (a) cônjuge e família; falta de habilidade para prática de exercícios físicos; pouco vínculo com a equipe e professor; pouca confiança com a equipe e professor; falta de compromisso da equipe e professor; falta de segurança no local da prática; falta de banheiro no local da prática; localização do programa; atividades desenvolvidas pelo programa; falta de tempo; falta de transporte; falta de quem cuide dos filhos/parentes; não precisar praticar exercício; não conhecer os benefícios da prática de exercício e não gostar da prática de exercício.



#### 4.12 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram digitados com dupla entrada no Programa EpiInfo versão 3.5.3. Após a finalização da digitação foi realizado o procedimento *validate* (compara dois arquivos em EpiInfo introduzidos por diferentes operadores e relata quaisquer diferenças, detectando os erros de digitação). Inicialmente realizou-se uma análise descritiva dos dados para caracterizar os três grupos de estudo (usuários, ex-usuários e não usuários). A apresentação das variáveis foi feita em tabelas de frequências.

Para mensurar as possíveis diferenças entre os grupos de estudo e para avaliar a adesão ao PAC, em análise bivariada (a qual investiga isoladamente a relação entre cada variável explicativa (independente) e a variável resposta (dependente), sem levar em conta as demais) foi aplicado o teste de Qui-quadrado de Pearson.

Em análise multivariada (esta consiste em avaliar simultaneamente, em um único modelo, o efeito das variáveis selecionadas sobre a resposta Adesão) foi aplicado o modelo logístico e o critério de inclusão de variáveis foi ter p-valor menor ou igual 0,25 (HOSMER, LEMESHOW, 2000) na análise bivariada. A partir daí, foi realizada a seleção de um modelo final através do método *backward*. Tanto na análise bivariada quanto na multivariada foi utilizada como medida de associação a Odds Ratio (OR) com seus respectivos intervalos de confiança com 95% de confiança.

Para cálculo das medidas de associação foram considerados os grupos de referência, os que apresentaram os resultados mais prevalentes. Para análise dos dados foi utilizado o software SPSS versão 8.0, e para tomada de decisões considerou um nível de significância de 5%.

Foi considerado para análise bivariada e multivariada: Adesão, usuários que participam no mínimo há 3 meses do PAC e que permanecem no Programa (usuários) e Não Adesão, ter iniciado no PAC, mas, ter desistido (ex-usuários). O grupo de Não usuários foi excluído dessa análise, pois os mesmos em nenhum momento aderiram ao PAC e não responderam as variáveis relacionadas à adesão.

#### 4.13 Considerações Éticas

Trata-se de uma pesquisa onde foram utilizados dados primários para análise. A coleta de dados foi oficialmente autorizada conforme carta de anuência anexa (ANEXO A). Foi garantido o sigilo das informações obtidas, sem identificação nominal do sujeito da pesquisa, bem como a divulgação dos resultados apenas no meio científico. Os sujeitos que fizeram parte da amostra, só o fizeram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), onde estão especificados os possíveis riscos e benefícios de sua participação nessa pesquisa. Este trabalho atende aos preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, e foi aprovado (parecer 07/2011) pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ PE (ANEXO B). As informações obtidas neste estudo serão mantidas em acervo exclusivo aos pesquisadores envolvidos na pesquisa durante 5 anos.

## **5 RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados a seguir de acordo com a seguinte organização, primeiramente a descrição do perfil sócio demográfico, presença de doenças e participação no programa, em seguida o grau de importância atribuído aos determinantes de adesão a programas de atividades físicas, posteriormente os principais motivos para adesão, permanência, desistência e não adesão ao PAC e por fim os fatores que explicam a adesão ao PAC, a partir das análises bivariada e multivariada.

### **5.1 Descrição do perfil sócio demográfico, presença de doenças e participação no programa**

A tabela 1 revela que, independentemente do tipo de sujeito de pesquisa, houve predominância do sexo feminino com 84,7%, em relação a faixa etária, a maior prevalência encontrada foi de pessoas com idade entre 30 e 59 anos de idade.

Ainda nesta tabela, a maioria dos participantes da pesquisa se autorreferiram em relação a raça/cor como sendo pardas (44,8%), seguidas de pessoas que se consideram brancas (36%) e negras (13,4%). Mais de 50% apresentaram entre 10 a 12 anos de estudo e estavam na situação de trabalho não empregado. A maioria são pessoas casadas (42,7%), seguidas de solteiras (33,8%).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas de usuários, ex-usuários e não usuários do Programa Academia da Cidade. Recife, 2012.

Características Sociodemográficas	Usuário (n=289)		Ex-usuário (n=244)		Não usuário (n=289)		Total (n=822)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo<sup>1</sup></b>									
Masculino	21	7,3	21	8,6	84	29,1	126	15,3	
Feminino	268	92,7	223	91,4	205	70,9	696	84,7	
<b>Faixa Etária (anos) <sup>1</sup></b>									
18 a 29	11	3,8	48	19,7	86	29,8	145	17,6	
30 a 59	194	67,1	155	63,5	164	56,7	513	62,4	
60 ou mais	84	29,1	41	16,8	39	13,5	164	19,0	
<b>Raça/Cor</b>									
Branca	105	36,3	76	31,1	123	42,6	304	36,0	
Negra	34	11,8	37	15,2	39	13,5	110	13,4	
Amarela	7	2,4	6	2,5	5	1,7	18	2,2	
Parda	138	47,8	118	48,4	112	38,8	368	44,8	
Indígena	3	1,0	4	1,6	5	1,7	12	1,5	
Outras	2	0,7	3	1,2	5	1,7	10	1,2	
<b>Escolaridade<sup>1</sup></b>									
1 a 9 anos	83	28,7	65	26,6	60	20,8	208	25,3	
10 a 12 anos	161	55,7	132	54,1	157	54,3	450	54,7	
13 ou mais	45	15,6	47	19,3	72	24,9	164	20,0	
<b>Estado Conjugal<sup>1</sup></b>									
Solteiro (a)	64	22,1	89	36,5	125	43,3	278	33,8	
Casado (a)	133	46,0	107	43,9	111	38,4	351	42,7	
Separado (a)	31	10,7	15	6,1	16	5,5	62	7,5	
Viúvo (a)	38	13,1	18	7,4	12	4,2	68	8,3	
Companheiro (a) com união estável	23	8,0	15	6,1	25	8,7	63	7,7	
<b>Situação de Trabalho<sup>1</sup></b>									
Empregado	111	38,4	123	50,4	160	55,4	394	47,9	
Não empregado	178	61,6	121	49,6	129	44,6	428	52,1	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: <sup>1</sup> p valor  $\leq 0,05$

Sobre a presença de doenças na população estudada (tabela 2), 64,2% afirmaram não ter nenhuma doença. Dos que afirmaram apresentar alguma doença, a maioria tem hipertensão (74,8%). Chama a atenção o número de diabéticos, de quase 20%, entre os ex-usuários do Programa e o percentual de 15% no total. Entre outras doenças citadas pelos entrevistados estão também a depressão e os problemas osteoarticulares.

Tabela 2 – Distribuição da presença de doenças autorreferida pelos usuários, ex-usuários e não usuários do Programa Academia da Cidade. Recife, 2012.

Presença de Doenças	Usuário (n=289)		Ex-usuário (n=244)		Não usuário (n=289)		Total (n=822)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Presença de Doenças<sup>1</sup></b>								
Sim	122	42,2	88	36,1	84	29,1	294	35,8
Não	167	57,8	156	63,9	205	70,9	528	64,2
<b>Hipertensão</b>								
Sim	90	73,8	63	71,6	67	79,8	220	74,8
Não	32	26,2	25	28,4	17	20,2	74	25,2
<b>Diabetes</b>								
Sim	17	13,9	17	19,3	10	11,9	44	15,0
Não	105	86,1	71	80,7	74	88,1	250	85,0
<b>Doenças do Coração</b>								
Sim	6	4,9	7	8,0	8	9,6	21	7,1
Não	116	95,1	81	92,0	76	90,4	273	92,9
<b>Outras</b>								
Sim	33	27,0	28	31,8	14	16,7	14	25,5
Não	89	73,0	60	68,2	70	83,3	70	74,5

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: <sup>1</sup> p valor  $\leq 0,05$

Quanto a participação no Programa Academia da Cidade (tabela 3) para grupo de usuários, mais de 50% participa há 25 meses ou mais, enquanto que para o grupo de ex-usuários o maior percentual participou do PAC entre 7 e 24 meses (51,2%). Vale destacar o valor de mais de 30% dos ex-usuários que participou entre 3 e 6 meses. No que se refere a frequência de participação, 76,0% declarou ter participado ou participar do Programa mais de três dias por semana.

Tabela 3 – Distribuição do tempo e frequência de participação no Programa Academia da Cidade pelos usuários e ex-usuários. Recife, 2012.

<b>Tempo e Frequência de Participação no Programa Academia da Cidade (PAC)</b>	<b>Usuário (n=289)</b>		<b>Ex-usuário (n=244)</b>		<b>Total (n=533)</b>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Tempo de Participação no PAC <sup>1</sup></b>						
3 a 6 meses	44	15,2	80	32,8	124	23,3
7 a 24 meses	100	34,6	125	51,2	225	42,2
25 meses ou mais	145	50,2	39	16,0	184	34,5
<b>Número de dias que participa do PAC</b>						
Menor que 3 dias	10	3,5	26	10,7	36	6,8
3 dias	38	13,1	54	22,1	92	17,2
Maior que 3 dias	241	83,4	164	67,2	405	76,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: <sup>1</sup> p valor  $\leq$  0,05

## **5.2 Grau de importância atribuído aos determinantes de adesão a programas de atividades físicas**

A análise do grau de importância atribuído pela população estudada foi elevada para todos os determinantes pesquisados, porém “influência da televisão/mídia” e “para sair de casa” tiveram os menores percentuais ficando abaixo de 70% (tabela 4).

Os resultados que estão em negrito apresentaram um valor atribuído a importância acima de 90% (tabela 4). Sendo destaque, “melhorar seu desempenho físico”; “localização do programa”; “atividades oferecidas pelo programa”; “apoio social da equipe e professor” e “confiança e compromisso da equipe e professor”, uma vez que, apresentaram diferenças entre os grupos estatisticamente significantes.

Tabela 4 – Distribuição ao alto grau de importância atribuído aos determinantes da adesão a Programas de Atividade Física pelos usuários, ex-usuários e não usuários do Programa Academia da Cidade. Recife, 2012.

Grau de Importância apontado aos determinantes da adesão	Usuário (n=289)		Ex-usuário (n=244)		Não usuário (n=244)		Total (n=822)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Adotar um estilo de vida saudável</b>	286	99	237	97,1	277	95,8	800	<b>97,3</b>
<b>Melhorar seu desempenho físico<sup>1</sup></b>	282	97,6	230	94,3	268	92,7	780	<b>94,9</b>
<b>Melhorar a autoestima</b>	280	96,9	229	93,9	268	92,7	777	<b>94,5</b>
<b>Melhorar a saúde</b>	273	94,5	231	94,7	272	94,1	776	<b>94,4</b>
<b>Confiança e compromisso equipe<sup>1</sup></b>	281	97,2	228	93,4	267	92,4	776	<b>94,4</b>
<b>Relaxar/ reduzir o nível de estresse</b>	272	94,1	226	92,6	272	94,1	770	<b>93,7</b>
<b>Atividades oferecidas pelo programa<sup>1</sup></b>	279	96,5	226	92,6	260	90	765	<b>93,1</b>
<b>Apoio social da equipe e professor<sup>1</sup></b>	277	95,9	220	90,2	262	90,7	759	<b>92,3</b>
<b>Localização do programa<sup>1</sup></b>	273	94,5	218	89,3	251	86,9	742	<b>90,3</b>
Gostar de praticar exercício <sup>1</sup>	277	95,8	214	87,7	238	82,4	729	88,7
Melhorar a autoimagem	261	90,3	217	88,9	246	85,1	724	88,1
Aconselhamento médico	253	87,5	220	90,2	249	86,2	722	87,8
Recuperar-se das atividades trabalho diário	255	88,2	214	87,7	243	84,1	712	86,6
Aumentar conhecimentos na área da saúde	256	88,6	208	85,2	241	83,4	705	85,8
Tempo disponível para a prática <sup>1</sup>	270	93,4	199	81,6	235	81,3	704	85,6
Apoio social do (a) cônjuge e família	246	85,1	194	79,5	239	82,7	679	82,6
Gostar de desafios	247	85,5	193	79,1	229	79,2	669	81,4
Apoio social dos amigos e colegas	245	84,8	200	82	223	77,6	668	81,3
Recuperação de lesões	224	77,5	195	79,9	228	78,9	647	78,7
Ampliar a rede social	230	79,6	195	79,9	217	75,1	642	78,1
Período do ano	227	78,5	184	75,4	209	72,3	620	75,4
Para sair de casa	196	67,8	167	68,4	203	70,2	566	68,9
Influência da televisão/ mídia	151	52,2	137	56,1	150	51,9	438	53,3

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: <sup>1</sup> p valor  $\leq 0,05$

### 5.3 Principais motivos para adesão, permanência, desistência e não adesão ao PAC

Dentre os cinco motivos mais apontados à adesão (tabela 5), “adotar um estilo de vida saudável” foi o mais prevalente (90,4%), seguido de “relaxar/ reduzir o nível de estresse” (46,9%), “melhorar seu desempenho físico” (46,%), “melhorar a saúde” (45,8%) e “atividades oferecidas pelo programa” (37,7%). Chama atenção alguns motivos que apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos analisados, como: “atividades oferecidas pelo programa”, “apoio social da equipe e professor”, “gostar de praticar exercício”, “localização do programa” e “confiança e compromisso da equipe e professor”.

Tabela 5 – Distribuição dos motivos de adesão ao Programa Academia da Cidade dos usuários e ex-usuários do Programa Academia da Cidade. Recife, 2012.

Motivos de ADESÃO ao PAC	Usuário (n=289)		Ex-usuário (n=244)		Total (n=533)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Adotar um estilo de vida saudável</b>	<b>259</b>	<b>89,6</b>	<b>223</b>	<b>91,4</b>	<b>482</b>	<b>90,4</b>
<b>Relaxar/ reduzir o nível de estresse</b>	<b>142</b>	<b>49,1</b>	<b>108</b>	<b>44,3</b>	<b>250</b>	<b>46,9</b>
<b>Melhorar seu desempenho físico</b>	<b>143</b>	<b>49,5</b>	<b>102</b>	<b>41,8</b>	<b>245</b>	<b>46,0</b>
<b>Melhorar a saúde</b>	<b>135</b>	<b>46,7</b>	<b>109</b>	<b>44,7</b>	<b>244</b>	<b>45,8</b>
<b>Atividades oferecidas pelo programa<sup>1</sup></b>	<b>126</b>	<b>43,6</b>	<b>75</b>	<b>30,7</b>	<b>201</b>	<b>37,7</b>
Apoio social da equipe e professor <sup>1</sup>	123	42,6	76	31,1	199	37,3
Gostar de praticar exercício <sup>1</sup>	125	43,3	71	29,1	196	36,8
Localização do programa <sup>1</sup>	121	41,9	75	30,7	196	36,8
Melhorar a autoestima	105	36,3	86	35,2	191	35,8
Tempo disponível para a prática	61	21,1	45	18,4	106	19,9
Apoio social dos amigos e colegas	52	18,0	44	18,0	96	18,0
Aconselhamento médico	46	15,9	37	15,2	83	15,6
Apoio social do (a) cônjuge e família	46	15,9	37	15,7	83	15,6
Confiança e compromisso da equipe e do professor <sup>1</sup>	48	16,6	25	10,2	73	13,7
Ampliar a rede social	37	12,8	31	12,7	68	12,8
Melhorar a autoimagem	35	12,1	23	9,4	58	10,9
Recuperar-se das atividades do trabalho diário	25	8,7	18	7,4	43	8,1
Recuperação de lesões	11	3,8	16	6,6	27	5,1
Aumentar seus conhecimentos na área da saúde	7	2,4	8	3,3	15	2,8
Para sair de casa	6	2,1	6	2,5	12	2,3
Gostar de desafios	8	2,8	2	0,8	10	1,9
Período do ano	5	1,7	3	1,2	8	1,5
Influência da televisão/mídia	2	0,7	5	2,0	7	1,3

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: <sup>1</sup> p valor  $\leq 0,05$

A análise dos motivos que favorecem a permanência dos usuários no Programa Academia da Cidade revelou que os mais frequentes foram: “sensação de bem-estar proporcionado pelo exercício”, seguido de “prazer na prática”, “aumentar o bem-estar corporal”, “manter-se em forma” e “por causa dos incentivos do professor” (tabela 6).



Tabela 6 – Distribuição dos motivos de permanência no Programa Academia da Cidade pelos usuários. Recife, 2012.

Motivos de PERMANÊNCIA no PAC	Usuário (n=289)	
	N	%
<b>Sensação de bem-estar proporcionado pelo exercício</b>	<b>209</b>	<b>72,3</b>
<b>Prazer da prática</b>	<b>194</b>	<b>67,1</b>
<b>Aumentar o bem-estar corporal</b>	<b>167</b>	<b>57,8</b>
<b>Manter-se em forma</b>	<b>163</b>	<b>56,4</b>
<b>Por causa dos incentivos do professor</b>	<b>129</b>	<b>44,6</b>
Círculo de amizades	106	36,7
Reduzir o nível de estresse	83	28,7
Facilidade de acesso	70	24,2
Por causa da alegria proporcionada no ambiente	68	23,5
Sentir-se realizado	63	21,8
Incentivo/apoio dos amigos e colegas	53	18,3
Atividades oferecidas e materiais utilizados	43	14,9
Incentivo/apoio do (a) cônjuge e família	41	14,2
Por causa da atenção do professor	40	13,8
Emagrecer	31	10,7
Aumentar o contato/rede social	27	9,3
Sensação de bem-estar proporcionado pelo ambiente	22	7,6
Melhorar a postura	19	6,6
Recuperar-se das atividades do trabalho diário	17	5,9
Por causa da atenção da equipe do local	17	5,9
Conhecer seus limites	16	5,5
Melhorar a aparência	14	4,8
Liberar energias	10	3,5
Ficar mais forte	8	2,8
Segurança do local da prática	3	1,0
Por causa do local da prática	2	0,7
Ter status social	0	-

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação aos motivos que contribuíram para desistência do Programa pelos ex-usuários (tabela 7), os cinco como os maiores percentuais foram: “desmotivação”, em seguida “falta de tempo”, “falta de banheiro no local da prática”, “falta de habilidade para prática de exercícios físicos” e por último a “presença de doença ou lesão”.

Tabela 7 – Distribuição dos motivos de desistência do Programa Academia da Cidade, pelos ex-usuários. Recife, 2012.

Motivos de DESISTÊNCIA do PAC	Ex-Usuário (n=244)	
	N	%
<b>Desmotivação</b>	<b>109</b>	<b>44,7</b>
<b>Falta de tempo</b>	<b>100</b>	<b>40,9</b>
<b>Falta de banheiro no local da prática</b>	<b>56</b>	<b>23,0</b>
<b>Falta de habilidade para prática de exercícios físicos</b>	<b>45</b>	<b>18,4</b>
<b>Presença de doença ou lesão</b>	<b>41</b>	<b>16,8</b>
Sentir-se desconfortável	38	15,6
Falta de segurança no local da prática	37	15,2
Falta de quem cuide dos filhos/parentes	34	13,9
Atividades desenvolvidas pelo programa	20	8,2
Falta de apoio social dos amigos e colegas	18	7,4
Falta de apoio social do (a) cônjuge e família	18	7,4
Pouco vínculo com a equipe e professor	17	7,0
Medo de lesão	10	4,1
Localização do programa	10	4,1
Não gostar da prática de exercício	10	4,1
Falta de compromisso da equipe e professor	6	2,6
Pouca confiança com a equipe e professor	1	0,4
Falta de transporte	1	0,4
Não precisar praticar exercício	0	-

Fonte: Elaborado pela autora.

No que se refere aos motivos mais prevalentes para não adesão ao PAC (tabela 8), mais de 50% afirmou ser por “desmotivação”, seguido de 42,9% devido a “falta de tempo”, 32,5% apontaram ser por “falta de habilidade para prática de exercícios físicos”, outros 19,4% declararam “sentir-se desconfortável” e 18,3% por “falta de segurança no local da prática”.

Tabela 8 – Distribuição dos motivos de não adesão ao Programa Academia da Cidade, pelos não usuários. Recife, 2012.

Motivos de NÃO ADESÃO ao PAC	Não Usuário (n=289)	
	N	%
<b>Desmotivação</b>	<b>147</b>	<b>50,9</b>
<b>Falta de tempo</b>	<b>124</b>	<b>42,9</b>
<b>Falta de habilidade para prática de exercícios físicos</b>	<b>94</b>	<b>32,5</b>
<b>Sentir-se desconfortável</b>	<b>56</b>	<b>19,4</b>
<b>Falta de segurança no local da prática</b>	<b>53</b>	<b>18,3</b>
Falta de banheiro no local da prática	51	17,6
Não gostar da prática de exercício	47	16,4
Pouco vínculo com a equipe e professor	38	13,1
Falta de quem cuide dos filhos/parentes	37	12,8
Falta de apoio social do (a) cônjuge e família	31	10,7
Falta de apoio social dos amigos e colegas	28	9,7
Presença de doença ou lesão	24	8,3
Atividades desenvolvidas pelo programa	24	8,3
Localização do programa	21	7,3
Medo de lesão	10	3,5
Pouca confiança com a equipe e professor	3	1,0
Falta de compromisso da equipe e professor	2	0,7
Falta de transporte	1	0,3
Não conhecer os benefícios da prática de exercício	1	0,3
Não precisar praticar exercício	0	-

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 5.4 Fatores que explicam a adesão ao PAC

A análise bivariada das características sociodemográficas, identificou diferenças significantes apenas para as variáveis, faixa etária, estado conjugal e situação de trabalho. Os indivíduos de 18 a 29 anos apresentam menos chances de aderir ao PAC, enquanto que os de 60 anos ou mais, possuem 64% mais chances para aderir ao mesmo. Em relação ao estado conjugal o fato de estar solteiro contribui para a não adesão, já as pessoas não empregadas aumentam têm 63% mais chances de adesão (tabela 9).

Tabela 9 – Análise bivariada da adesão ao Programa da Academia da Cidade segundo características sociodemográficas. Recife, 2012.

Características Sociodemográficas	Total	Adesão		OR	IC 95%	p-valor
		N	%			
<b>Sexo</b>						
Feminino	491	268	54,6	1,00	-	-
Masculino	42	21	50,0	0,83	0,44 - 1,56	0,568
<b>Faixa Etária</b>						
30 a 59	349	194	55,6	1,00	-	-
18 a 29	59	11	18,6	0,18	0,09 - 0,36	<0,001
60 ou mais	125	84	67,2	1,64	1,07 - 2,51	0,024
<b>Raça/Cor</b>						
Branca	181	105	58,0	1,00	-	-
Negra	71	34	47,9	0,67	0,38 - 1,15	0,147
Amarela	13	7	53,8	0,84	0,27 - 2,61	0,769
Parda	256	138	53,9	0,85	0,58 - 1,24	0,395
Indígena	7	3	42,9	0,54	0,12 - 2,49	0,433
Outras	5	2	40,0	0,48	0,08 - 2,96	0,431
<b>Escolaridade</b>						
10 a 12 anos	293	161	54,9	1,00	-	-
1 a 9 anos	148	83	56,1	1,05	0,70 - 1,56	0,821
13 ou mais	92	45	48,9	0,79	0,49 - 1,26	0,312
<b>Estado Conjugal</b>						
Casado (a)	240	133	55,4	1,00	-	-
Solteiro (a)	153	64	41,8	0,58	0,38 - 0,87	0,009
Separado (a)	46	31	67,4	1,66	0,85 - 3,24	0,135
Viúvo (a)	56	38	67,9	1,69	0,91 - 3,14	0,092
Companheiro com união estável	38	23	60,5	1,23	0,613 - 2,48	0,556
<b>Situação de Trabalho</b>						
Empregado	234	11	59,5	1,00	-	-
Não empregado	299	178	47,4	1,63	0,15 - 2,30	0,006

Fonte: Elaborado pela autora.

No que se refere a participação no PAC, os sujeitos que participam a mais de 25 meses tem quase sete vezes mais chances de aderir, já as chances das pessoas que frequentam mais de 3 dias por semana ser 4 vezes maior (tabela 10). Já na tabela 11 que analisa a presença de doenças não foram verificadas associações significantes para adesão ao PAC.

Tabela 10 – Análise bivariada da adesão ao Programa da Academia da Cidade segundo o tempo e frequência de participação. Recife, 2012.

Tempo e frequência de participação no PAC	Total	Adesão		OR	IC 95%	P-valor
		N	%			
<b>Participação</b>						
3 a 6 meses	124	44	35,5	1,00	-	-
7 a 24 meses	225	100	44,4	1,45	0,93 - 2,29	0,104
25 meses ou mais	184	145	78,8	6,76	4,06 - 11,26	<0,001
<b>Número de dias que participa</b>						
Menor que 3 dias	36	10	3,5	1,00	-	-
3 dias	92	38	13,1	1,83	0,79 - 4,23	0,158
Maior que 3 dias	405	241	83,4	3,82	1,79 - 8,14	<b>0,001</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 11 – Análise bivariada da adesão ao Programa da Academia da Cidade segundo a presença de doenças. Recife, 2012.

Presença de Doenças	Total	Adesão		OR	IC 95%	p-valor
		N	%			
<b>Presença de Doenças</b>						
Sim	210	122	42,2	1,00	-	-
Não	323	167	57,8	0,77	0,54 - 1,09	0,148
<b>Hipertensão</b>						
Sim	153	90	73,8	1,00	-	-
Não	57	32	26,2	0,89	0,49 - 1,66	0,726
<b>Diabetes</b>						
Sim	34	17	13,9	1,00	-	-
Não	176	105	86,1	1,48	0,71 - 3,09	0,298
<b>Doenças do Coração</b>						
Sim	13	6	4,9	1,00	-	-
Não	197	116	95,1	1,67	0,54 - 5,16	0,372
<b>Outras</b>						
Sim	61	33	27,0	1,00	-	-
Não	149	89	73,0	1,26	0,69 - 2,29	0,453

Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre o grau de importância apontado para os determinantes da adesão, as pessoas afirmaram ser muito importante gostar de praticar exercício, ter tempo disponível para a prática (apresentam 3,2 mais chances de aderir ao PAC), localização do programa e atividades oferecidas pelo programa (apresentam quase 2,0 mais chances de adesão), apoio social da

equipe e professor bem como confiança e compromisso da equipe e do professor (apresentam 2,5 mais chances de aderir ao Programa) (tabela 12).

Tabela 12 – Análise bivariada da adesão ao Programa da Academia da Cidade segundo o alto grau de importância apontado aos determinantes da adesão. Recife, 2012.

Grau de Importância apontado aos determinantes da adesão	Total	Adesão		OR	IC 95%	p-valor
		N	%			
Adotar um estilo de vida saudável	523	286	99	2,82	0,72 - 11,00	0,137
<b>Gostar de praticar exercício</b>	491	277	95,8	3,24	1,61 - 6,47	<b>0,001</b>
Aumentar seus conhecimentos na área da saúde	464	256	88,6	1,34	0,81 - 2,23	0,254
Melhorar seu desempenho físico	512	282	97,6	2,45	0,97 - 6,18	0,057
Recuperação de lesões	419	224	77,5	0,087	0,57 - 1,31	0,499
Melhorar a saúde	504	273	94,5	0,96	0,45 - 2,04	0,916
Aconselhamento médico	473	253	87,5	0,77	0,44 - 1,32	0,341
Melhorar a autoimagem	478	261	90,3	1,16	0,66 - 2,03	0,603
Melhorar a autoestima	509	280	96,9	2,04	0,88 - 4,74	0,099
Relaxar/ reduzir o nível de estresse	498	272	94,1	1,27	0,64 - 2,53	0,488
Recuperar-se das atividades do trabalho diário	469	255	88,2	1,05	0,62 - 1,78	0,851
Influência da televisão/mídia	288	151	52,2	0,86	0,61 - 1,20	0,368
<b>Tempo disponível para a prática</b>	469	270	93,4	3,21	1,82 - 5,67	<b>&lt;0,001</b>
Período do ano	411	227	78,5	1,19	0,79 - 1,79	0,391
<b>Localização do programa</b>	491	273	94,5	2,03	1,07 - 3,89	<b>0,032</b>
<b>Atividades oferecidas pelo programa</b>	505	279	96,5	2,22	1,00 - 4,91	<b>0,048</b>
Apoio social dos amigos e colegas	445	245	84,8	1,22	0,78 - 1,94	0,385
Ampliar a rede social	425	230	79,6	0,98	0,64 - 1,49	0,924
Apoio social do (a) cônjuge e família	440	246	85,1	1,47	0,94 - 2,31	0,090
<b>Apoio social da equipe e professor</b>	497	277	95,9	2,51	1,23 - 5,15	<b>0,011</b>
<b>Confiança e compromisso da equipe e professor</b>	509	281	97,2	2,47	1,04 - 5,86	<b>0,041</b>
Gostar de desafios	440	247	85,5	1,55	0,99 - 2,44	0,055
Para sair de casa	363	196	67,8	0,97	0,67 - 1,40	0,878

Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise dos motivos autorreferidos que fizeram os sujeitos iniciar no Programa, foram significantes: gostar de praticar exercício, atividades oferecidas pelo programa,

localização do programa, apoio social da equipe e professor além da confiança e compromisso da equipe e professor. Todos esses motivos foram responsáveis por quase duas vezes mais chances de adesão ao PAC (Tabela13).

Tabela 13 – Análise bivariada da adesão ao Programa da Academia da Cidade segundo os motivos da adesão. Recife, 2012.

Motivos de Adesão ao PAC	Total	Adesão		OR	IC 95%	p-valor
		N	%			
Adotar um estilo de vida saudável	482	259	89,6	0,81	0,45 - 1,46	0,488
<b>Gostar de praticar exercício</b>	196	125	43,3	1,86	1,29 - 2,67	<b>0,001</b>
Aumentar seus conhecimentos na área da saúde	15	7	2,4	0,732	0,26 - 2,05	0,553
Melhorar seu desempenho físico	245	143	49,5	1,36	0,97 - 1,92	0,077
Recuperação de lesões	27	11	3,8	0,56	0,26 - 1,24	0,154
Melhorar a saúde	244	135	46,7	1,09	0,77 - 1,53	0,638
Aconselhamento médico	83	46	15,9	1,06	0,66 - 1,69	0,811
Melhorar a autoimagem	58	35	12,1	1,32	0,76 - 2,30	0,323
Melhorar a autoestima	191	105	36,3	1,05	0,74 - 1,49	0,794
Relaxar/ reduzir o nível de estresse	250	142	49,1	1,22	0,86 - 1,71	0,262
Recuperar-se das atividades do trabalho diário	43	25	8,7	1,19	0,63 - 2,24	0,591
Influência da televisão/mídia	7	2	0,7	0,33	0,06 - 1,73	0,191
Tempo disponível para a prática	106	61	21,1	1,18	0,77 - 1,82	0,443
Período do ano	8	5	1,7	1,41	0,34 - 5,98	0,637
<b>Localização do programa</b>	196	121	41,9	1,62	1,13 - 2,32	<b>0,008</b>
<b>Atividades oferecidas pelo programa</b>	201	126	43,6	1,74	1,21 - 2,49	<b>0,002</b>
Apoio social dos amigos e colegas	96	52	18	0,99	0,64 - 1,55	0,991
Ampliar a rede social	68	37	12,8	1,01	0,61 - 1,68	0,973
Apoio social do (a) cônjuge e família	83	46	15,9	1,06	0,66 - 1,69	0,811
<b>Apoio social da equipe e professor</b>	199	123	42,6	1,64	1,14 - 2,34	<b>0,007</b>
<b>Confiança e compromisso da equipe e professor</b>	73	48	16,6	1,75	1,04 - 2,93	<b>0,035</b>
Gostar de desafios	10	8	2,8	3,45	0,73 - 16,38	0,120
Para sair de casa	12	6	2,1	0,84	0,27 - 2,64	0,767

Fonte: Elaborado pela autora.

Em análise multivariada, verificaram-se associações significantes apenas com as características sociodemográficas, o grau de importância, motivos autorreferidos, tempo de participação no Programa. Assim ser jovem (18 a 29 anos) significou uma menor chance de adesão ao PAC. Já, ter a situação de trabalho classificada como não empregado, participar do Programa há mais de 25 meses, considerar muito importante ter tempo disponível para praticar exercícios físicos, além de gostar de praticá-los e a localização do programa serem apontados como motivos iniciar dentro do Programa, tiveram maior chance de aderir ao PAC (Tabela 14).

Tabela 14 – Modelo final ajustado pelas características sociodemográficas, grau de importância e motivos autorreferidos para adesão ao Programa Academia da Cidade. Recife, 2012.

<b>Determinantes da Adesão ao PAC</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-valor</b>
<b>Faixa Etária</b>			
30 a 59	1,00	-	-
18 a 29	0,20	0,10 - 0,43	<b>&lt;0,001</b>
60 ou mais	1,25	0,76 - 2,03	0,381
<b>Situação de Trabalho</b>			
Empregado	1,00	-	-
Não empregado	1,49	1,00 - 2,23	<b>0,048</b>
<b>Tempo de Participação</b>			
3 a 6 meses	1,00	-	-
7 a 24 meses	1,17	0,72 - 1,90	0,521
25 meses ou mais	4,55	2,62 - 7,89	<b>&lt;0,001</b>
<b>Tempo disponível para a prática</b>			
Pouca Importância	1,00	-	-
Muita Importância	2,58	1,39 - 4,75	<b>0,002</b>
<b>Gostar de praticar exercício</b>			
Não	1,00	-	-
Sim	1,76	1,16 - 2,68	<b>0,008</b>
<b>Localização do programa</b>			
Não	1,00	-	-
Sim	1,76	1,17 - 2,65	<b>0,007</b>

Fonte: Elaborado pela autora.



## 6 DISCUSSÃO

Estudos diversos (ARMSTRONG et al., 1990; BANCO MUNDIAL, 2005; BLAIR et al., 1996; MATSUDO et al., 2002) apontam que os benefícios das atividades físicas contribuem para a manutenção da saúde e a prevenção de doenças. Por outro lado, explicações ao redor do mundo são apresentadas para o baixo envolvimento das populações em atividades físicas regulares (JANSSEN, 2007; MATSUDO et al., 1997; NELSON; GORDON- LARSEN, 2006).

Segundo Berrigan et al. (2006) e Dumith; Domingues; Gigante (2008), é preciso considerar que existem determinantes pessoais, sociais e ambientais que podem contribuir ou impedir a participação dos indivíduos em atividades físicas. Esses determinantes podem influenciar direta ou indiretamente a adesão de crianças, adolescentes, adultos e idosos a práticas regulares de atividade física.

No presente estudo, a maioria dos participantes são mulheres, com faixa etária entre 30 e 59 anos, de raça/cor parda, com 10 a 12 anos de estudo, casados e não empregados. Segundo vários autores (ANDREOTTI; OKUMA, 2003; CASTRO et al.; 2009; NUNES; BARROS, 2004; VIEIRA; FERREIRA, 2004), os fatores sociodemográficos exercem importante influência sobre o ingresso de indivíduos a programas de exercício físico, sendo mais facilmente encontrados entre os que aderiram à prática, indivíduos que dispõem de um bom nível de escolaridade, adultos e casados.

Em relação ao sexo, nossos achados contradizem alguns estudos que afirmam que a participação das mulheres na prática de exercícios físicos tem sido frequentemente menor (GOMES et al., 2001; GILES-CORTI et al. 2002; MONTEIRO et al., 2003; SALLES-COSTA et al., 2003; VIGITEL, 2010), em parte explicado pela questão de que os homens tendem a considerar os programas públicos existentes inadequados, pouco recomendáveis para eles, já que as atividades mais praticadas pelos homens são o futebol, a corrida, as lutas e a musculação. Uma hipótese explicativa para esses diferentes resultados, pode estar associada ao tipo de atividade desenvolvida no Programa Academia da Cidade, as quais se aproximam mais das preferências das mulheres, que são a ginástica, dança e caminhada. Alguns outros estudos corroboram nossos achados revelando a maior participação das mulheres em programas de exercício físico em grupo (CASTRO et al., 2009; GONÇALVES; DUARTE; SANTOS, 2001; HALLAL et al., 2010; LEMOS, 2010; SILVA et al., 2010).

A maior flexibilidade de horários e possibilidade de assumir compromissos na prática regular de exercícios físicos favorece as pessoas que não estão empregadas o que pode estar relacionado a muitos desses participantes do Programa Academia da Cidade, serem aposentados, autônomos e do lar.

Boa parte da população estudada referiu não apresentar doenças, e dentre as que afirmaram tê-las, a hipertensão arterial foi a mais frequente, o que pode estar relacionado aos efeitos positivos que podem ser alcançados com a realização de exercício físico regular. Esse hábito tem sido apontado como uma das principais medidas não farmacológicas, para a efetiva manutenção da pressão arterial dentro dos valores considerados normais, como prevenção de complicações e controle entre indivíduos em estado limítrofe e com hipertensão leve e moderada (BARROS; CATTUZZO, 2009; GUEDES; LOPES, 2010).

No caso da doença Diabetes, segundo Brasil (2007) e Vancea et al. (2009), o tratamento básico para os diabéticos é composto por alimentação adequada, insulina ou antidiabéticos orais e para todos os casos a prática de exercícios físicos de forma regular e bem orientada. O exercício físico é considerado prioritário, já que, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. No nosso estudo chama atenção o percentual de pessoas que se autorreferiram diabéticas dentre o grupo de ex-usuários do PAC.

Esse resultado também pode estar evidenciando um desafio posto ao Programa, no que diz respeito as equipes de saúde da família ter em sua rotina a referencia (o encaminhamento) de seus usuários acometidos por alguma doença, para complementar aos seus cuidados, a prática de atividade física regular, uma vez que, no SUS a referência e contrarreferência do paciente deve garantir ao cidadão acesso aos serviços do sistema público de saúde, desde o mais simples até o mais complexo, de acordo com as reais necessidades do tratamento (BRASIL, 2005).

Além disso, sendo a estratégia de saúde da família estruturante na reordenação dos sistemas municipais de saúde e possuindo com uma de suas responsabilidades, promover a saúde dos indivíduos no seu território, essa integração com o PAC é fundamental, seja na ampliação da oferta de serviço para o cuidado a determinadas doenças, como também, para aumentar o número de pessoas sendo estimuladas a ter hábitos de vida mais saudáveis.

Quanto ao tempo de participação no Programa, observaram-se diferenças significantes entre os grupos estudados. Dentre os usuários, a maioria participa há 25 meses ou mais, enquanto que os ex-usuários entre 7 a 24 meses. Algumas teorias tentam explicar a adesão aos programas de atividades físicas como o Modelo de Crença na Saúde, pois os usuários podem estar motivados por questões relacionadas a comportamentos preventivos, e outra teoria conhecida como Modelo Transteórico, coloca que essas pessoas estão no “estágio de manutenção”, e assim focam no seu sucesso, tentando evitar a recaída (COSTA; BOTTCHER; KOKUBUN, 2009, WEINBERG; GOULD 2008), o que favorece a permanência no PAC.

Estima-se que boa parte dos indivíduos que estão mudando o seu comportamento em relação a prática de atividades físicas e que começam um programa de exercício, interrompem-no nos primeiros seis meses pois, de acordo com o Modelo Transteórico, esses indivíduos estavam no “estágio de ação” considerado instável (COSTA; BOTTCHER; KOKUBUN, 2009, WEINBERG; GOULD 2008, RAVAGNANI et al., 2011). Nossos achados revelam que em torno de 30% das pessoas que começaram o PAC, desistiram até os seis primeiros meses de atividades. O que deve ser considerado pelos profissionais da área no sentido de tomarem medidas capazes de reduzir o abandono no período crítico inicial dos programas, ou seja, nos três a seis primeiros meses após a adesão inicial.

Com relação a frequência semanal, independente do grupo estudado, a maioria participa no Programa mais de três dias por semana o que corrobora com os achados de Gonçalves; Duarte; Santos (2001); Nunomura (1998); Tahara; Schwartz; Silva (2003), que dizem respeito sobre a maioria das pessoas ativas fisicamente participarem das atividades desenvolvidas nos programas quase todos os dias.

No que se refere ao grau de importância atribuído aos determinantes da adesão, a maioria dos fatores estudados foram considerados muito importantes para aderir em um programa de atividade física como o PAC. Os menores percentuais estiveram relacionados com a influência da mídia/televisão e com o motivo para sair de casa.

Alguns fatores foram considerados muito importantes (percentuais acima de 90%) e apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos estudados. Foram eles: “melhorar seu desempenho físico”; “localização do programa”; “atividades oferecidas pelo programa”; “apoio social da equipe e professor” e “confiança e compromisso da equipe e professor”. Esses resultados evidenciam que para o grupo de usuários, esses fatores são

fundamentais, pois estão relacionados com a rotina deles de participação no Programa, diferentemente para os grupos de ex-usuários e não usuáios.

Em relação aos motivos que fizeram as pessoas iniciarem no Programa Academia da Cidade, os cinco mais prevalentes coincidiram com os considerados mais importantes pelos sujeitos da pesquisa. Foram estes: “adotar um estilo de vida saudável”, seguido de “relaxar/reduzir o nível de estresse”, “melhorar seu desempenho físico”, “melhorar a saúde” e “atividades oferecidas pelo programa”. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos onde os motivos relacionados a saúde e ao desempenho físico foram os mais indicados para adesão inicial, visto as evidências benéficas com relação a exercício físico regular para a saúde (BRAGA; DALKE, 2009, CASTRO, et al, 2009, GONÇALVES; DUARTE; SANTOS, 2001 NASCIMENTO, 2010).

Algumas pessoas ingressam no PAC influenciadas pelas normas sociais e crenças subjetivas, o que é colocado por alguns teóricos que estudam a Teoria do Comportamento Planejado (MARTIN et al., 2005) de que as pessoas ingressam em programas de atividades físicas motivadas pela promoção à saúde, à adesão de hábitos de vida saudáveis, como também às percepções subjetivas, como relaxamento e diminuição do estresse. Outro fator que influencia o ingresso no PAC e teve diferença estatisticamente significantes entre os grupos estudados foram as atividades oferecidas pelo Programa, como orientação de caminhadas e corridas, dança, ginástica localizada, etc.

De forma significativa foram encontradas diferenças nas análises dos motivos que fizeram as pessoas iniciarem no PAC, dentre eles: “apoio social da equipe e professor”, “gostar de praticar exercício”, “localização do programa” e “confiança e compromisso da equipe e professor”. Nota-se que apenas um motivo (gostar de praticar exercício) é relacionado a questões pessoais, os demais são de características operacionais do PAC, o que mais uma vez ressalta que para as pessoas que são usuárias do Programa, para além das necessidades e crenças subjetivas, consideram importante as questões associadas a rotina de desenvolvimento do Academia da Cidade.

A permanência no PAC está relacionada a fatores como “sensação de bem-estar proporcionado pelo exercício”, “prazer na prática”, “aumentar o bem-estar corporal”, “manter-se em forma” e “por causa dos incentivos do professor”. Com exceção deste último, os fatores apontados também são encontrados em outros estudos como importantes no processo de manutenção da participação regular em Programas de atividade física (COSTA;

BOTTCHER; KOKUBUN, 2009, GONÇALVES; DUARTE; SANTOS, 2001, SILVA et al., 2010, TAHARA; SCHWARTZ; SILVA, 2003).

Um ponto fundamental para que muitas pessoas permaneçam num programa de exercícios físicos é fazer com que as mesmas sintam prazer em realizar atividades físicas, além dos incentivos dos professores. Os nossos resultados revelam que a prática de exercício físico, traz muitos benefícios positivos, contribuindo na sensação de bem-estar corporal de seus praticantes como apontados por Braga; Dalke (2009); Saba (2001), bem como na satisfação com que o contexto onde a mesma é realizada (COSTA; BOTTCHER; KOKUBUN, 2009).

Alves et al. (2009) apontam que é cada vez mais evidente que a insatisfação corporal é uma realidade para ambos os sexos e que o enquadramento corporal nos padrões estéticos estabelecidos culturalmente tem levado os indivíduos à procura de recursos como a prática de exercícios físicos como um caminho para se manter bem com o próprio corpo, o que foi revelado em nossa pesquisa quando os entrevistados colocam como um de seus motivos de permanência no PAC é para “manter-se em forma”.

Esse conjunto de motivos sugere que os aspectos pessoais, socioculturais, as características do programa, o atendimento prestado pelo professor de educação física, a percepção dos benefícios proporcionados e os objetivos alcançados formam um importante conjunto de justificativas para que os indivíduos permaneçam praticando exercícios físicos (SILVA et al., 2010).

De acordo com o Modelo Transteórico, no “estágio de manutenção” é recomendável que sejam evidenciados os resultados alcançados, de modo a elevar a confiança na capacidade de manter o comportamento desejado e estimular sua continuidade (WEINBERG; GOULD 2008). Essa recomendação deve estar presente no planejamento das atividades a serem desenvolvidas pelo PAC, para que um maior número de pessoas inicie e permaneça no Programa.

Desistir da participação no PAC está relacionada a “desmotivação”, “falta de tempo”, “falta de banheiro no local da prática”, “falta de habilidade para prática de exercícios físicos” e por último a “presença de doença ou lesão” de acordo com os relatos dos ex-usuários. A desmotivação e a falta de tempo são encontrados como principais fatores de desistência na maioria dos estudos que tratam dessa temática relacionada a atividade física (ALBUQUERQUE; ALVES, 2007, COSTA; BOTTCHER; KOKUBUN, 2009, ENÉZIO; CUNHA, 2007, LIZ et al., 2010, TAHARA; SCHWARTZ; SILVA, 2003,).

Okuma (1994); Nahas (2006) e Saba (2001) evidenciam que a “falta de tempo” é um dos principais motivos de desistência da atividade física regular. Para Santos e Knijnick (2006) a falta de tempo normalmente está relacionada à jornada excessiva de trabalho, tempo para obrigações familiares e dificuldade na administração deste tempo, o que corrobora com os nossos achados.

A falta de estrutura no local da prática, como banheiros, representa uma característica negativa do Programa que ainda permanece em alguns polos e parece estar contribuindo para a não permanência das pessoas nestes locais. Uma vez que, se trata de uma estrutura básica para unidade de saúde que desenvolve atividades como as do PAC.

Alguns fatores que são considerados barreiras pessoais, como a falta de habilidade para prática de exercícios físicos e presença de doenças ou lesão, foram apontados como barreiras para permanência dos indivíduos no Programa.

Em relação ao grupo de não usuários do Programa, os principais motivos apontados para não adesão ao PAC foram da mesma forma que para a desistência dos ex-usuários a “desmotivação”, “falta de tempo”, “falta de habilidade para prática de exercícios físicos”. Acrescidos a estes, “sentir-se desconfortável” e “falta de segurança no local da prática”.

Apesar dos benefícios à saúde, sociais e pessoais já amplamente divulgados e comprovados com relação a prática regular de exercício físico, muitas pessoas ainda mantêm hábitos de vida sedentários. Mesmo quando estamos falando de um Programa que promove a atividade física de forma orientada e regular de maneira gratuita, em espaços públicos requalificados com distribuição de polos em todas as regiões político administrativa do município estudado. As pessoas que não aderem ao PAC, e que participaram da pesquisa, o fizeram por serem vizinhos ou familiares de algum usuário do Programa, o que demonstra alguma proximidade territorial e conhecimento sobre o desenvolvimento do mesmo.

Segundo Weinberg e Gould (2008), as pessoas frequentemente citam restrições de tempo e desmotivação para não se exercitar, mas, tais restrições são mais ditas, do que reais e comumente revelam prioridades pessoais.

Alguns polos do PAC estão localizados em áreas consideradas críticas para a violência urbana e de alguma maneira, a falta de segurança nesses, tem contribuído negativamente na decisão das pessoas de iniciar essa prática, apesar dos espaços públicos passarem a ser mais utilizados e mais iluminados a partir da implantação do PAC.

Como outros motivos relatados para não adesão e que não faziam parte do elenco de respostas do questionário utilizado como instrumento de coleta de dados na pesquisa foram

“participar de atividade física em academia particular” e “tipos de equipamentos e manutenção do espaço físico do PAC”.

A partir da análise bivariada, foram encontradas maiores chances de não adesão ao PAC de pessoas com idades entre 18 a 29 anos, solteiras e empregadas, corroboram com os estudos de Andreotti; Okuma (2003); Castro et al. (2009); Nunes; Barros (2004); Vieira; Ferreira (2004), que afirmam que a prática de atividades físicas é mais favorecida entre os indivíduos adultos e casados.

Em relação ao tempo e a frequência de participação no PAC, a análise bivariada revelou uma maior chance de adesão quando as pessoas ficam no Programa durante 25 meses ou mais e frequentam mais de 3 vezes por semana corroborando com os achados de Costa, Bottcher e Kokubun (2009).

As pessoas que consideram muito importante “gostar de praticar exercício”, “ter tempo disponível para a prática destes”, “localização do PAC”, “atividades oferecidas pelo programa”, “apoio social do professor e da equipe”, “confiança e compromisso da equipe e professor”, tiveram de duas a três vezes mais chances de aderirem ao Programa na cidade do Recife. De forma semelhante alguns destes mesmos motivos foram apontados como fundamentais para iniciar no PAC, sendo que as chances ficaram em torno de uma vez e meia maior para adesão.

Dentre as variáveis que foram incluídas no modelo final ajustado, foram associados de forma significativa para a adesão: pessoas não empregadas, participar do Programa há 25 meses ou mais, dar muita importância ao tempo disponível para a prática de exercícios físicos, ter o hábito de praticá-los, bem como o acesso ao programa. De forma contrária, ser jovem (18 a 29 anos) esteve negativamente associado à adesão ao PAC. Esses resultados confirmam a afirmação de Andreotti e Okuma (2003), de que há um consenso nas variáveis que determinam um maior ou menor grau de participação das pessoas aos programas de atividade física, e que essas podem ser categorizadas como fatores sociais, pessoais, e/ou relativos ao programa.

Dentre algumas limitações da pesquisa destaca-se o fato de muitos respondentes que aceitaram participar da pesquisa não devolveram os formulários ou estes não estavam devidamente preenchidos.

Além disso, muitas vezes os usuários que no momento do convite e explicação dos critérios de participação na pesquisa afirmaram contemplá-los, no dia marcado para entregar



as três vias de questionários respondidas, voltavam apenas com uma ou duas, deixando as outras sem resposta.

Estes fatos representaram algumas perdas que podem ter sido agravadas pelo fato do questionário ser autopreenchido, o que deve ter acarretado alguma dúvida no preenchimento, além da possível influência de outras pessoas no momento em que os sujeitos da pesquisa estiveram respondendo os mesmos.

Outro fator limitante foi a logística de recolhimento dos questionários nos polos, que em alguns momentos foi muito complicada, visto que a equipe de pesquisa precisou ir mais vezes aos polos do que o previsto, para buscar os questionários que as pessoas esqueciam de devolver.

O Programa Academia da Cidade vem tornando as práticas de atividade física orientada, acessíveis a população recifense, porém sofre influências dos determinantes pessoais, sociais, econômicos e culturais para o sucesso de suas intervenções.

Nesse sentido, identificar os determinantes mais associados à adesão ao Programa permite que seja utilizada como uma estratégia de implementação de mecanismos de intervenção com vistas a qualificar as ações de rotina nos polos, as de mobilização da população para adoção de hábitos saudáveis e ações de divulgação do PAC.

Em todos os aspectos estudados, início, manutenção, desistência e não adesão, estiveram sempre presentes influenciando a tomada de decisão das pessoas envolvidas nesta pesquisa, os aspectos relacionados as dimensões de infraestrutura, localização, atividades desenvolvidas e envolvimento da equipe de profissionais do PAC. Exigindo assim dos gestores do Programa, e futuros formuladores de políticas de promoção da saúde, responsabilidade e compromisso, que deve seguir desde a formulação, implantação ao desenvolvimento do Programa. Estratégias de planejamento e monitoramento regular devem ser prioridade, bem como, de avançar na articulação com a rede de saúde, principalmente com as equipes de saúde da família e núcleos de apoio a saúde da família, que são atores dentro do território que podem potencializar a adesão das pessoas ao Programa Academia da Cidade.

Outros estudos que investiguem mais profundamente os aspectos relacionados a adesão a programas de atividade física como o PAC, visto a complexidade que cerca os programas de promoção a saúde. A desmotivação foi presente tanto na desistência quanto na não adesão ao PAC e esses fatores precisam ser melhor investigados com pesquisas mais aprofundadas utilizando-se também do método qualitativo.



## 7 CONCLUSÕES

- a) O perfil sociodemográfico dos usuários, ex-usuários e não usuários do Programa Academia da Cidade é composto em sua maioria por mulheres, com idade entre 30 a 59 anos, de raça/cor parda, casadas, não empregados e autorreferiram não apresentar doenças.
- b) Os indivíduos consideraram como muito importante para aderir a um programa de atividade física como o PAC, todos os determinantes de adesão estudados, no entanto os motivos “a influencia da mídia” e “para sair de casa”, foram os menos frequentes.
- c) As pessoas iniciam no PAC motivadas por questões relacionadas aos benefícios da prática regular de exercício físico para saúde, para o condicionamento físico e por fatores relativos ao Programa.
- d) Permanecem com esse hábito pela sensação de bem estar proporcionada pelo exercício, pelo prazer dessa prática, como também para se manterem em forma e devido aos incentivos dos professores.
- e) Desistem do mesmo por se sentirem desmotivados, por falta de tempo para prática, por considerarem que não possuem habilidade para esta prática, pela presença de alguma doença ou lesão, além da falta de banheiro em alguns polos.
- f) A não adesão ao Programa foi respondida pelos mesmos três primeiros motivos da desistência, além do sentimento de desconforto e insegurança no local da prática.
- g) Em análise multivariada, foram verificadas associações significantes para adesão ao PAC: tempo disponível para prática, participar do Programa há 25 meses ou mais, gostar de praticar exercício físico e a localização do Programa. O fato de ser jovem não contribui para a adesão ao PAC.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. L. F. A.; ALVES, R. S. A evasão dos alunos das academias: Um estudo de caso no centro integrado de estética e atividade física – CIEAF, na cidade de Caicó – RN. **Dominium Revista Científica da Faculdade de Natal**, Natal, v. 1, p. 1-33, jan./abr. 2007.
- ÁLVARES, L. D., et al. Fatores determinantes para um estilo de vida ativo: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, ano 8, nº 24, p. 68-76, abr./jun. 2010.
- ALVES, D. et al. Cultura e imagem corporal. **Motricidade**, Vila Real, v.5, p.1-20. 2009.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Physical activity and bone health. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Indianapolis, v.36, n.11, p. 1985-1996, 2004.
- ANDREOTTI, M.C.; OKUMA, S.S. Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de Educação Física. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 142-153, 2003.
- ARAÚJO, A. S. et al. Fatores motivacionais que levam as pessoas a procurarem por academias para a prática de exercício físico. **Lecturas Educación Física e Deportes**, Revista Digital, Buenos Aires, 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd115/fatores-motivacionais-que-levam-as-pessoas-a-procurarem-por-academias.htm>>. Acesso em: 23 jan. 2011.
- ARMSTRONG, N. et al. Health related physical activity in the national curriculum. **British Journal of Physical Activity**, Londres, v. 21, n. 5, p. 225-228, 1990.
- AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BORMS, J. Exercício físico, aptidão física e o novo paradigma da saúde. In: BENTO, J. O.; MARQUES, A. (Ed.). **Desporto, saúde, bem-estar**. Porto: FCDEF, 1990.
- BANCO MUNDIAL. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. 2005. **Relatório nº 32576-BR**. Brasília, 2005. p. 3-26.
- BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 554-63, dez. 2001.
- BERRIGAN, D. et al. Active transportation increases adherence to activity recommendations. **American Journal of Preventive Medicine**, Philadelphia, v. 31, n. 8, p. 210-216, 2006.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, n.spe2, p. 1326-1330, dez. 2009.

BLAIR, S. N.; et al. Physical inactivity: workshop V. **Circulation**, Boston, v. 88, n.3, p. 1402-1405, set. 1993.

BLAIR, S. N., et al. Development of public policy and physical activity initiatives internationally. **Sports Medicine**, v. 21, n. 3, p. 157-163, mar. 1996.

BRAGA, R. K.; DALKE, R. Motivos de adesão e permanência de praticantes da Academia Ativa Fitness. Um estudo de caso. **Revista Digital**, Buenos Aires, v.13, n.130, mar. 2009.

BRASIL, Secretaria de Políticas de Saúde . Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. Projeto Promoção da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Texto de difusão técnico-científica do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n. 2, p. 254-256. 2002.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da saúde. Conferencia Nacional de Saúde VIII. 1986, Brasília. **Relatório**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em 18 maio 2011.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta\\_portugues.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, Distrito Federal, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-50.

BRASIL. **Portaria nº 719, de 07 de Abril de 2011**. Cria o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS. Brasília, Distrito Federal, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_academia\\_saude\\_719.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_academia_saude_719.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2010.

BRASIL. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_sus\\_screen.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_sus_screen.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2010.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. **Vigitel Brasil 2007:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. **Vigitel Brasil 2010:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. **Vigitel Brasil 2008:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. **Vigitel Brasil 2009:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Brasília, DF, 2010.

BUCKWORTH, J.; DISHMAN R. K. Application of the transteoretical model to physical active adults. **Journal of Sport Medicine and Physical Fitness**, Torino, v.42, n. 3, p. 360-367. 2002.

BUCKWORTH, J.; DISHMAN, R. K. **Exercise Psychology**. Champaign Illinois: Human Kinetics, , 2002. p.1-255.

BUSS, P. M. et al. **Promoción de la salud y la salud pública:** Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: ENSP, 2000. P. 1-202.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: **Promoção da Saúde:** conceitos, práticas e reflexões. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis – Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

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

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde:** sujeito e mudança. São Paulo: HUCITEC, 2005.

\_\_\_\_\_, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde:** uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. 2002. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CASPERSEN, C. J.; CHRISTENSON, G. M.; POLLARD, R. A. Status of the 1990 physical fitness and exercise objectives: evidence from NHIS 1985. **Public Health Reports**, Washington, v. 101, n. 6, p. 587-592, 1986.

CASTRO, A. L. **Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo**. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2003.

CASTRO, A. M. **A Equipe como dispositivo de produção de saúde**. O caso no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UNATI/UERJ). Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2003.

CASTRO, M. S., et al. Motivos de ingresso nos programas de exercícios físicos oferecidos pelo Serviço Social do Comércio – DF. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 15, p. 87-102, abr./jun., 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (Estados Unidos). Prevalence of regular physical activity among adults United States, 2001 and 2005. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Estados Unidos, v.56, p. 1209-1212, nov., 2007.

COMMITTEE ON SOCIAL INCLUSION AND PARTICIPATIVE DEMOCRACY. **Programa Academia de la Ciudad: Una estrategia para promover La salud**. Centro de estudos sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. Observatório de Cidades Inclusivas, Espanha, 2011.

COSTA, B. V.; BOTTCHER, L. B. e KOKUBUN, E. Aderência a um programa de atividade física e fatores associados. **Revista Motriz**, Rio Claro, v.15, n.1, p. 25 – 36, jan/mar. 2009.

CZERESNIA, D. O. Conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, práticas e reflexões**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. The “what” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. **Psychological Inquiry**, East Sussex, v. 11, n. 4, p. 227-268, 2000.

DISHMAN, R.K. **Advances in exercise adherence**. Champaign: Human Kinetics, 1994. p. 1-28.

DUMITH, S. C.; DOMINGUES, M. R.; GIGANTE, D. P. Estágio de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 301-307, 2008.

ENÉZIO J. C.; CUNHA F. A. P. Fatores desmotivastes da prática de musculação nas academias de ginástica de Três Corações/MG. **Motriz**. Rio Claro, v. 13, n. 2, supl., p. 201, 2007.

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 207-219, 2005.

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

FREITAS, C. M. S. M. et al. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Santa Catarina, v.9, n.1, p. 92-100, 2007.

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

GONÇALVES, A. K.; DUARTE, C. P. e SANTOS, C. L. Atividade física na fase da meiaidade: motivos de adesão e de continuidade. **Revista Movimento**, Rio Grande do Sul, v.7, n.15, p. 75 – 88. 2001.

GUEDES N. G., LOPES M. V. O. Exercício físico em portadores de hipertensão arterial: uma análise conceitual. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n. 2, p. 367-74, jun. 2010.

GUIMARÃES, R. P. Agenda 21 e desenvolvimento sustentável: o desafio político da sustentabilidade. **Debates Sócio-Ambientais**, Campinas, v. 4, p. 10-13, 1999.

HALLAL, P. C. et al . Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010.

HALLAL, P. C. et al. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 573-80, mar./abr. 2005.

HALLAL, P. C. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine and science in sports and exercise**, United States, v. 35, n.11, p.1894-900, nov. 2003.

HASKELL, W. L.; et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the american College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, Boston , v.116, p.1081-93, ago. 2007.

JANSSEN, I. Physical activity guidelines for children and youth. **Applied Physiology, Nutrition and Metabolism**, London, v. 32 ,suppl. S2E, p. S109-S121, 2007.

JARDIM, P. C., et al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p.452-457, maio 2007.

KOIVULA, N. Sport participation: differences in motivacion and actual participation due to gender typing. **Journal of Sport Beahvior**, Mobile, Alabama, v.22, n. 3, p. 360-380, 1999.

KOPELMAN, P. G. Obesity as a medical problem. **Nature**, v. 404, p. 635-643, 2000.

KRISKA, A.M.; BLAIR, S.N.; PEREIRA, M.A. The potencial role of physical activity in the prevention of noninsulin-dependent diabetes mellitus: the epidemiological evidence. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, Estados Unidos, v.22, p. 121-43, 1994.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.



LEES, F.D.; CLARK, P.G.; NIGG, C.R.; NEWMAN, P. Barriers to exercise behavior among older adults: A focus-group study. **Journal of aging and physical activity**, Champaign, v.13, n.1, p.23-33, 2005.

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

LIZ, C. M., et al. Aderência a prática de exercícios físicos em academias de ginástica. **Motriz**, Rio Claro, v.16, n.1, p. 181-188, jan/mar. 2010.

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

MALTA, D. C. et al . A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia Serviços Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, set. 2006.

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

MARKLAND, D.; INGLEDEW, D. K. The measurement of exercise motives: Factorial validity and invariance across gender of a revised Exercise Motivations Inventory. **British Journal of Health Psychology**, Malden , v. 2, p. 363-376, 1997.

MARQUES, A. (Eds.). **Desporto, saúde, bem-estar**. Porto: FCDEF, 1990.

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

MATSUDO, S. M., et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o sexo, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v.10, n. 4, p. 41-50, Brasília, 2002.

MASSON, C. R., et al. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da Cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p.1685-95, nov./dez. 2005.

MAYMÍ, J. N. **Avaluació de la conducta d'actividade física i de La conducta alimentaria em relació a l'estil de vida saludable**. 2002. (Doutorado em Psicologia de l'Aprenentatge Humà) Facultat de Psicologia Universitat Autònoma de Barcelona, 2002.

MENDES, B. et al. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Revista brasileira de saúde materna infantil**, Recife, v.6, supl. 1, p. 49-54, maio 2006.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010, vol.15, n.5, p. 2297-2305.

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

MOTA, J. A escola, a Educação Física e a educação da saúde. **Revista Horizonte**, Lisboa, v. 8, n. 48, p. 208-212, 1992.

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

NASCIMENTO, M. C. et al. O desafio da adesão aos exercícios físicos em grupos de idosos em Palmitos/sc: Motivos para a prática e para a desistência. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Florianópolis, v.15, n. 10, p. 140 – 144, 2010.

NELSON, M. E.; et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, Londres, v.116, p. 1094-105, ago. 2007.

NELSON, M. C.; GORDON-LARSEN, P. Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behavior. **Pediatrics**, Grove Village, v. 117, n. 4, p. 1.281-1.290, abr. 2006.

NUNES, J. O. M.; BARROS, J. F. Fatores de risco associados à prevalência de sedentarismo em trabalhadores da indústria e da Universidade de Brasília. **Revista Digital Buenos Aires**. v. 10, n. 69, 2004.

NUNOMURA, M. Motivos de adesão à atividade física em função das variáveis idade, sexo, grau de instrução e tempo de permanência. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 3, n. 3, p. 45-58, 1998.

OKUMA, S. S. Fatores de adesão e de desistência das pessoas aos programas de atividade física. In: SEMANA DA EDUCAÇÃO FÍSICA. 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade São Judas Tadeu, 1994. p. 30-36.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global em alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. Assembleia Mundial de Saúde. 57, 2004.

ORTIZ, M.; ISLER, G.; DARIDO, S.C. Atividade Física e Aderência: considerações preliminares. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.21, n.1, p.842-846, 1999.

PALMA, A., et al. Dimensões epidemiológicas associativas entre indicadores socioeconômicos de vida e prática de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 27, 119-136, 2006.

PELUSO, M. A. M.; ANDRADE, L. H. S. G. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. **Clinics**, São Paulo, v.60, n.1, p. 61-70, 2005.



PÉREZ, A. B. Ejercicio, piedra angular de La prevención cardiovascular. **Revista Española de Cardiología**, v.61, n.5, p. 514-28, 2008.

PIERIN, A.M.G.; MION JR., D. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 2, n. 1, p. 9-12, 1999.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p.870-77, maio/jun. 2005.

PLONCZYNSKI, D. J. Mensurement of motivation for exercise. **Health Education Research**, v.15, n.6, p. 695-705, 2000.

POWELL, K. E. **Habitual exercise and public health: an epidemiological view**. In: DISHMAN, R. K. (Ed.). Exercise adherence: its impact on public health. Champaign: Human Kinetics, 1988.

RAVAGNANI, C. F. C et al. Efeito de programa para mudança do estilo de vida sobre a percepção de saúde em adultos. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.02, n.2, p. 415-426. 2011.

RECIFE, Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Academia da Cidade: Nota técnica**. Recife, 2009.

SABA, F. **Aderência: à prática do exercício físico em academias**. São Paulo: Manole, 2001.

SALLIS, J. F.; McKENZIE, T.L. Physical education's role in public health. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, Reston, v. 62, n. 2, p. 124-137, 1991.

SANTOS, M.O.S. A tirania da magreza feminina. **Revista Digital**. Buenos Aires, Abr 2008.

SANTOS, S. C.; KNIJNIK, J. D. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 23-34, 2006.

SESSO, H. D.; PAFFENBARGER, R. S.; LEE, I. M. Physical activity and coronary heart disease in men: the Harvard Alumni Health Study. **Circulation**, Boston, v.102, n. 9, p. 975-80, ago. 2000.

SILVA, N. L. et al. Motivos de permanência dos praticantes nos programas de exercícios físicos oferecidos pelo Serviço Social do Comércio. **Motricidade**, Vila Real, v.6, n.4, p. 23-33. 2010.

SIMONS-MORTON, B. G. et al. Health-related physical fitness in childhood: status and recommendations. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 9, p. 403-425, 1988.

SISCOVICK, D. S.; LAPORTE, R. E.; NEWMAN, J.M. The Disease-specific benefits and risks of physical activity and exercise. **Public Health Reports**, Washington, v. 100, n. 2, p. 180-188, 1985.

TAHARA, A. K.; SCHWARTZ, G. M. e SILVA, K. A. Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, Brasília, v.11, n.4, p. 7 – 12. 2003.

TAYLOR, C. B.; SALLIS, J. F.; NEEDLE, R. The relation of physical activity and exercise to mental health. **Public Health Reports**, Washington , v. 100, n. 2, p. 195-201, 1985.

TERRIS, M. Concepts of Health Promotion: dualities in Public Health theory. **Health Promotion: an anthology**. Washington, 1996.

TORRES, C. H. **Ensino de Epidemiologia na Escola Médica**: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

TORRES, C. H.; CZERESNIA, D. A Institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, v. 10, 2003.

VIEIRA, V.; FERREIRA, M. S. Perfil de praticantes de atividade física na pista do Maracanã. **Revista Ação e Movimento**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 81-90, 2004.

WALLACE, JP. Exercise in Hypertension: a clinical review. **Sports Medicine**, v.33, n.8, p. 585-98, 2003.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 4ed.

WESTPHAL, M. F. Participação popular e as políticas municipais de saúde. **Tese** (de livre docência) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1992.

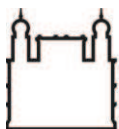
\_\_\_\_\_, M. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

WILLIAMS, P. T. The illusion of improved physical fitness and reduced mortality. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Indianapolis, v. 35, 736-740, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO/EURO/HCPO). Promoting health in a urban context. **Healthy Cities Papers**, n. 1, Copenhagen, 1988.

ZANETTE, E. T. **Análise do perfil de clientes de academias de ginástica**: o primeiro passo para o planejamento estratégico. 2003. 154 f. Dissertação (Mestrado profissionalizante em Engenharia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2003.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Determinantes da Adesão ao Programa Academia da Cidade, Recife-PE**”. Você foi selecionado por um sorteio, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou a instituição. **O objetivo deste estudo é Analisar os determinantes da adesão ao Programa Academia da Cidade.** Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário com perguntas objetivas. O único risco possível com a sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais, o que diminuirá este risco. Este estudo trará nenhum gasto para os participantes e terá como benefício oferecer a oportunidade de analisar o Programa Academia da Cidade, buscando contribuir para sua melhoria. A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 21012639.

**Nome e assinatura da pesquisadora Responsável: Emmanuely Correia de Lemos:**

\_\_\_\_\_

**Endereço:** Rua Santo Elias, 87 C, Monte, Olinda, PE. CEP: 53240-380

**E-mail:** [emmanuelylemos@gmail.com](mailto:emmanuelylemos@gmail.com)

**Fone:** (81) 8833-2722

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

**QUESTIONÁRIO SOBRE ADESÃO AO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE (PAC)**

**USUÁRIO**

**Registro:** \_\_\_\_\_

**I. Identificação**

1. Sexo: 1.( ) Masculino 2.( ) Feminino

2. Idade: \_\_\_\_\_ (Anos)

3. Raça/Cor: 1.( ) Branca 2.( ) Preta 3.( ) Amarela 4.( ) Parda 5.( ) Indígena

6.( ) Outras \_\_\_\_\_

4. Escolaridade (Anos de estudos completos): \_\_\_\_\_

5. Residência (Cidade):

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

6. Estado Conjugal: 1.( ) Solteiro(a) 2.( ) Casado(a) 3.( ) Separado(a) 4.( ) Viúvo(a)

5.( ) Companheiro com união estável

7. Situação de Trabalho: 1.( ) Sim 2.( ) Não

Ocupação: \_\_\_\_\_

8. Presença de Doenças: 1.( ) Sim 2.( ) Não

Qual (is): 1.( ) Hipertensão 2.( ) Diabetes 3.( ) Doenças do Coração 4.( ) Câncer

5.( ) Outras \_\_\_\_\_

**II. Participação no Programa Academia da Cidade**

1. Há quanto tempo (meses/anos) você está participando do PAC: \_\_\_\_\_

2. Quantos dias por semana você participa do PAC:

1.( ) Menor que 3 dias      2.( ) 3 dias      3.( ) Maior que 3 dias

### III. Grau de importância percebido com relação aos determinantes da adesão

1. Para você aderir a um Programa de Atividade Física como o PAC qual a importância você atribui a cada motivo/fator apresentado abaixo, de acordo com a seguinte escala:

**Escala:**

**Sem importância (1)**

**Pouco importante (2)**

**Importante (3)**

**Importantíssimo (4)**

ADOTAR UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	1	2	3	4
GOSTAR DE PRATICAR EXERCÍCIOS (HÁBITO)	1	2	3	4
AUMENTAR SEUS CONHECIMENTOS NA ÁREA DA SAÚDE	1	2	3	4
MELHORAR SEU DESEMPENHO FÍSICO	1	2	3	4
RECUPERAÇÃO DE LESÕES	1	2	3	4
MELHORAR A SAÚDE (DOENÇAS)	1	2	3	4
ACONSELHAMENTO MÉDICO	1	2	3	4
MELHORAR A AUTO-IMAGEM	1	2	3	4
MELHORAR A AUTO-ESTIMA	1	2	3	4
RELAXAR/ REDUZIR O NÍVEL DE ESTRESSE	1	2	3	4
RECUPERAR-SE DAS ATIVIDADES DO TRABALHO DIÁRIO	1	2	3	4
INFLUÊNCIA DA TELEVISÃO/MÍDIA	1	2	3	4
TEMPO DISPONÍVEL PARA A PRÁTICA	1	2	3	4
PERÍODO DO ANO (VERÃO/INVERNO)	1	2	3	4
LOCALIZAÇÃO DO PROGRAMA (ACESSO)	1	2	3	4
ATIVIDADES OFERECIDAS PELO PROGRAMA (GINÁSTICA/CORRIDA)	1	2	3	4
APOIO SOCIAL DOS AMIGOS E COLEGAS	1	2	3	4
AMPLIAR A REDE SOCIAL	1	2	3	4
APOIO SOCIAL DO (A) CÔNJUGE E FAMÍLIA	1	2	3	4
APOIO SOCIAL DA EQUIPE E PROFESSOR	1	2	3	4
CONFIANÇA E COMPROMISSO DA EQUIPE E PROFESSOR	1	2	3	4

GOSTAR DE DESAFIOS	1	2	3	4
PARA SAIR DE CASA	1	2	3	4

**OUTROS MOTIVOS/FATORES:**

---

**IV. Por qual/quais motivos/fatores abaixo relacionados *VOCÊ INICIOU/ADERIU* ao PAC?**

1.	ADOTAR UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	( )
2.	GOSTAR DE PRATICAR EXERCÍCIOS (HÁBITO)	( )
3.	AUMENTAR SEUS CONHECIMENTOS NA ÁREA DA SAÚDE	( )
4.	MELHORAR SEU DESEMPENHO FÍSICO	( )
5.	RECUPERAÇÃO DE LESÕES	( )
6.	MELHORAR A SAÚDE (DOENÇAS)	( )
7.	ACONSELHAMENTO MÉDICO	( )
8.	MELHORAR A AUTO-IMAGEM	( )
9.	MELHORAR A AUTO-ESTIMA	( )
10.	RELAXAR/ REDUZIR O NÍVEL DE ESTRESSE	( )
11.	RECUPERAR-SE DAS ATIVIDADES DO TRABALHO DIÁRIO	( )
12.	INFLUÊNCIA DA TELEVISÃO/MÍDIA	( )
13.	TEMPO DISPONÍVEL PARA A PRÁTICA	( )
14.	PERÍODO DO ANO (VERÃO/INVERNO)	( )
15.	LOCALIZAÇÃO DO PROGRAMA (ACESSO)	( )
16.	ATIVIDADES OFERECIDAS PELO PROGRAMA (GINÁSTICA/CORRIDA)	( )
17.	APOIO SOCIAL DOS AMIGOS E COLEGAS	( )
18.	AMPLIAR A REDE SOCIAL	( )
19.	APOIO SOCIAL DO (A) CÔNJUGE E FAMÍLIA	( )
20.	APOIO SOCIAL DA EQUIPE E PROFESSOR	( )
21.	CONFIANÇA E COMPROMISSO DA EQUIPE E PROFESSOR	( )
22.	GOSTAR DE DESAFIOS	( )
23.	PARA SAIR DE CASA	( )

**OUTROS MOTIVOS/FATORES:**

---

**V. Por qual/quais motivos/fatores abaixo relacionados *VOCÊ PERMANECE/SE MANTÊM* participando das atividades do PAC?**

1.	PRAZER DA PRÁTICA	( )
2.	SENTIR-SE REALIZADO	( )
3.	CONHECER SEUS LIMITES	( )
4.	AUMENTAR O BEM-ESTAR CORPORAL	( )
5.	REDUZIR O NÍVEL DE ESTRESSE	( )
6.	RECUPERAR-SE DAS ATIVIDADES DO TRABALHO DIÁRIO	( )
7.	LIBERAR ENERGIAS	( )
8.	SENSAÇÃO DE BEM-ESTAR PROPORCIONADO PELO EXERCÍCIO	( )
9.	SENSAÇÃO DE BEM-ESTAR PROPORCIONADO PELO AMBIENTE	( )
10.	POR CAUSA DO LOCAL DA PRÁTICA	( )
11.	POR CAUSA DA ALEGRIA PROPORCIONADA NO AMBIENTE	( )
12.	FACILIDADE DE ACESSO	( )
13.	SEGURANÇA DO LOCAL DA PRÁTICA	( )
14.	ATIVIDADES OFERECIDAS E MATERIAIS UTILIZADOS	( )
15.	POR CAUSA DA ATENÇÃO DO PROFESSOR	( )
16.	POR CAUSA DOS INCENTIVOS DO PROFESSOR	( )
17.	POR CAUSA DA ATENÇÃO DA EQUIPE DO LOCAL	( )
18.	CÍRCULO DE AMIZADES	( )
19.	TER STATUS SOCIAL	( )
20.	AUMENTAR O CONTATO/REDE SOCIAL	( )
21.	INCENTIVO/APOIO DOS AMIGOS E COLEGAS	( )
22.	INCENTIVO/APOIO DO (A) CÔNJUGE E FAMÍLIA	( )
23.	MANTER-SE EM FORMA	( )
24.	FICAR MAIS FORTE	( )
25.	EMAGRECER	( )
26.	MELHORAR A APARÊNCIA	( )
27.	MELHORAR A POSTURA	( )

**OUTROS MOTIVOS/FATORES:**

---



**QUESTIONÁRIO SOBRE ADESÃO AO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE (PAC)****EX-USUÁRIO**

Registro: \_\_\_\_\_

**I. Identificação**

1. Sexo: 1.( ) Masculino 2.( ) Feminino

2. Idade: \_\_\_\_\_ (Anos)

3. Raça/Cor: 1.( ) Branca 2.( ) Preta 3.( ) Amarela 4.( ) Parda 5.( ) Indígena

6.( ) Outras \_\_\_\_\_

4. Escolaridade (Anos de estudos completos): \_\_\_\_\_

5. Residência (Cidade): \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

6. Estado Conjugal: 1.( ) Solteiro(a) 2.( ) Casado(a) 3.( ) Separado(a) 4.( ) Viúvo(a)

5.( ) Companheiro com união estável

7. Situação de Trabalho: 1.( ) Sim 2.( ) Não

Ocupação: \_\_\_\_\_

8. Presença de Doenças: 1.( ) Sim 2.( ) Não

Qual (is): 1.( ) Hipertensão 2.( ) Diabetes 3.( ) Doenças do Coração 4.( ) Câncer

5.( ) Outras \_\_\_\_\_

**II. Participação no Programa Academia da Cidade (EX-USUÁRIO)**

1. Quanto tempo (meses/anos) você participou do PAC: \_\_\_\_\_

2. Quantos dias por semana você participava do PAC:

1.( ) Menor que 3 dias 2.( ) 3 dias 3.( ) Maior que 3 dias

### III. Grau de importância percebido com relação aos determinantes da adesão

1. Para você aderir a um Programa de Atividade Física como o PAC qual a importância você atribui a cada motivo/fator apresentado abaixo, de acordo com a seguinte escala:

**Escala:**

**Sem importância (1)      Pouco importante (2)      Importante (3)      Importantíssimo (4)**

ADOTAR UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	1	2	3	4
GOSTAR DE PRATICAR EXERCÍCIOS (HÁBITO)	1	2	3	4
AUMENTAR SEUS CONHECIMENTOS NA ÁREA DA SAÚDE	1	2	3	4
MELHORAR SEU DESEMPENHO FÍSICO	1	2	3	4
RECUPERAÇÃO DE LESÕES	1	2	3	4
MELHORAR A SAÚDE (DOENÇAS)	1	2	3	4
ACONSELHAMENTO MÉDICO	1	2	3	4
MELHORAR A AUTO-IMAGEM	1	2	3	4
MELHORAR A AUTO-ESTIMA	1	2	3	4
RELAXAR/ REDUZIR O NÍVEL DE ESTRESSE	1	2	3	4
RECUPERAR-SE DAS ATIVIDADES DO TRABALHO DIÁRIO	1	2	3	4
INFLUÊNCIA DA TELEVISÃO/MÍDIA	1	2	3	4
TEMPO DISPONÍVEL PARA A PRÁTICA	1	2	3	4
PERÍODO DO ANO (VERÃO/INVERNO)	1	2	3	4
LOCALIZAÇÃO DO PROGRAMA (ACESSO)	1	2	3	4
ATIVIDADES OFERECIDAS PELO PROGRAMA (GINÁSTICA/CORRIDA)	1	2	3	4
APOIO SOCIAL DOS AMIGOS E COLEGAS	1	2	3	4
AMPLIAR A REDE SOCIAL	1	2	3	4
APOIO SOCIAL DO (A) CÔNJUGE E FAMÍLIA	1	2	3	4
APOIO SOCIAL DA EQUIPE E PROFESSOR	1	2	3	4
CONFIANÇA E COMPROMISSO DA EQUIPE E PROFESSOR	1	2	3	4

GOSTAR DE DESAFIOS	1	2	3	4
PARA SAIR DE CASA	1	2	3	4

**OUTROS MOTIVOS/FATORES:**

---

**IV- Por qual/quais motivos/fatores abaixo relacionados você *INICIOU/ADERIU* ao PAC no *PASSADO*?**

1.	ADOTAR UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	( )
2.	GOSTAR DE PRATICAR EXERCÍCIOS (HÁBITO)	( )
3.	AUMENTAR SEUS CONHECIMENTOS NA ÁREA DA SAÚDE	( )
4.	MELHORAR SEU DESEMPENHO FÍSICO	( )
5.	RECUPERAÇÃO DE LESÕES	( )
6.	MELHORAR A SAÚDE (DOENÇAS)	( )
7.	ACONSELHAMENTO MÉDICO	( )
8.	MELHORAR A AUTO-IMAGEM	( )
9.	MELHORAR A AUTO-ESTIMA	( )
10.	RELAXAR/ REDUZIR O NÍVEL DE ESTRESSE	( )
11.	RECUPERAR-SE DAS ATIVIDADES DO TRABALHO DIÁRIO	( )
12.	INFLUÊNCIA DA TELEVISÃO/MÍDIA	( )
13.	TEMPO DISPONÍVEL PARA A PRÁTICA	( )
14.	PERÍODO DO ANO (VERÃO/INVERNO)	( )
15.	LOCALIZAÇÃO DO PROGRAMA (ACESSO)	( )
16.	ATIVIDADES OFERECIDAS PELO PROGRAMA (GINÁSTICA/CORRIDA)	( )
17.	APOIO SOCIAL DOS AMIGOS E COLEGAS	( )
18.	AMPLIAR A REDE SOCIAL	( )
19.	APOIO SOCIAL DO (A) CÔNJUGE E FAMÍLIA	( )
20.	APOIO SOCIAL DA EQUIPE E PROFESSOR	( )
21.	CONFIANÇA E COMPROMISSO DA EQUIPE E PROFESSOR	( )
22.	GOSTAR DE DESAFIOS	( )
23.	PARA SAIR DE CASA	( )

**OUTROS MOTIVOS/FATORES:**

---

**V. Por qual/quais motivos/fatores abaixo relacionados você *DESISTIU* de participar das atividades do PAC?**

1.	DESMOTIVAÇÃO	( )
2.	PRESENÇA DE DOENÇA OU LESÃO	( )
3.	MEDO DE LESÃO	( )
4.	SENTIR-SE DESCONFORTÁVEL	( )
5.	FALTA DE HABILIDADE PARA PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	( )
6.	FALTA DE APOIO SOCIAL DOS AMIGOS E COLEGAS	( )
7.	FALTA DE APOIO SOCIAL DO (A) CÔNJUGE E FAMÍLIA	( )
8.	POUCO VÍNCULO COM A EQUIPE E PROFESSOR	( )
9.	POUCA CONFIANÇA COM A EQUIPE E PROFESSOR	( )
10.	FALTA DE COMPROMISSO DA EQUIPE E PROFESSOR	( )
11.	FALTA DE SEGURANÇA NO LOCAL DA PRÁTICA	( )
12.	FALTA DE BANHEIRO NO LOCAL DA PRÁTICA	( )
13.	LOCALIZAÇÃO DO PROGRAMA	( )
14.	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO PROGRAMA	( )
15.	FALTA DE QUEM CUIDE DOS FILHOS/PARENTES	( )
16.	FALTA DE TEMPO	( )
17.	FALTA DE TRANSPORTE	( )
18.	NÃO PRECISAR PRATICAR EXERCÍCIO	( )
19.	NÃO GOSTAR DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO	( )

**OUTROS MOTIVOS/FATORES:**

---

**QUESTIONÁRIO SOBRE ADESÃO AO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE (PAC)****NÃO USUÁRIO**

Registro: \_\_\_\_\_

**I. Identificação**

1. Sexo: 1.( ) Masculino 2.( ) Feminino

2. Idade: \_\_\_\_\_ (Anos)

3. Raça/Cor: 1.( ) Branca 2.( ) Preta 3.( ) Amarela 4.( ) Parda 5.( ) Indígena

6.( ) Outras \_\_\_\_\_

4. Escolaridade (Anos de estudos completos): \_\_\_\_\_

5. Residência (Cidade):

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

6. Estado Conjugal: 1.( ) Solteiro(a) 2.( ) Casado(a) 3.( ) Separado(a) 4.( ) Viúvo(a)

5.( ) Companheiro com união estável

7. Situação de Trabalho: 1.( ) Sim 2.( ) Não

Ocupação: \_\_\_\_\_

8. Presença de Doenças: 1.( ) Sim 2.( ) Não

Qual (is): 1.( ) Hipertensão 2.( ) Diabetes 3.( ) Doenças do Coração 4.( ) Câncer

5.( ) Outras \_\_\_\_\_

## II. Grau de importância percebido com relação aos determinantes da adesão

1. Para você aderir a um Programa de Atividade Física como o PAC qual a importância você atribui a cada motivo/fator apresentado abaixo, de acordo com a seguinte escala:

**Escala:**

**Sem importância (1)      Pouco importante (2)      Importante (3)      Importantíssimo (4)**

ADOTAR UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	1	2	3	4
GOSTAR DE PRATICAR EXERCÍCIOS (HÁBITO)	1	2	3	4
AUMENTAR SEUS CONHECIMENTOS NA ÁREA DA SAÚDE	1	2	3	4
MELHORAR SEU DESEMPENHO FÍSICO	1	2	3	4
RECUPERAÇÃO DE LESÕES	1	2	3	4
MELHORAR A SAÚDE (DOENÇAS)	1	2	3	4
ACONSELHAMENTO MÉDICO	1	2	3	4
MELHORAR A AUTO-IMAGEM	1	2	3	4
MELHORAR A AUTO-ESTIMA	1	2	3	4
RELAXAR/ REDUZIR O NÍVEL DE ESTRESSE	1	2	3	4
RECUPERAR-SE DAS ATIVIDADES DO TRABALHO DIÁRIO	1	2	3	4
INFLUÊNCIA DA TELEVISÃO/MÍDIA	1	2	3	4
TEMPO DISPONÍVEL PARA A PRÁTICA	1	2	3	4
PERÍODO DO ANO (VERÃO/INVERNO)	1	2	3	4
LOCALIZAÇÃO DO PROGRAMA (ACESSO)	1	2	3	4
ATIVIDADES OFERECIDAS PELO PROGRAMA (GINÁSTICA/CORRIDA)	1	2	3	4
APOIO SOCIAL DOS AMIGOS E COLEGAS	1	2	3	4
AMPLIAR A REDE SOCIAL	1	2	3	4
APOIO SOCIAL DO (A) CÔNJUGE E FAMÍLIA	1	2	3	4
APOIO SOCIAL DA EQUIPE E PROFESSOR	1	2	3	4
CONFIANÇA E COMPROMISSO DA EQUIPE E PROFESSOR	1	2	3	4

GOSTAR DE DESAFIOS	1	2	3	4
PARA SAIR DE CASA	1	2	3	4

**OUTROS MOTIVOS/FATORES:**

---

**III. Por qual/quais motivos/fatores abaixo relacionados você *NÃO* iniciou/aderiu ao PAC?**

1.	DESMOTIVAÇÃO	( )
2.	PRESENÇA DE DOENÇA OU LESÃO	( )
3.	MEDO DE LESÃO	( )
4.	SENTIR-SE DESCONFORTÁVEL	( )
5.	FALTA DE HABILIDADE PARA PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	( )
6.	FALTA DE APOIO SOCIAL DOS AMIGOS E COLEGAS	( )
7.	FALTA DE APOIO SOCIAL DO (A) CÔNJUGE E FAMÍLIA	( )
8.	POUCO VÍNCULO COM A EQUIPE E PROFESSOR	( )
9.	POUCA CONFIANÇA COM A EQUIPE E PROFESSOR	( )
10.	FALTA DE COMPROMISSO DA EQUIPE E PROFESSOR	( )
11.	FALTA DE SEGURANÇA NO LOCAL DA PRÁTICA	( )
12.	FALTA DE BANHEIRO NO LOCAL DA PRÁTICA	( )
13.	LOCALIZAÇÃO DO PROGRAMA	( )
14.	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO PROGRAMA	( )
15.	FALTA DE QUEM CUIDE DOS FILHOS/PARENTES	( )
16.	FALTA DE TEMPO	( )
17.	FALTA DE TRANSPORTE	( )
18.	NÃO PRECISAR PRATICAR EXERCÍCIO	( )
19.	NÃO GOSTAR DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO	( )
20.	NÃO CONHECER OS BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO	( )

**OUTROS MOTIVOS/FATORES:**

---

*NÃO USUÁRIO*

**ANEXOS**



## ANEXO A



Prefeitura do Recife  
Secretaria de Saúde

### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Emmanuelly Correia de Lemos**, pesquisadora do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa no Programa Academia da Cidade, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “**Determinantes da Adesão ao Programa Academia da Cidade, Recife-PE**”, sendo orientada por Gisele Campozana.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

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

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

Recife, 14 de janeiro de 2011.

**Washington Cavalcanti**  
Gerente de Gestão do Trabalho

Washington Cavalcanti  
Gerente de Gestão de Pessoas  
CPF nº 1147 68.752-9

## ANEXO B



**Título do Projeto:** “Determinantes da adesão ao programa Academia da Cidade, Recife-PE”.

**Pesquisador responsável:** Emmanuely Correia de Lemos

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 07/01/2011

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 02/11

**Registro no CAAE:** 0097.0.095.000-11

## PARECER Nº 07/2011

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 02 de fevereiro de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 02 de fevereiro de 2011.



Rafael da Silveira Moreira  
Cirurgião Dentista  
Vice-Coordenador  
Mat. 61APE 1635510  
CPqAm / FIOCRUZ

**Observação:**

**Anexos:**

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 02/02/2012.