

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO
NA REGIÃO CENTRO OESTE
CURSO DE MESTRADO DA FACULDADE DE MEDICINA**

VITOR ÁVILA ALEXANDRE DOS ANJOS

**IMPACTOS SUBJETIVOS DAS ACADEMIAS CONSTRUÍDAS AO AR LIVRE
NO LAZER FISICAMENTE ATIVO**

CAMPO GRANDE

2018

VITOR AVILA ALEXANDRE DOS ANJOS

**IMPACTOS SUBJETIVOS DAS ACADEMIAS CONSTRUÍDAS AO AR LIVRE
NO LAZER FISICAMENTE ATIVO**

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Junior Vagner Pereira da Silva

CAMPO GRANDE

2018

VITOR AVILA ALEXANDRE DOS ANJOS

**IMPACTOS SUBJETIVOS DAS ACADEMIAS CONSTRUÍDAS AO AR LIVRE
NO LAZER FISICAMENTE ATIVO**

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Junior Vagner Pereira da Silva

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito ____.

Campo Grande, ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Junior Vagner Pereira da Silva –Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)

Joel Saraiva Ferreira- (UFMS)

Fabiana Maluf Rabacow – Universidade Católica Dom Bosco - UCDB.

Sonia Maria Oliveira de Andrade – (UFMS)

DEDICATÓRIA

*“Pai e mãe, acima da carreira acadêmica, vocês, com toda simplicidade didática, me
instruíram a fonte primordial do conhecimento: O amor.*

*Agradeço por participarem da maneira mais ativa possível em cada passo nesse
processo de crescimento.*

Assim como todas as outras, essa conquista também é nossa.

Aos meus maiores mestres.

Família Vincit Omnia!

Amo vocês”

AGRADECIMENTOS

A quem estava desde o primeiro passo.

Crescer, sair da zona de conforto não é um sentimento agradável, requer sacrifício, tempo, dedicação e vontade. Dentre tantas limitações que vivemos o senhor mostrou-me uma perspectiva diferenciada de conhecimento científico e engrandecimento pessoal, lições às quais levarei para a toda a vida. Obrigado “prof” pelo acompanhamento paternal, por ter me ensinado a valorizar o tempo, a vida, a divisão de responsabilidades e principalmente por ter deixando tanto de lado para tornar a nossa vitória concreta. “Um sonho sonhado junto, é realidade”. **GRATIDAO!**

A aqueles que nunca deixaram faltar.

Prima, você e (nossa) família compadeceram mais uma vez em me permitir o sentimento de estar em casa nos domingos, e mais ainda o conforto de ter um porto seguro que provesse estima para continuar. Di, saiba que todas as palavras de apoio, carinho, credibilidade e força estarão sempre guardadas no meu coração. Você é parte primordial desta conquista. Obrigado pelo acolhimento e “mansidão”. Amo você.

À melhor professora fadinha, melhor doutora saudosista e advogada. Tia Syl, Le e Lari, o agradecimento por reconduzir o foco e manter-me sempre alinhado para o constante crescimento. De tanta admiração, desde cada passinho curto e até a distância, ainda me espelho em vocês!

À Ana Carolina (já rindo aqui) e pelos poucos momentos em que é necessário lhe agradecer com tamanha formalidade. Obrigado xuxu, por tornar o meu mundo mais feliz somente com a sua presença, até mesmo quando não é física. Eu te amo!

À família Petri. Tiu Paulo e Tia Nilce que levaram realmente a sério o pedido dos Senseis em deixarem seus filhos incríveis no processo de acolhimento do “Zézinho”. Tiu, tia, vocês foram pai e mãe nos aconselhamentos de paciência e nas “receitinhas” caseiras de saúde. Obrigado pelo conforto e pela paciência por tornar sempre a casa mais barulhenta.

Chris e Will, o senso de humor inigualável de vocês em irradiar qualquer sentimento que não agregue. Obrigado malas, por todas as minhas identidades (até as secretas) e por tirarem meu riso de todas às vezes nas reflexões em tirar leite de pedra.

Le, sua sutileza e todo carinho contido em dizer: “por que se for pensar direitinho, você tem muito mais a agradecer do que reclamar”. Tenho mesmo, você(s) são presentes de Deus na minha vida! Admiro demais a sua perspectiva de guerreira e a sua perspicácia com tudo que almeja, quando digo que sou fã, é de verdade! Até o nosso breve futuro de idas esporádicas ao território do vinho.

Ao Dojô Samurai, os Senseis Kleber e Renata e o Grupo 1 por mostrarem-me que o Karatê vai além do tatame, ele existe em cada luta diária na aplicação do caráter

virtuoso, da fidelidade ao bem, o esforço com os objetivos e respeito acima de tudo. Sou privilegiado por ter uma família de Kimono integra! Oss.

Aos que foram (são) luz!

Minhas “crias”, filhos de carinho, de coração, da docência, pra vida. Ahh queridos, entre tantas vulnerabilidades, vocês mostraram-me o poder de acreditar. Inclusive ao observar quando eu estava no mínimo pensativo e dizerem: “Seja lá o que for, você merece mais”. E eu acreditei gurizada, até o fim. Agradeço todos os gestos de carinho, as cartas, os abraços, sorrisos e sinceras lágrimas nos abraços de saudades! Mereço mesmo, mereço muito mais de lindezas como vocês na vida, Obrigado meus cursantes (2016 a 2018/1), aprendizes (2016 a 2018), afilhados (N2 e J1) e trabalhadores, pelo sentimento paternal, pelo respeito inigualável e o carinho de família. Vale a pena continuar! Donos da sensação de sentir a energia mais pura do universo em reciprocidade, **VOCÊS !**

A aquela que ensinou sobre a colheita e nunca deixou de acreditar.

De todas as hipóteses, em nenhuma, sem seu apoio existiria o ingressar na vida acadêmica. Mesmo com todas as provas de resiliência que você perpassou ainda me permitiu a sensação de acolhimento, esperança, confiança e conchego. Esses são sentimentos providos por uma mãe não é mesmo? Iana, “orientera” a maioria dos meus alunos me chamam de pai, hoje eu sei qual é a origem didática disso.

A aqueles que estão lado a lado.

À Loira Preus, que nunca faltou com sinceridade, realismo beleza e companheirismo. Sempre será o melhor presente da Educação Física, obrigado pelos sonhos partilhados e pelos toques de realidade sempre quando necessário.

À minha madrinha Paula, por muita das vezes lembrar o como visualizar a verdadeira beleza das pessoas: o coração. Muito carinho e admiração por ti, Dinda. Minha referência de caráter, eficiência e honestidade.

Ao Marcel, que conseguiu desconstruir qualquer conceito de vizinhança pelo monitoramento da minha saúde e alimentação nas noites de escrita por inúmeras vezes. Igual você, jamais terá.

À Bruna, que sempre eleva o astral sendo uma condutora pura de energia. Referência conceitual de pessoa e profissional. Você deu o *up* mais do que necessário pra concretização desse sonho com a sua lida frente aos empecilhos. Obrigado futura musa *fitness*, por me proporcionar sempre o autoconhecimento.

À Nathy e Gabi, que literalmente me adotaram na fase final com casa, comida, roupa lavada e muito, mas muito carinho. Na vida, de tudo que se leva, são as pessoas que a gente colhe. Obrigado por estarem, mais ainda, obrigado por serem frutos.

À Dani, pela sutileza e por todos os socorros atendidos em prontidão. Obrigado pela companhia e no aguardo da concretização das nossas promessas!

Ao bonde V.V.T, mano Thiago e mano Vitor pelo equilíbrio entre as responsabilidades e a diferença do sobreviver e viver . Agradeço a injeção de ânimo da nossa união que só agrega valor. Sem sombra de dúvidas, os melhores parceiros e pesquisadores do lazer desviante com uma bagagem inumerável. Que time meus amigos, Valeu gurizada.

À panelinha da gula, por transformar o coleguismo profissional em um verdadeiro ciclo de confiança. À Dádila, minha afilhada, pelo carisma, sorriso e carinho a pronta entrega, Cleide, pelos minutos de sabedoria em mostrar que o universo é justo. Cedron, pela recondução a manter o foco, à Lu pelo equilíbrio muito bem humorado e à Re pela empatia. Agradeço também a Ana pela complacência e empoderamento e a Gi pelas consultas gratuitas em receitas de “como lidar em situações de conflito”. Espero retribuir o mínimo de volta!

Aos pilares...

Ao Instituto Mirim, por se reorganizar “váaarias” vezes para atender este crescimento profissional, em especial à Adriana, Elisangela, Mônica e Jucelma por toda a flexibilidade e amparo quando possível para a resolução dos empecilhos no processo. Obrigado também por me cederem a confiança de mais de 500 “filhos” por semestre que só me trazem alegria. Fonte de inspiração! Orgulho de ser mirim!

Ao Grupo de Pesquisa de Políticas Públicas de Esporte, Lazer e Saúde (GEPPELS), especialmente a minha companheira “descompanhada” nada procrastinadora Val, por toda a parceria nas disciplinas, na coleta, nos momentos de reflexão e apoio. Obrigado maninha. À Luana pela disposição e pelo afago nos momentos de correria.

À Secretaria do programa, em demonstrar apoio e orientações para o caminho menos conflituoso. Valeu Ademir. Ao comitê de ética, Evelin, pela generosa recepção e desmitificação do processo transformando-o em ótimas conversas de inspiração.

À Fundação Municipal do Esporte e a Secretaria Municipal de Saúde por todo atendimento em prontidão com as solicitações para a concretização do estudo.

Ao professor Joel, Fabiana e Heloyse por não transformar a banca avaliadora em um elemento pejorativo e sim, momento de contribuições positivas com intuito do engrandecimento acadêmico. Grato pelos posicionamentos respeitosos e por todas as contribuições. É uma honra.

RESUMO

ANJOS, Vitor Avila Alexandre dos. **Impactos Subjetivos das Academias Construídas ao Ar Livre no Lazer Fisicamente Ativo**. 162f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste) Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande - MS, 2018.

As Academias Construídas ao Ar Livre (ACAL) são ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde, que utilizam a prática de atividade física no intuito de estimular a população a aderir um estilo de vida fisicamente ativo no lazer. A presente pesquisa destinou-se a analisar os impactos subjetivos das ACAL na cidade de Campo Grande, em específico realizar o mapeamento das unidades sob a administração dos órgãos públicos, verificar se há orientação profissional nas academias existentes na cidade, investigar se o serviço disponibilizado é capaz de desenvolver a autonomia para a utilização da aparelhagem sem a presença do professor de Educação Física e analisar se as academias têm contribuído de maneira positiva para adoção de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer. A pesquisa qualitativa, de caráter avaliativo, com objetivos exploratórios e dados *ex post facto* recorreu à análise morfológica para a verificação da infraestrutura física das unidades, à aplicação de entrevista estruturada para os gestores e aplicação do formulário para os usuários sobre os impactos das ACAL à adesão de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer. Os dados foram categorizados e submetidos à técnica de análise de conteúdo. O estudo revela que as academias necessitam de maior atenção da gestão municipal referente à restauração e manutenção na aparelhagem disponível, além de limitações na infraestrutura como a ausência de bebedouros, lixeiras, coberturas e vestiários. O serviço de orientação é exclusivo em unidades específicas e sua disponibilidade é diferenciada de acordo com a administração de cada órgão gestor. É evidente a precariedade no quadro de professores de Educação física para a atuação nas ACAL e, devido à ausência e fragmentação dos horários, os usuários que têm acesso ao acompanhamento profissional constatarem que não possuem autonomia suficiente para executar os exercícios de maneira adequada na ausência do professor. Apesar das limitações, as ACAL foram pontuadas de maneira positiva por estarem em espaços públicos e serem próximas à residência, ainda, os frequentadores relatam benefícios como a promoção da manutenção e melhoria da saúde além da socialização entre os praticantes. Conclui-se que as ACAL constituem-se como ferramenta eficaz no estímulo e adesão do lazer fisicamente ativo mesmo que haja necessidade de reconduções para as barreiras apontadas pelo estudo.

Palavras chaves: Avaliação de Políticas; Impactos Subjetivos; Estilo de vida; Academias Construídas ao Ar Livre.

ABSTRACT

The Outdoor Built Gyms (TOBG) are actions of promotion, prevention and maintenance of health that use the practice of physical activity in intention to stimulate the population to adhere to a physically active lifestyle in leisure. The present study aimed to analyze the subjective impacts of ACAL in the city of Campo Grande, specifically carry out the mapping of the units under the administration of municipal public agencies, to verify if there is professional orientation in all the existing academies in the city, investigate whether the service provided is capable of developing the autonomy for the use of the equipment without the physical education teacher and to analyze whether the academies have contributed positively to the adoption of a physically active leisure lifestyle. The qualitative avaliative research with exploratory purposes and ex post facto data appealed to morphological spaces analysis to verify structures, application of a structured interview to the managers and application of the form for the users on the impacts of ACAL to the adhesion of a physically active leisure lifestyle. The data revealed that academies need more attention from municipal management in relation to restoration and maintenance in the available equipment, besides limitations in infrastructure such as the absence of drinking fountains, dumps, roofs and dressing rooms. The guidance service is unique in specific units and its availability is differentiated according to the administration of each agencies. It is evident the precariousness of the Physical Education teachers to work in the TOBG, and due to the absence and fragmentation of the schedules, the users that have access to the professional accompaniment verify that they do not have enough autonomy to execute the exercises of adequate way without the teacher presence. Although limitations, the TOBG were scored positively due to being in public spaces and being close to the residence, still, the regulars report benefits such as the promotion of maintenance, better health, and socialization among practitioners. Finally, TOBG, constitute an effective tool in stimulating and adhering to physically active leisure, even if there is a need for renewals for the barriers pointed out by the study.

Key words: Politics evaluation; subjectives impacts; health style; The Outdoor Built Gyms.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Barreiras apresentadas pelos frequentadores das ACAL para a prática de atividade física no lazer (n=275).....	92
Gráfico 2. Percepção dos usuários que possuem orientação sobre a autonomia para utilizar a aparelhagem disponível nas ACAL sem a presença do professor de Educação (n=127).....	101
Gráfico 3. Informações utilizadas pelos frequentadores das ACAL de Campo Grande - MS para a execução dos aparelhos disponíveis (n=275).....	103
Gráfico 4. Limitações relatadas pelos usuários para a execução dos exercícios na aparelhagem disponível das ACAL em Campo Grande - MS (n=275).....	104
Gráfico 5. Locais de Prática de Atividade Física no Lazer dos frequentadores das ACAL na Cidade de Campo Grande - MS (n= 275).....	111
Gráfico 6. Estímulo das ACAL á pratica de atividade física no lazer (n=275).....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil dos frequentadores das ACAL administradas pela prefeitura na cidade de Campo Grande - MS (2018)..	96
Tabela 2. Percepção dos frequentadores das placas informativas disponíveis das ACAL na Cidade de Campo Grande - MS.....	105
Tabela 3. Percepção dos usuários sobre a atuação muscular dos aparelhos disponíveis das ACAL na Cidade de Campo Grande – MS.....	104
Tabela 4. Motivos de adesão ás ACAL para à pratica de atividade física no lazer em Campo Grande - MS- 2018.....	115

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapeamento das ACAL em Campo Grande – MS (SISGRAM, 2018).....	81
Figura 2. Distribuição espacial de equipamentos de lazer (ACAL) por região em Campo Grande - MS (SKYCRAPERCITY, 2018) (n=53).....	83
Figura 3. Aparelhos individuais disponíveis para a instalação em ACAL.....	85
Figura 4. Aparelhos conjugados disponíveis para instalação em ACAL (ZIOBER, 2018).....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Demonstração de ações de promoção da saúde que utilizem a prática de atividade física.....	60
Quadro 2. Aparelhos que compõem as ACAL na cidade de Campo Grande - MS - 2018.....	86
Quadro 3. Características do espaço físico disponibilizado nas Academias Construídas ao Ar Livre em Campo Grande – MS.....	88
Quadro 4. Horário de orientações dos Professores de Educação Física disponibilizadas pela FUNESP (FUNESP, 2018).....	98

LISTA DE SIGLAS

AAL - Academias ao ar Livre

ACAL - Academias Construídas ao ar livre

AF - Atividade Física

AMI - Academia da Melhor Idade

APS - Atenção primária á saúde

ATI - Academia da Terceira Idade

CONASE - Conselho Nacional de Secretária Municipal de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas não transmissíveis

FUNESP- Fundação Municipal do Esporte

LOA - Leis orgânicas da Saúde

NuPAF - Nucleo de Pesquisa em Atividade Física

OMS - Organização mundial da Saúde

ONG - Organização não governamental

PAC - Programa Academia da Cidade

PACAS - Programa Academia Carioca da Saúde

PAS - Programa Academia da Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

QV - Qualidade de vida

SESAU - Secretária Municipal de Saúde Pública.

SESI - Serviço Social da Industria

SUS - Sistema único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

VIGITEL - Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
INTRODUÇÃO.....	15
1. ESTILO DE VIDA: CONCEITOS E PROBLEMÁTICAS RELACIONADOS À SAÚDE	21
1.2. ESTILO DE VIDA FISICAMENTE ATIVO.....	29
1.3. ESTILO DE VIDA NO LAZER FISICAMENTE ATIVO	30
1.4. BARREIRAS AO LAZER, INATIVIDADE FÍSICA E SEDENTARISMO.....	37
1.5. ESTRATÉGIAS E ASSISTÊNCIAS PARA A ADOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA FISICAMENTE ATIVO.....	42
2.POLÍTICA PÚBLICA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	46
2.1.POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	54
2.2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	57
2.3. O PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE.....	61
2.4 .PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE.....	64
2.5. ACADEMIA DA TERCEIRA IDADE	67
2.6.ACADEMIA AO AR LIVRE	69
3.OBJETIVOS.....	73
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	74
4.1. TIPO DE PESQUISA.....	74
4.2.LÓCUS E POPULAÇÃO	75
4.3. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	76
4.4. ANÁLISE DOS DADOS.....	78
4.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	78
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	80
5.1. MAPEAMENTO DAS ACADEMIAS CONSTRUÍDAS AO AR LIVRE E INFRAESTRUTURA.....	80
5.2. CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E INFRAESTRUTURAIS DAS ACADEMIAS CONSTRUÍDAS AO AR LIVRE.....	84
5.3. ORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NAS ACAL.....	96
5.4. IMPACTOS DAS ACAL AO ESTILO DE VIDA FISICAMENTE ATIVO NO	

LAZER E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	110
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	123
APÊNDICES.....	
APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/TCLE.....	148
APÊNDICE B. FORMULÁRIO DE ENTREVISTA (COORDENADOR(A); GESTOR (A).....	148
APÊNDICE C. FORMULÁRIO AVALIATIVO DOS IMPACTOS DAS ACADEMIAS CONSTRUÍDAS AO AR LIVRE EM CAMPO GRANDE - MS.....	150
APÊNDICE D. FICHA DE AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DAS ACADEMIAS CONSTRUÍDAS AO AR LIVRE.....	153
APÊNDICE E. MAPEAMENTO- ACADEMIAS CONSTRUÍDAS AO AR LIVRE- CAMPO GRANDE-MS (SISGRAM, 2018).....	155
APÊNDICE F. RELATO ENTREVISTA- GESTOR(A)/COORDENADOR(A)- FUNESP.....	157
APÊNDICE G. RELATO ENTREVISTA- GESTOR(A)/COORDENADOR(A)- SESAU.....	160

INTRODUÇÃO

As mudanças no modo de produção e o avanço da era tecnológica trouxeram modificações nos hábitos e na rotina do ser humano relacionadas ao estilo de vida, alimentação, meio de transporte e atividade física.

O estilo de vida “representa o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e os valores das pessoas” (NAHAS, 2000, p.3), logo, o estilo de vida de um indivíduo é relativo mediante as ações que são tomadas no cotidiano. A partir das variações existentes para adotar um estilo de vida, faz-se necessário ressaltar o estilo de vida ativo ao considerar os benefícios significativos para a saúde, devido a consequências de realizar a atividade física.

A atividade física constitui-se em qualquer movimento produzido pelo corpo que promove gasto energético em atividades no ambiente doméstico, no deslocamento, no trabalho ou no lazer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; FLORINDO *et al.*, 2009). O estilo de vida fisicamente ativo pode promover benefícios à manutenção da saúde, dentre eles, a melhoria do bem estar psicológico, biológico e físico como o aumento da força, do tônus muscular, do fortalecimento dos ossos, das articulações e devido à liberação de endorfina e dopamina (RODRIGUES, 2013).

Em relação aos benefícios da atividade física, de maneira sistematizada, contribuem com o crescimento e fortalecimento dos ossos (SILVA FILHO *et al.*, 2015), na juventude e idade adulta corroboram com a melhora nas condições musculares e viscerais, retardando o envelhecimento (GOLDNER, 2013) e na terceira idade, na promoção da independência funcional, aumento da expectativa de vida, auxílio do controle de peso e melhorias na composição corporal, muscular, articular e óssea (SILVA, 2014).

Ademais, restringem os riscos de doenças degenerativas como as cardiovasculares e a hipertensão arterial, além de conceber efeitos benéficos no combate às doenças circulatórias, respiratórias crônicas e diabetes (RODRIGUES, 2013) e principalmente atuam como agente de proteção e prevenção frente às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Dentre as quatro dimensões possíveis de vivência da atividade física, a relacionada ao lazer se configura como norteadora deste projeto, pois embora possa

figurar como veículo promotor da saúde por meio do interesse cultural físico/esportivo (SILVA; SAMPAIO, 2011), observa-se que 39,8% da população adota estilo de vida fisicamente ativo durante o seu tempo de lazer¹ (VIGITEL, 2018).

Em contraponto ao estilo de vida ativo, de acordo com Salles-Costa *et al.* (2003), a década de 1970 destacou-se como um marco para o crescimento do sedentarismo e da inatividade física devido à automação, à mecanização e às modificações no modo de produção, aumentando os índices do sedentarismo e da inatividade física.

O sedentarismo ou comportamento sedentário refere-se à rotina de um indivíduo que possui maior carga de tempo com atividades de baixo dispêndio energético, direcionado a atividades em disposição de estar sentado ou deitado ao ponto que não haja aumento significativo perante o nível de repouso (MEGUCI *et al.*, 2015). Por sua vez, a inatividade física é compreendida como o não alcance ou a insuficiência de atividade física perante os níveis recomendados de prática moderada a vigorosa além da não adoção de um estilo de vida sedentário (HALLAL *et al.*, 2012; DUMITH, 2009)

Tanto o sedentarismo quanto a inatividade física acarretam malefícios para a saúde. Russel *et al.* (2008) apontam que o estilo de vida inativo fisicamente ou sedentário aumenta em 31% o risco de morte quando equiparado ao estilo de vida fisicamente ativo, pois reduz drasticamente as funções metabólicas, afetando diretamente o estado da saúde.

No âmbito nacional, a inatividade física nos últimos anos, tem apresentado elevados percentuais na população adulta. Em 2015, o percentual foi de 45.9% (VIGITEL, 2016) e conseqüentemente 47,5% (VIGITEL, 2015), 48,7% (VIGITEL, 2014), 49,4% (VIGITEL, 2013).

Não obstante, parte da população tem demonstrado adotar um estilo de vida sedentário – 14,8% (VIGITEL, 2018) comportamento que representa um dos tipos de riscos de morte no mundo, corroborando para a prevalência das DCNT (DUNCAN *et al.*, 2012; PAULO *et al.*, 2015), sendo responsável por 20 a 30% da taxa de mortalidade no mundo (BERNARDES *et al.*, 2015).

¹ Embora o Vigitel utilize o termo tempo livre, adota-se o conceito tempo de lazer, pois de acordo com Marcellino (2002) o lazer é o campo de atividades livre de obrigações do cotidiano, em suma, as atividades apontadas pelo indicador utilizado.

Em específico no Brasil, as DCNT representam a maior carga de morbidade e mortalidade (DUNCAN *et al.*, 2012), totalizando 75% em geral (MALTA, 2016).

A baixa adesão do estilo de vida fisicamente ativo no lazer está relacionada à diversidade de fatores que atuam como barreiras, sendo eles de ordem intrapessoal (comportamental, biológico, cognitivo/afetivo e demográfico), ambiente social (clima social, biológico, cultura, comportamento de suporte, política de incentivos e política de investimentos) ou ambiente físico – ambiente natural (geografia e temperatura) e ambiente construído (recreação, informação, arquitetura, urbano/suburbano, entretenimento e transporte) (MATSUDO *et al.*, 2006).

Diante dos prejuízos exercidos pela insuficiência física, ações no âmbito das Políticas Públicas Federais vêm sendo elaboradas pelo Ministério da Saúde a frente dos elementos que atuam como barreiras à adoção de um estilo fisicamente ativo.

As políticas públicas de promoção de saúde são caracterizadas como ações que objetivam a emancipação e conscientização dos indivíduos de um local, incluindo desde a prevenção à manutenção de sua saúde, podendo ser realizadas a partir do governo ou por um determinado grupo específico (BUSS, 2007).

No âmbito federal, observa-se que em 2006, em busca da potencialização da promoção da saúde e os cuidados com o modo de vida saudável da população, a implantação do programa Academia da Saúde se deu a partir das estruturas físicas ou os denominados polos, sendo coordenados pela atenção básica ou atenção primária à saúde (SKOWROSKI, 2014).

Sua implantação política foi efetivada pela Portaria Ministerial nº 719 de 07 de Abril de 2011 e atualizada pela Portaria Ministerial nº 2681, de 08 de Novembro de 2013 (BRASIL, 2013).

De acordo com Hallal (2012), a inclusão das Academias da Saúde no SUS foi um marco, um passo na direção correta relacionada à promoção da saúde e ainda reforça a quebra do antigo paradigma construído pela medicina previdenciária tornando esse contexto macro atribuindo a perspectiva ampliada da saúde (HALLAL, 2012).

Embora Campo Grande-MS não disponha da implantação do Programa Academia da Saúde, no âmbito da política municipal, existem outras estratégias que foram executadas a partir da utilização de ACAL.

Em 2011, o projeto Viver Legal corroborou com a implantação de mais unidades das ACAL sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) objetivando a oferta de atividade física para a população em geral.

Em 2013, outras unidades foram articuladas sob a responsabilidade da Fundação Municipal do Esporte (FUNESP) por meio do programa “Programa Movimente-se Campo Grande”. A proposta teve como objetivo principal sensibilizar e estimular a prática regular de atividade física, contribuindo para a melhora da autoestima, combate a doenças relacionadas ao sedentarismo apropriando-se dos parques, praças e das academias no seu horário de lazer e tempo livre (FUNESP, 2016).

O subprograma “Movimenta Academia ao Ar Livre”, vinculado ao “Movimente-se” visa orientar adequadamente os praticantes de atividades físicas de lazer nos aparelhos das ACAL para que sejam utilizados de maneira eficiente, impactando na população possíveis benefícios. Os objetivos específicos consistem no acompanhamento e orientação dos usuários das ACAL no desenvolvimento da autonomia dos usuários em frequentá-las sem a presença do professor (FUNESP, 2016).

Por fim, em 2017, o projeto norteador da FUNESP passou por reestruturações e as ACAL tornaram-se pertencentes ao projeto “Lazer e Cidadania” buscando democratizar o acesso à prática de lazer e os diferentes conteúdos culturais existentes.

A partir das informações levantadas e das mudanças estratégicas políticas surgiram as seguintes inquietações: Como estão organizadas as academias construídas ao ar livre sob a administração de órgãos públicos existentes em Campo Grande/MS? As Academias ao Ar Livre em Campo Grande/MS dispõem de acompanhamento e orientação aos praticantes sobre a utilização dos aparelhos? Se sim, esse processo de orientação dos professores ocorre em todos os polos distribuídos na cidade? Se não, em quantos e quais ocorrem? O acompanhamento e orientação têm sido capaz de desenvolver a autonomia dos usuários para utilizarem os aparelhos sem a presença e orientação de um professor de Educação Física? O programa tem contribuído para que os usuários adotem um estilo de vida fisicamente ativo?

A avaliação é uma etapa necessária e fundamental no processo de ação política, pois possui o objetivo de mensurar em que medida as metas traçadas pelo planejamento estão sendo alcançadas, envolvendo os recursos humanos, financeiros e até mesmo as mudanças previstas e não previstas em todo o processo de execução (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

Além disso, este processo pode produzir informações decorrentes aos determinados projetos ou programa, proporcionar mudanças, realizar direcionamentos e ampliar suas capacidades, pois suas consequências visam à eficiência para alcançar os objetivos propostos (BRASIL, 2013; HEIDEMAN, 2010; CAPELLA, 2012; RODRIGUES, 2010).

Mezzadri *et al.* (2015) apontam que o cumprimento desta etapa também impacta diretamente nas condições de vida de todos os indivíduos inseridos no contexto, justamente pelas políticas públicas tratarem de um problema público, o que torna, ou deveria tornar o interesse coletivo à população.

Por isso é sugerido pelos autores que analisam as políticas que o controle dos impactos deve ser realizado durante as diversas fases do determinado processo de implantação de ações políticas para conduzir adaptações e realizar reconduções, caso necessário, para que a ação seja efetiva (FREY, 2000).

Logo, realizar a avaliação de uma política pública, em específico, investigar a efetividade das ACAL, torna-se importante em virtude da relevância política e social ao oportunizar aos atores políticos a construção ou a desconstrução de ações para atender às demandas de necessidade da sociedade, podendo acarretar consequências benéficas às condições de vida de todos inseridos em sociedade (MEZZADRI *et al.*, 2015).

A presente dissertação teve o objetivo principal de analisar os impactos subjetivos das academias construídas ao ar livre na cidade de Campo Grande - MS mediante ao estilo de vida fisicamente ativo dos usuários. Em específico, mapear as academias construídas ao ar livre na cidade, realizar a verificação se existe orientação e acompanhamento de Professores de Educação Física nos polos existentes na cidade de Campo Grande/ MS, investigar se o acompanhamento e a orientação disponibilizadas têm sido capazes de desenvolver a autonomia para os usuários utilizarem os aparelhos sem a presença e orientação de um professor de Educação Física, e analisar se as

academias têm contribuído de maneira positiva para adoção de um estilo de vida fisicamente ativo.

A presente dissertação está dividida em três capítulos. O primeiro discute os conceitos em torno do estilo de vida, qualidade de vida, saúde e bem estar e suas problemáticas, o sedentarismo e a inatividade física, e ainda os impedimentos à vivência de um estilo fisicamente ativo no lazer.

No segundo capítulo, é analisado o conceito de Política, Políticas Públicas sociais até o surgimento dos princípios e efetivação da Promoção de saúde junto ao planejamento da estratégia governamental e a implantação das Academias Construídas ao Ar Livre e suas diferentes modalidades, organizados em subitens por ordem de efetivação no cenário nacional apontada pela literatura.

No terceiro capítulo apresentamos a metodologia do estudo, composta por tipo de pesquisa, locus e população, procedimentos e instrumentos para a coleta de dados e os aspectos éticos entorno da pesquisa. O quarto é separado para os objetivos.

Os resultados e discussões compõem o quinto capítulo e foi subdividido em 3 itens, para melhor compreensão dos dados obtidos, o mapeamento das ACAL e a infraestrutura, as características estruturais e infraestruturais das ACAL, a orientação e acompanhamento dos profissionais de Educação Física nas ACAL e os impactos ao estilo de vida fisicamente ativo no lazer e promoção da saúde.

Por fim, integram ao trabalho as considerações finais, as quais sintetizam os principais achados da investigação, assim como apresentam as limitações do estudo e possíveis desdobramentos para investigações futuras.

1. ESTILO DE VIDA: CONCEITOS E PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE.

É primordial iniciar a discussão e reflexão sobre o conceito de saúde para posteriormente aprofundarmos a temática sobre as ACAL, pois, adiante será discutido que cada polo faz parte de um planejamento maior, contendo plano de ações para atingir objetivos em comum envolvendo a adoção e a promoção da qualidade de vida por meio de um estilo de vida fisicamente ativo.

A expectativa de vida da população brasileira progrediu significativamente nos últimos 30 anos. Os cálculos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que a expectativa de vida do brasileiro alcança o patamar de 75,5 anos (BRASIL, 2017).

Entretanto, Buss (2007) analisa que, embora tenha aumentado a expectativa de vida e a diminuição dos índices de morbimortalidade sobre as doenças infectocontagiosas, alguns setores sociais ainda apresentam problemas em relação à infraestrutura urbana básica e outros agravantes econômicos e políticos que afetam diretamente a saúde.

A saúde é um reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural de cada momento histórico vivido em sociedade intrinsecamente ligada ao lugar, às classes sociais, aos valores individuais e coletivos dos determinados grupos sociais e também do que é considerado como doença (SCLIAR, 2007).

Anteriormente, a doença simultaneamente correspondeu aos momentos históricos, sendo vista como a desobediência aos mandamentos divinos ou castigos místicos, utilizando a concepção mágico-religiosa (SCLIAR, 2007) até o conjunto de sinais que afetam um ser vivo de forma negativa à saúde (HEGENBERG, 1998).

Por estar ligada diretamente a área da medicina e interpretado somente pela negação da doença, criou-se uma ligação entre os dois termos, restringindo saúde à concepção da ausência de doença, resultando em um binômio (MINUZZI; AMARAL, 2012).

Savastano (1980) compreende que tanto a saúde quanto a doença possuem uma inter-relação a fatores biológicos, culturais, ambientais e sociais em seu processo e a

vivência de cada um destes aspectos são percebidas de maneira diferentes para cada ser humano.

Referente a essas informações, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, assumiu que “Saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não a ausência de doença (BRASIL, 1998, p. 249)”.

A comunidade científica não se delongou para iniciar as discussões e os apontamentos frente ao posicionamento da OMS. A partir do entendimento do que é doença, Hegenberg (1998) não visualiza o conceito de forma negativa, porém interpreta de forma conflituosa devido às possíveis conclusões nas quais a saúde não é afetada somente pela ausência de doenças, mas também pelo desequilíbrio entre as dimensões do bem estar físico, mental e social.

Outra objeção apontada por Coelho e Almeida Filho (2002) é a dificuldade de conceituar saúde pelo ponto de vista epistemológico, justamente pela pobreza conceitual antecedente ao conceito da OMS, reconhecido desde a Grécia Antiga até a contemporaneidade, ao verificar que os investimentos da pesquisa em determinado período de tempo foram elaborados somente em questões teóricas em torno da ausência de doenças.

Segre e Ferraz (1997) questionam que, embora tenha sido uma definição avançada para a época de sua publicação, já se caracterizava como uma visão inatingível devido aos fatores limitadores que envolvam o que é completo. Completo significa:

1. Que tem todas as partes; acabado; integral; inteiro
2. Que atingiu o máximo de sua potencialidade; perfeito; total
3. Cabal, total, pleno (serenidade completa)
4. Que apresenta todas as qualidades exigidas;
5. Que não pode conter mais nada.
6. Que abrange todas as etapas ou modalidades possíveis (AULETE, 2017, p.1).

Ao considerar a complexidade do ser humano, o subjetivismo e os fatores limitadores que não depende exclusivamente do homem, e sim de todo o contexto histórico, social, político e econômico vivido, torna-se impossível alcançar o que é dito por completo ou perfeito estado de bem estar e consequentemente de saúde (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Da mesma forma, outros pesquisadores realizaram indagações ao conceito. Brito (2010) compreende que saúde engloba esferas, desde a questão individual até a coletiva, não podendo se restringir a apenas a ausência de doenças, devendo considerar os determinantes genéticos, biológicos, individuais relacionados à vida.

Todavia, os apontamentos à saúde obtiveram progresso. Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi estabelecido a não abstração do conceito, pois é dependente do contexto histórico da sociedade e resultante das formas de organização política de cada local em específico (BRASIL, 1986).

A saúde é determinada às condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho, renda, transporte e até das atitudes tomadas nos momentos de lazer e por fim, não menos importante, o acesso aos diferentes serviços de saúde (BACKERS *et al.*, 2009).

No intuito de desvelar o conceito, diferentes abordagens foram criadas, dentre elas, as de Narvai *et al.* (2008) os quais realizam a separação didática, destacando que a saúde é uma condição, ou seja, algo não permanente, mutável e mediados por planos (VIANNA, 2012; DEMARZO, 2011).

O plano individual trata sobre as disfunções e anormalidades biológicas, o subindividual ao nível orgânico e o intervalo entre a normalidade e funcionabilidade fisiológica, e o coletivo englobando os grupos sociais em torno da família, o bairro, o município e daí por diante (VIANNA, 2012; DEMARZO, 2011).

Encontra-se na literatura outra divisão do conceito, afirmando que a condição de saúde é pautada por aspectos objetivos e subjetivos. Todavia, Nahas *et al.* (2000) reconhecem que definir a saúde objetivamente é algo incerto, pois visualizam a saúde em uma perspectiva holística nas dimensões física, psicológica e social além da continua alternância entre vivências positivas e negativas para cada sujeito.

Então, a subjetividade da saúde é identificada por Mori e Rey (2012) em uma expressão plurideterminada por combinar fatores genéticos, psicológicos e sociais e seu percurso na prática social não ser decidido pela participação do indivíduo de forma unilateral.

Ademais, os autores demonstram a reflexão sobre o posicionamento dos indivíduos aos diferentes processos subjetivos da vida. A subjetividade é conceituada como:

1.[sic] Qualidade ou domínio do que é subjetivo. 2. [sic] Fil. Condição psíquica e cognitiva do ser humano encontrável tanto no âmbito individual quanto no coletivo e que faz com que o conhecimento dos objetos externos ao sujeito se dê segundo os referenciais próprios deste (AULETE, 2017, p.1).

Sendo assim, por sua complexidade e imprevisibilidade, é inviável categorizar o estado de saúde somente pelas doenças e procedimentos médicos em torno do ser humano, inclusive, ao levar em conta a autonomia e os fatores limitantes da prática social. O sujeito se relaciona com a sociedade de forma independente, todavia, depende do contexto o qual se relaciona (MORI; REY, 2012).

De fato, os componentes físicos, mentais, espirituais e emocionais são características que afetam o estado de saúde (BATISTELLA, 2007), definições as quais são englobadas por Nahas *et al.* (2000) na terminologia “bem-estar”.

Caracterizado pela sua emergência na década de 1960, o conceito de bem estar surgiu na defesa do princípio dos desenvolvimentos de valores pessoais a cerca de seis componentes como a autoaceitação, a autonomia, os relacionamentos, domínio do ambiente, o propósito de vida e o crescimento pessoal (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

A autoaceitação discorre sobre as atitudes positivas sobre si mesmo, emergindo as principais características do funcionamento psicológico positivo (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

O propósito na vida engloba o planejamento pessoal, intelectual, social e cultural do indivíduo, indicando as intenções e as direções o qual o mesmo pode agir perante a sua vivência em sociedade (MACHADO E BANDEIRA, 2012; SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

O domínio do ambiente explana sobre a autonomia adequada as características psíquicas associadas à organização, controle, participação e modificação ou criação nos

diversos espaços físicos e sociais percorridos ou a percorrer (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

E ainda, as experiências positivas construídas nas relações entre os indivíduos, o crescimento pessoal e a autonomia, baseados nas emoções positivas e negativas como eixo central ao longo da vida do ser humano (MACHADO; BANDEIRA, 2012; SILVA; HELENO, 2006).

Outro ponto de vista apontado na literatura é a subjetividade do bem estar mediada por três aspectos, a satisfação com a vida, os afetos positivos e afetos negativos.

O bem estar é mensurado a partir das singularidades, originalidades e especificidades do ser humano, considerando que os indicadores sociais não poderiam defini-la já que um mesmo indivíduo pode reagir de diferentes maneiras a situações parecidas (ALBUQUERQUE; TRÓCOLLI, 2004).

O segundo fator, as medidas positivas, não é sucintamente definido pela ausência de experiências negativas, contudo, na prevalência de sentimentos positivos sobre os negativos (ALBUQUERQUE; TRÓCOLLI, 2004).

Por fim, a avaliação geral dos elementos da vida como a felicidade, satisfação, os afetos que alteram o estado emocional, bem como condições externas, em específico o poder aquisitivo, ressaltam que o conceito de bem estar, indiferente da perspectiva, será uma percepção, ou seja, uma análise subjetiva individual diretamente ligada à qualidade de vida (NAHAS *et al.*, 2000).

A qualidade de vida (QV), similarmente aos outros conceitos abordados, é um termo genérico. Farlex (2017) refere-se como o nível de saúde de uma pessoa, grupo, ou população por meio de medidas objetivas e subjetivas, porém, não é somente ao nível de saúde que a QV trata, ela engloba as expectativas de um indivíduo agregando valores éticos e culturais de grupos e populações, a partir do gênero, da idade e da condição socioeconômica (ARÁUJO; ARÁUJO, 2000).

Por meio de tendências, a visão da QV de maneira genérica é influenciada pelos estudos sociais ao adequar-se ao posicionamento da OMS como “a percepção do indivíduo sobre a posição de vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores no

qual ele vive em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações” (SEIDL; ZANNON, 2004).

As discussões em torno da QV criaram a divisão entre a subjetividade, percepção da pessoa sobre o estado de saúde, nível de aceitação, interpretação, entendimento dos episódios no contexto vital, e multidimensionalidade devido a constante mudança das condições dos eventos ocorridos na vida de uma pessoa (FORBES, 2013) para compreender as características:

[...] (a) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; (b) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (c) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; (d) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive (SEIDL, ZANNON, 2004, p.584).

Por isso, o desenvolvimento de medidas da QV é associado aos fatores de longevidade, satisfações, relações sociais e definido como o conjunto de parâmetros e indicadores individuais, sociais, econômicos e ambientais que impactam nas condições e no estilo de vida do ser humano (NAHAS *et al.*, 2000).

O que então afinal, é o estilo de vida?

O estilo de vida “representa o conjunto de ações cotidianas que refletem as atitudes e os valores das pessoas” (NAHAS *et al.*, 2000, p. 3), logo, o estilo de vida de um indivíduo é relativamente mediado pelas particularidades em torno do contexto sócio-histórico cultural, inserido.

A OMS preconiza seu posicionamento sobre o conceito, como a adoção de costumes, hábitos, influências e modificações por meio do incentivo ou inibição nas relações sociais durante todo o processo de socialização na vida humana (WHO, 2004).

Então, as transformações na economia, na política, os ambientes de convivência, as concepções individuais e visões de mundo são fatores que associam e modificam a individualidade e a vida de cada ser humano (VELHO, 1995).

Igualmente a todos os outros conceitos trabalhados neste capítulo, o conceito de estilo de vida concomitantemente percorreu por discussões e reflexões para ser estabelecido.

Seu primeiro marco foi constatado por Alan Dever, epidemiologista norte americano, que defendia um modelo diferenciado equiparado às discussões teóricas da época. O pesquisador divide a saúde em campos associados em fatores que afetam o estilo de vida (MASCARENHAS, 2005).

Dependente de uma série de componentes do campo subjetivo, o estilo de vida engloba as escolhas adotadas no cotidiano e até as situações onde os indivíduos não possuem autonomia e controle suficiente para realizar mudanças (CZERESNIA; FREITAS, 2009; FINOTTI, 2004).

O ambiente, por exemplo, inclui todos os fatores externos os quais o ser humano possui pouco ou nenhum controle, uma questão tão ampla que é delimitada desde a pureza do ar até a eliminação adequada dos dejetos. Este componente considera o fato de que, o indivíduo por si só, não pode garantir esses fatores, dependendo então de ações maiores do que a sua autonomia (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Afetando diretamente o estilo de vida, o componente da biologia humana trata sobre todos os fatores relacionados à saúde, incluindo a concepção física e mental que manifestava no organismo sobre consequências fisiológicas, considerando as particularidades genéticas, a anatomia e o organismo de cada indivíduo (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

O acesso e os serviços de assistência à saúde abordam a qualidade do atendimento prestado mediado pela quantidade de vezes necessárias, não excluindo a questão da ordem, as relações entre os profissionais e os recursos solicitados. De modo geral, o acesso às ações, os serviços, projetos e programas ofertados pelo sistema de saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Essas questões são amplas, a tal ponto que envolvem as características regionais que situam o sujeito até fatores externos, riscos e condições vulneráveis que o ambiente possa oferecer (HOEFEL; NALI, 2015). Englobam também a tomada de medidas a respeito da saúde, os hábitos alimentares, os comportamentos determinados, autodeterminados, construídos e aplicados no contexto sócio-cultural (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

Independente da faixa etária, o estilo de vida de pessoas, grupos e sociedade de forma abrangente, têm sido apontados como indicadores e determinantes, ao considerar

que o conjunto de comportamentos pode acarretar benefícios e malefícios à saúde, além de ser passivo de limitações (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013; NOVAES, 2002).

Assim como o bem estar, o estilo de vida é algo heterogêneo, pois apresenta variações ao considerar em seu processo de análise a estruturação social, física e econômica de cada sujeito nas diversidades históricas, sociais e culturais na sociedade.

As mudanças no modo de produção, os conflitos sociais e os avanços da era tecnológica trouxeram modificações evidentes no estilo de vida, hábitos e na rotina do ser humano, dentre elas, as relacionadas à alimentação, o consumo de drogas, tabagismo e a prática de atividade física.

Novaes (2002), frente à transição nutricional, aponta a prevalência do consumo de alimentos com a alta porcentagem de gorduras e o baixo consumo de frutas e hortaliças, caracterizando os hábitos alimentares de maneira inadequada e corroborando diretamente com prejuízos à condição de saúde do indivíduo.

O álcool, o tabagismo e as dependências químicas atuam como fatores prejudiciais na saúde pública, devido a sua influência social e consequências na população, pois, embora o uso das substâncias seja um fator individual, o excesso ocasiona uma síndrome composta de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos aditivas aos fatores de risco perante a vida em sociedade (MARQUES *et al.*, 2015; CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Schmidt *et al.* 2011 relatam que os transtornos neuropsiquiátricos relacionados ao uso excessivo do álcool, ansiedade, depressão, psicose e estresse são detentores da maior parcela de contribuição para as principais fontes de doenças atuais.

Outros autores aprofundaram-se na busca de fatores que afetam o estilo de vida da população. Nahas *et al.* (2000) apontam as mudanças sócio demográficas, em específico a inversão da proporção rural, para a área urbana e a diminuição da mortalidade infantil com o aumento da expectativa de vida na proporção de jovens idosos na população.

Além disso, o aumento expressivo do sobrepeso, a obesidade, as alterações no padrão dietético nutricional, a diminuição do gasto calórico em todas as faixas etárias, quando comparadas com o padrão de incidência de mortalidade, com o óbito de doenças

infectocontagiosas para a mortalidade atual justificam a prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) apontadas pelos indicadores de saúde (SOUZA, 2010; OMS, 2017).

Torna-se inegável dizer, que as variações do estilo de vida afetam diretamente a saúde de um indivíduo, ou de um grupo social, podendo acarretar aspectos positivos e aspectos negativos frente à vida. Ponderando somente os aspectos positivos, sobressai-se o estilo de vida fisicamente ativo e as consequências de realizar as atividades físicas, objeto de estudo tratado em item específico.

1.2. ESTILO DE VIDA FISICAMENTE ATIVO.

A atividade física (AF) é definida como qualquer movimento produzido pelo corpo devido à contração muscular que resulta em gasto calórico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

De forma mais ampla, é definida como o comportamento humano que envolve o movimento o qual inclui o gasto de energia e a melhoria da aptidão física, sendo o resultado presente em diferentes atribuições fisiológicas (GABRIEL *et al.*, 2011).

É conceituada e executada a partir de quatro dimensões representativas dos aspectos culturais e econômicos da maioria da população: o trabalho, as atividades do cotidiano, o deslocamento (ou a locomoção) e lazer (DUCA, 2013).

No trabalho, caracteriza-se como fisicamente ativo a questão de carregar pesos em suas possíveis intensidades, quantidade e volume, manusear aparelhos com carga considerável, subir ou descer escadas como parte da função executada e executar trabalhos manuais no âmbito escolar, universitário e trabalhista (MATSUDO *et al.*, 2012).

No domínio que trata sobre as atividades do cotidiano, as tarefas e os afazeres domésticos estão associadas às formas de AF executadas no espaço aonde o indivíduo se insere, envolvendo ações relacionados a limpeza e organização do lar, como a faxina dos cômodos de uma casa, a lavagem de louças e roupas, a organização do quintal e até os cuidados com o jardim (DUCA, 2013).

Ainda, nas obrigações domésticas do cotidiano inclui o transporte de pesos leves, limpar móveis, esfregar o chão e varrer a casa, incluindo a limpeza da parte externa do domicílio, como o uso do rastelo no quintal e os cuidados manuais com o jardim (MATSUDO *et al.*, 2012).

Já o deslocamento ou a locomoção são analisados a partir de como o indivíduo transita de um lugar para o outro dentro dos contextos do seu meio social. Um exemplo a considerar é a utilização da caminhada e da bicicleta para ir e voltar das obrigações trabalhistas (FLORINDO *et al.*, 2009).

Tendo em vista, que todo ser humano, independente do estilo de vida, executa ações com certa frequência e regularidade ao decorrer da vida, Sardinha *et al.* (2010) engloba na locomoção, além da ida ao trabalho e à escola, os compromissos diversos em relação a vida social que o indivíduo possa levar em sociedade, como ida ao cinema, um encontro com amigos, a visita a um parque, ações que envolvam a transição do sujeito para outro local.

Classificados em ativo e passivo, o deslocamento ativo é delimitado a partir de um gasto energético considerável, no caso, podendo ser por pedaladas e a caminhada. O deslocamento passivo é mensurado pelo tempo de uso dos meios de transporte automotivos, podendo ser público ou privados, variando entre carro, ônibus, metrô e daí por diante (MATSUDO *et al.*, 2012; SILVA; LOPES, 2008),

Estudos como o de Rech *et al.* (2015); Da Silva *et al.* (2011) e Silva *et al.* (2007) nas considerações bibliográficas, sugerem a construção e a elaboração de estratégias para atingir a mudança de comportamentos, no intuito que estimule a população a fazer uso do deslocamento ativo, incluindo o deslocamento para as ações no tempo de lazer.

Outra dimensão que compõe o item atividade física é a relacionada ao lazer. Contudo, diante da complexidade que esse termo carrega, sobretudo por dispor de contribuições teóricas advindas da sociologia do lazer e a fisiologia do exercício, trataremos esta questão em tópico específico.

1.3. ESTILO DE VIDA FISICAMENTE ATIVO NO LAZER

Por ser a temática de estudo e, as ACAL serem consideradas como equipamento de lazer, para a análise do objeto de estudo torna-se necessário realizar a discussão

inicial sobre o conceito de Lazer permitindo assim a melhor compreensão sobre o mesmo.

Não diferente dos conceitos e perspectivas discutidos neste estudo, o lazer é um fenômeno criado e desenvolvido de acordo com os determinantes históricos e sociais atrelados ao movimento dinâmico das relações e expressões do homem ao longo do tempo (MARCASSA, 2002).

Na busca da complementação e expansão do conceito, encontram-se em Bramante (1998) apontamentos que identificam o lazer como uma dimensão privilegiada da expressão humana dentro de um tempo conquistado, materializada através de uma experiência pessoal, criativa, prazerosa, agregada ao seu potencial socializador.

Sua vivência está relacionada diretamente às oportunidades de acesso aos bens culturais, os quais são determinados por fatores sócio-político-econômicos e influenciados por fatores ambientais (BRAMANTE, 1998).

Então, o lazer é um campo de atividades, que envolve satisfação por parte do praticante, em constante relação com as demais áreas de atuação do homem, onde deve existir a possibilidade de escolha em realizar a sua prática, livre de obrigações, contemplando aspectos que vão desde a diversão até ações para o desenvolvimento pessoal, educacional e social (MARCELLINO, 2002).

Marcellino (2002) compreende o lazer por dois aspectos, a atitude, considerando a relação entre o sujeito e as experiências vividas a partir das atividades neste tempo. O tempo é o segundo aspecto, considerando as atividades desenvolvidas fora do trabalho e os momentos disponíveis das obrigações familiares, sociais e religiosas.

Importante ressaltar que ambos os aspectos não devem se tornar limitantes entre as mesmas, ou seja, o lazer deve ser compreendido como uma manifestação humana com características destes dois aspetos (MARCELLINO, 2001).

A atuação no lazer é possível a partir de três gêneros. Pela prática, ou seja, a execução direta de determinada tarefa. Pelo ato de contemplar, por meio de uma participação assistida do determinado evento. Pelo estudo, ao realizar uma análise

critérioria da ação escolhida para agregar conhecimento empírico sobre o assunto para o sujeito (CAMARGO, 1986).

Fragmentadas em atividade e passividade, as vivências dos momentos de lazer são classificadas de forma dependente da atitude, do nível de participação, do envolvimento, da influência e da autonomia frente às atividades escolhidas pelo indivíduo (MARCELLINO, 2002).

Marcellino (2001) ao tratar da questão expõe que

[...] a atividade de lazer não é ativa ou passiva, e que esta distinção é dependente da atitude que o indivíduo assume. Assim, tanto a prática como o consumo, poderão ser ativos ou passivos, dependendo de níveis de participação da pessoa envolvida, níveis esses que Dumazedier classifica em elementar ou conformista, médio ou crítico e superior ou inventivo (MARCELLINO, 2001 p. 7)

Portanto, os níveis de vivência do lazer são definidos pela intensidade a qual o indivíduo se envolve com a determinada ação em seu tempo disponível, podendo, por exemplo, uma pessoa não participar de forma fisicamente direta de uma tarefa, porém, adquirir conhecimentos e refletir criticamente sobre o que foi contemplado (MARCELLINO, 2001).

Pontuar os elementos que caracterizam uma atividade de lazer como ativa e passiva, a partir da Sociologia do Lazer, se faz de importante relevância ao buscar discutirmos o lazer e atividade física da população brasileira, haja vista que na literatura, há equívocos a respeito do que é ser ativo ou passivo, sobretudo pela maioria dos pesquisadores que compõe os estudos do lazer e os que compõem os estudos da atividade física, não buscarem uma aproximação entre os pressupostos teóricos de ambas.

Markus Nahas, popular pelas suas produções na área da atividade física, apresenta o conceito do lazer ativo. Este posicionamento surgiu em 1999 nas experiências de aplicações do Serviço Social da Indústria (SESI-SC) e dos impactos positivos à exposição de inatividade física no lazer e outras condutas de risco à saúde. Desde então, engloba uma parceria com o Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde da Universidade Federal de São Carlos (NuPAF/UFSC) (NAHAS *et al.*, 2010).

Sintetizados em três eixos fundamentais, como a promoção de estilo de vida mais ativo e saudável, na companhia de amigos e preferencialmente em contato com a

natureza, o lazer ativo visa a inter-relação entre fatores individuais, que segundo Nahas *et al.*, (2010) definem o estilo de vida das pessoas.

Logo, os apontamentos da perspectiva estão voltados às modificações feitas no estilo de vida vinculado à prática regular de atividade física, à alimentação saudável e ao controle do stress para acarretar benefícios à saúde e qualidade de vida das pessoas (NAHAS *et al.*, 2010).

Ao considerar a área da sociologia do lazer, verifica-se que este conceito não faz correlação às análises realizadas no presente estudo, justamente por atuar de forma limitante à complexidade, à amplitude e às diferentes possibilidades que englobam o posicionamento político do sujeito na vivência do lazer em vista aos gêneros, os interesses culturais e níveis de atuação (SILVA; FERREIRA, 2018).

Ser “ativo” na perspectiva da Sociologia do Lazer, a qual assume como pressupostos a posição política do sujeito, não significa necessariamente aderir um estilo de vida fisicamente ativo na perspectiva fisiológica e sim, modificar, realizar, agir no contexto social que o sujeito se encontra, seja de forma prática, contemplativa ou de conhecimento e ainda, sem ignorar as particularidades subjetivas do mesmo, como os hábitos, que influenciam e sofrem influências pela sociedade (SILVA; FERREIRA, 2018).

Diante das diferenças conceituais que abrangem essas duas bases teóricas entende-se que para sinalizar o envolvimento do sujeito em atividades de lazer que exigem maior gasto energético, a nomenclatura apropriada seria “lazer fisicamente ativo”, pois demarcaria que a questão do ser “ativo”, da qual se está tratando, decorre da ocupação de um tempo disponível (lazer) com atividades que demandam maior gasto enérgico.

Dumazedier, no intuito de delimitar as inúmeras formas de organização, representação e as sensibilidades percebidas nos aspectos éticos, estéticos e culturais, respeita o fato de que uma pessoa pode estar vivenciando mais de um tipo de interesse na mesma atividade de lazer devido à amplitude e à diversidade que a sociedade pode proporcionar (SANTOS; MARINHO, 2015; MELO, 2004).

Desta forma, os interesses são divididos em conteúdos pontuados como estético, intelectual, social, turístico, manual e físico/esportivo.

As emoções, os sentimentos, a questão da criatividade e imaginação, além da busca e da beleza estão relacionadas ao conteúdo estético (MARCELLINO, 2002) juntamente pelo interesse às tradições regionais como o folclore e outros aspectos culturais além da apreciação de obras de arte como pinturas, quadros, objetos artesanais, até a ida ao cinema, à biblioteca, aos museus estão inclusos na perspectiva artística (CAPI, 2006).

O interesse intelectual é formado pelo contato com a informação, a leitura, a busca de explicações para questões objetivas e subjetivas que permeiam a sociedade além da participação em palestras, cursos que ampliem o conhecimento do indivíduo não obtendo relação com a atividade profissional (CAPI, 2006; MARCELLINO, 2002) .

O contato com as pessoas do próprio meio ou até mesmo com sujeitos diferentes do contexto social que o indivíduo esta inserido, ir à festas, encontrar um grupo de amigos compõe o interesse social, em específico, engloba todas as atividades que objetivam a socialização (LACERDA; CRUZ, 2015).

Passear, viajar, conhecer novos lugares, o desejo pela busca de lugares desconhecidos, a apreciação de paisagens em diferentes regiões além do contato com cultura diversificadas constitui o interesse turístico o qual busca a quebra da rotina temporal e espacial (STOPPA *et al.*, 2017; CAPI 2006; MARCELLINO, 2002) .

A lida, manipulação e transformação de objetos, materiais e elementos da natureza engloba o interesse manual, ou bricolagem. Estão inseridas todas as atividades relacionadas à reciclagem, a pequenos reparos, à manutenção, o concerto de aparelhos domésticos e não domésticos, incluindo os móveis, automóveis até as habilidades culinárias (LACERDA; CRUZ, 2015; CAPI, 2006; MARCELLINO, 2002) .

O interesse que contempla o movimento, a prática de atividade física e exercícios físicos, as atividades esportivas, o envolvimento com os exercícios, o contato com a ginástica, dança, lutas, jogos, tanto como executor quanto expectador ao assistir os espetáculos esportivos, compõe o interesse cultural físico/esportivo. (LACERDA; CRUZ, 2015, SILVA; SAMPAIO, 2011).

Configurado como norteador dessa pesquisa, este interesse pode ser utilizado como veículo de promoção da saúde devido a sua amplitude e possibilidades de atuação

na concepção ampliada de saúde (SILVA; FERREIRA, 2018) a partir dos seus elementos mediadores, que são os exercícios físicos.

A AF² propicia benefícios para quem adere a um estilo de vida fisicamente ativo, porém, sua prática deve estar aliada a combinação, frequência, intensidade e duração da tarefa, além da alternância de um planejamento contendo atividades aeróbicas, de resistência, força e flexibilidade (GUTIERREZ, 2007).

Estes critérios são estabelecidos pela OMS de maneira genérica, a partir da intensidade, tempo e faixa etária da prática de AF.

Recomenda-se para as crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 17 anos, acumular 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa, por três vezes na semana a partir de jogos, esportes, brincadeiras e atividades lúdicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Na faixa etária de 18 á 64 anos, os critérios sofrem alterações para o estabelecimento mínimo de 150 minutos de AF moderada ou 75 minutos de AF aeróbica vigorosa durante a semana inteira, inclusive, como opção, recomenda-se a opção de realizar a combinação igualitária de atividade física moderada e atividade física vigorosa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

No intervalo de idade de 65 anos acima, recomenda-se um cuidado especial devido às limitações da idade. A recomendação de AF consiste na realização moderada de 150 minutos ou 75 minutos de AF vigorosa no mesmo período. Neste intervalo, sugere-se a combinação equivalente de intensidades da prática de atividade física (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Ao olhar sob a perspectiva comportamental de AF, o indivíduo que se submete à prática de AF perpassa por estágios de mudança de comportamento (EMC) identificados por cinco estágios hierárquicos, a pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. (PETROSKI *et al.*, 2009)

² Embora na dissertação esteja presente o termo Atividade Física, por se tratar de conceito usado pelos autores, salienta-se que neste trabalho, assume-se que o termo adequado para se referir à vivência prática do lazer de interesse físico/esportivo é exercício físico, pois atividade física consiste em qualquer ação que exige gasto energética, não sendo esta, objeto de intervenção da Educação Física. Deste modo, em construções escritas dos autores, apresenta-se a palavra grafada como exercícios físicos.

A pré-contemplação é o estágio no qual o indivíduo não possui intenção de mudar seu comportamento em um período de 6 meses, a contemplação, quando o indivíduo demonstra interesse em praticar atividade física dentro o seu comportamento no tempo de 6 meses, a preparação, a pretensão de agir em um futuro próximo de 1 mês, a ação é a incorporação da AF na rotina por menos de seis meses e a manutenção, quando a prática já acontece há mais de seis meses (SILVA *et al.*, 2016; SOUZA; DUARTE, 2011).

Já o exercício físico, é uma subcategoria da atividade física, ou seja, é a atividade física pensada, planejada, estruturada, executada e repetitiva objetivando o mantimento ou a melhora dos componentes do condicionamento físico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Tanto a prática da atividade física quanto a prática dos exercícios físicos favorecem na infância e adolescência, com o crescimento e fortalecimento dos ossos (SILVA FILHO *et al.*, 2015), na juventude e idade adulta corroboram com a melhora nas condições musculares e viscerais, retardando o envelhecimento (GOLDNER, 2013) e na terceira idade, atuam na promoção da independência funcional e no aumento da expectativa de vida, no peso e na composição corporal e melhoria na função e estrutura muscular, articular e óssea (SILVA *et al.*, 2014).

Independente da faixa etária, a OMS relata que os benefícios da adoção de um estilo de vida fisicamente ativo superam os malefícios da insuficiência física, aumentando a saúde funcional e realizando o balanço energético simultâneo com o controle de peso e massa corporal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Ademais, restringe os riscos de doenças crônicas degenerativas como as cardiovasculares e a hipertensão arterial, além de conceber efeitos benéficos no combate às doenças circulatórias, respiratórias crônicas e diabetes (RODRIGUES, 2013) e principalmente atuam como agente de proteção e prevenção frente às DCNT (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

A adoção de um estilo de vida fisicamente ativo no tempo de lazer, aliado aos limites e intensidades estabelecidas para cada faixa etária, acarreta benefícios à saúde, atuando principalmente na melhoria da força, do tônus muscular, do fortalecimento dos

ossos, das articulações e bem estar psicológico, biológico e físico devido à liberação de endorfina e dopamina (RODRIGUES, 2013).

Aderir à prática de exercício físico no tempo de lazer apresenta impactos positivos no índice de mortalidade para homens e mulheres, indiferente do sexo e da idade, reduzindo em até 40% (ANDERSON *et al.*, 2000).

Ainda, reduz os riscos de câncer, hipertensão, obesidade e osteoporose, diminuindo as doenças relacionadas ao envelhecimento e à morte prematura. Devido aos benefícios fisiológicos, diminui o stress e agravos psicológicos que somam nas inflamações e outras patologias relacionadas ao comportamento (CHERKAS *et al.*, 2008).

Desta forma, a prática rotineira de exercício físico na vida de um indivíduo agrega benefícios à saúde, contribuindo para a autonomia e consequentemente o aumento de cuidados restaurativos ao reduzir os fatores de risco que acarretam doenças advindas das ações do indivíduo (MACIEL, 2009).

Embora os exercícios físicos no lazer tragam benefícios aos praticantes, existem diversos fatores limitantes conceituados como barreiras existentes na sociedade, as barreiras ambientais, sociais, comportamentais e físicas, que serão discutidos a seguir.

1.4. BARREIRAS AO LAZER, INATIVIDADE FÍSICA E SEDENTARISMO.

É frequente encontrar em estudos publicados irregularidades na frequência da adoção de um estilo de vida fisicamente ativo, dada a existência de fatores impeditivos, que acabam por atuar como barreiras frente ao acesso, utilização e vivência do lazer.

Compreender a etimologia da palavra barreira corrobora com o entendimento do seu uso nas produções científicas, pois significa “qualquer coisa que dificulte ou impeça a realização, obtenção de algo, estorvo, impedimento obstáculo [...] em logradouros públicos, qualquer impedimento à passagem de alguém ou alguma coisa; bloqueio” (MICHAELLIS, 2017. p.1).

Camargo (1986) aponta que há um grau de liberdade nas escolhas do ser humano, porém é um ato de ousadia afirmar que o lazer é executado por livre escolha,

devido aos determinismos culturais, sociais políticos e econômicos que estão presentes nas atividades do cotidiano.

Neste contexto, as barreiras são os motivos, razões dentre as circunstâncias vivenciadas e expostas pelo sujeito fomentando fatores negativos ao processo de decisão, que interferem diretamente na manutenção de comportamentos ativos (BOSCATTO *et al.*, 2011).

A partir da importância do lazer, Crawford e Godbey (1986) consideram as barreiras de três grupos de restrições. Os conflitos gerados pela ansiedade, stress, a motivação ou ausência destes fatores, as deficiências intelectuais, a personalidade, o comportamento e ações de um indivíduo consigo mesmo são definidos como barreiras intrapessoais (DINIZ; MOTA, 2006)

Neste grupo estão presentes as peculiaridades fisiológicas, as dores leves, o cansaço, a falta de habilidade e insuficiência física. O bem e o mal estar também são considerados como as barreiras físicas (BOSCATTO *et al.*, 2011).

Matsudo *et al.* (2006) apontam as questões cognitivas afetivas associadas ao sexo, idade, nível socioeconômico e educacional com as ações que a sociedade irá aderir no espaço situado.

As limitações impostas no lazer na relação entre duas ou mais pessoas são as barreiras interpessoais, as quais obtêm envolvimento com as características pessoais de cada indivíduo (CRAWFORD; GODBEY, 1986).

As restrições ou barreiras estruturais são compostas por impedimentos provenientes de recursos financeiros, da carga horária de trabalho, da estação do ano, do clima e a existência de influências externas que possam existir como fatores intervenientes ao consumo do lazer (CARVALHO; FARIA 2010; CRAWFORD, GODBEY, 1986).

São fatores influenciadores do ambiente social, o acesso, intervenções políticas, o ambiente natural, os fatores geográficos e a ligação do homem com o ambiente construído, devido às estruturas físicas e o fornecimento de atividades voltadas à recreação, entretenimento, informação e educação (MATSUDO *et al.*, 2006).

A falta de espaço, de equipamentos e de espaços que proporcionam condições para a prática da atividade física de lazer são denominadas como as barreiras ambientais, que englobam também as condições climáticas e geográficas do local aonde o sujeito se localiza (BOSCATTO *et al.*, 2011).

Os fatores que impedem a prática de exercício físico no lazer se manifestam de forma diferenciada entre as pessoas de acordo com a realidade social da população estudada.

Dados empíricos têm evidenciado que a ação de diversas barreiras à vivência prática de exercícios físicos no tempo de lazer, variam de acordo com a faixa etária, predominando entre os adolescentes a falta de tempo e a preguiça (DIAS *et al.*, 2015; MULLER; SILVA, 2013),

Nos adultos, os dados encontrados apontam a insegurança devido ao local e a falta de tempo (GOMES, 2015; JESUS, G.M; JESUS E.F, 2012), para os universitários, as limitações foram as jornadas de trabalho, carga horária de estudo extensiva, além do acúmulo das obrigações familiares e o clima não favorável (PINTO, 2017).

O aumento da idade, as limitações físicas e a sintomatologia depressiva assim como a falta de disposição para a prática física são os principais empecilhos citados pelos idosos, atuando como barreiras ao lazer de interesse físico/cultural (KRUG, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2015).

Em geral, os indicadores da insuficiência física no lazer revelaram que quanto maior a faixa etária, maior a prevalência de sedentarismo, associando o nível de atividade física com a falta de tempo, o hábito de se exercitar, a falta de tempo e dinheiro que auxilia na falta de motivação para a prática de atividades físicas (DA SILVA, 2011).

Outro fator apontado pela OMS revela que a amplificação da globalização resultou em fatores que desestimularam a prática de atividade física tais como: a violência, o alto tráfego de trânsito, a baixa qualidade do ar, a poluição e acima de tudo, a falta de parques, calçadas e acesso à recreação ativa (MALTA *et al.* 2017; WHO, 2017).

Acerca do conhecimento levantado, é compreensível que as mudanças no estilo de vida não são um processo simples, dependente somente do sujeito. As barreiras, os limitadores e até as escolhas individuais tornam o processo conflituoso e resistente. Todos esses fatores impactam diretamente nos indicadores da saúde, aumentando a prevalência da inatividade física e do sedentarismo.

A inatividade física é caracterizada como a insuficiência de um determinado nível de atividade física, logo, a classificação de indivíduos fisicamente inativos depende do padrão estabelecido pelo contexto inserido (BRASIL, 2016), devido ao decréscimo da prática da atividade física, grande parte da população brasileira está inserida na classificação do estilo de vida inativo (LEÃO *et al.*, 2011).

Hallal *et al.*, (2012) estabelecem como indicador de inatividade física o não alcance de 30 minutos de atividade moderada por pelo menos 5 dias na semana, 20 minutos de atividade física intensa por no mínimo 3 dias na semana ou calcular a taxa metabólica basal em equivalência a energia suficiente para se manter em repouso (MET) acima de 600 minutos por semana (RAVAGNANI *et al.*, 2013).

No entanto, para Moreira *et al.* (2017) a inatividade física consiste na insuficiência da realização atividades físicas no período de lazer, não alcançando o patamar mínimo de 30 minutos de atividade por dia.

O VIGITEL considera o indivíduo como fisicamente inativo quando não pratica qualquer atividade física no tempo livre em um determinado período de tempo, a ausência de esforços físicos relevantes no trabalho, o deslocamento para o trabalho por meio da caminhada e pedalada e pessoas que não participam das limpezas pesadas em suas respectivas residências (BRASIL, 2016).

Este fator de risco para doenças crônicas prevalece como um grande problema de saúde pública na sociedade moderna, pois 70% da população não executa as recomendações mínimas da prática de atividade física (MOREIRA *et al.*, 2017).

Acarretando malefícios à saúde, o estilo de vida fisicamente inativo aumenta em 31% o risco de morte quando equiparado ao estilo de vida fisicamente ativo, pois reduz drasticamente as funções metabólicas, afetando diretamente o estado da saúde (RUSSEL *et al.*, 2008).

Já o sedentarismo é definido como a participação insuficiente de atividade física durante o tempo de lazer e o comportamento tenaz durante as ocupações domésticas e trabalhistas que demandem esforço (WHO, 2017).

As classificações para indivíduos sedentários assim como a inatividade física variam de acordo com os parâmetros utilizados.

Segundo Russel *et al.* (2008) o sedentarismo é composto por atividades que não exigem gastos energéticos significativos, equiparados ao nível de repouso, prevalecendo os momentos o qual o indivíduo permanece sentado, deitado ou em frente à televisão.

Outro exemplo é a classificação feita por Oehlschlaeger *et al.* (2004) definindo o padrão sedentário como a participação inferior a 20 minutos por dia e frequência menor do que 3 vezes na semana. Pitanga e Lessa (2005) assumem o posicionamento do sedentarismo como a não participação de atividades físicas no momento de lazer.

O parâmetro de sedentarismo utilizado pelo VIGITEL consiste no número de indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no tempo livre, na faixa temporal de três meses após a abordagem do sistema, a não realização de esforços físicos intensos no trabalho, o deslocamento, perfazendo um mínimo de 20 minutos no percurso de ida e volta e as obrigações do cotidiano, em específico a limpeza da residência (BRASIL, 2015).

Além do elevado percentual de inatividade física, parte da população tem demonstrado adotar um estilo de vida sedentário – 16% (VIGITEL, 2015), 15,4% (VIGITEL, 2014), 16,2% (VIGITEL, 2013) –, trazendo consigo danos à saúde, pois tanto a inatividade física quanto o sedentarismo estão entre os principais fatores promotores de riscos de morte no mundo, dentre elas, as DCNT (DUNCAN *et al.*, 2012; PAULO *et al.*, 2015).

Em Campo Grande- MS, o percentual de adultos com a prática insuficiente de atividade física totaliza 45,6% da população cujo valor é resultado da soma do tempo gasto em atividade física no tempo de lazer mediado pelas dimensões da AF (VIGITEL, 2017).

Na literatura encontra-se a terminologia “comportamento sedentário” no intuito de classificar as atitudes tomadas na prática social do sujeito perante a sociedade, associadas à obesidade, hipertensão arterial e agravos às diabetes (CANABRAVA, 2017).

Em 2014, a OMS publicou em suas notas que o comportamento sedentário tornou-se o quarto principal fator de risco de morte no mundo (OMS, 2014; NAHAS *et al.*, 2000) responsável por 20 a 30% da taxa de mortalidade no mundo (BERNARDES *et al.*, 2015).

Já para os comportamentos sedentários 57,4 % da população possui o hábito de ver televisão por três ou mais horas por dia ou fazer o uso do *tablet*, computador e celular com o mesmo padrão temporal (VIGITEL, 2017).

1.5. ESTRATÉGIAS E ASSISTÊNCIAS PARA A ADOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA FISICAMENTE ATIVO.

Os malefícios da prática insuficiente de atividade física e exercícios físicos recorrem a estratégias e mudanças emergenciais a partir de ações políticas e governamentais para mudar a realidade sanitária e refletir no estilo e qualidade de vida da população, refletindo no gasto governamental (MASCARENHAS, 2005).

Os custos das internações hospitalares por agravantes do estilo de vida sedentário e inativo considera a redução dos níveis de atividade física e totaliza R\$ 757.806.174,24 no Brasil (MOREIRA *et al.*, 2017). Importante ressaltar que partes dessas internações estão ligadas às atitudes tomadas nos cotidianos decorrentes do estilo de vida adotado.

Matsudo *et al.*, (2012) apontam que os países que possuem maior índice de sedentarismo alcançam o gasto de 24 bilhões de dólares, atribuindo 2 milhões de mortes à inatividade física.

Baseado nestes dados, a implantação de ações e estratégias que utilizam a atividade física no tempo de lazer está sendo cada vez mais evidenciada (SCHIMIDT *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2009). Nesse processo, cresce o investimento político das

estratégias de equipamentos de lazer que permitam a prática de atividade física (MACIEL, 2010).

A comunidade acadêmica científica realiza apontamentos para o combate efetivo aos agravos ligados ao estilo de vida da população. Deferindo as recomendações da OMS, Alves (2003), compreende que a atividade física é um indicador eficaz para a saúde e que o estímulo não deve ser limitado somente a resoluções de conflitos do cotidiano do indivíduo e sim, uma maximização nos setores sociais englobando a comunidade, a prefeitura, os locais públicos, as associações e até a escola.

Uma alternativa para essas dificuldades é denominada como a ação de educação em saúde. A educação é presente em todo contexto da prática social do ser humano. Tal abrangência justifica a união da educação com a área da saúde em vista que a educação ocasiona a interação entre as pessoas com o mundo que as cerca, tornando o cenário favorável para compartilhar os conhecimentos e os saberes sobre a saúde (SANTOS; LIMA, 2008; MACIEL, 2010).

Ao tratar da junção das diversidades do âmbito educacional com os objetivos da saúde, Pimont (1977) descreve que essas ações possuem os seguintes objetivos:

(...) a consciência do direito à saúde, dentro do grau de desenvolvimento do grupo social no qual vive o indivíduo; 2) O conhecimento sobre saúde; 3) O conhecimento dos serviços para a saúde que a comunidade possua e sua consequente [sic] utilização; 4) O conhecimento e a utilização das práticas de saúde (PIMONT, 1977, p. 15).

Acerca dos paradigmas que envolvem a história da educação e seus objetivos, a educação em saúde visa à formação de sujeitos que conquistem a sua autonomia frente a sua própria saúde e o incentivo à participação ativa nos controles sociais do sistema de saúde correspondente ao indivíduo (MACIEL, 2009).

Esse mecanismo deve ser atrelado à interação de ações que envolvam os sujeitos a prática social, inclusive a reflexão de atitudes nos hábitos alimentares, ambientais, sociais e nas opções de lazer. Considera também que o “ser saudável” não é estático e necessita de constantes construções individuais e coletivas (GUEDES, 1999).

Simultaneamente outros fatores interligados à educação em saúde são preconizados diretamente a Educação Física escolar. A OMS incentiva os filiados a

dispor espaços e instalações seguras nas escolas bem com a construção e aperfeiçoamento de instalações de lazer para favorecer oportunidade a todos que desfrutem do tempo livre de forma ativa (OMS, 2014).

Para a prática pedagógica a recondução realizada é o estímulo para comportamentos que mantenham as crianças fisicamente ativas em todas as fases da vida, inclusive na redução do número de horas gasto com os aparelhos eletrônicos como a TV, o videogame e o computador, além do estímulo ao esporte e a participação de competições escolares. (OMS, 2014; ALVES, 2003; BOCALETTO; MENDES, 2010).

Essas alternativas obtêm impactos positivos nos indicadores epidemiológicos, pois o VIGITEL aponta que cresce o número de atividade física no lazer para 37,6%, além do aumento significativo dos programas de saúde na escola e acesso de ações de educação em saúde (VIGITEL, 2017).

Silva (2006) analisa que a educação e a promoção da saúde trilham seus objetivos em conjunto, pois seus impactos refletem no ato de conscientização e na qualidade de vida da população.

A promoção da saúde é diretamente ligada à capacidade individual e coletiva dos indivíduos para a reflexão e ação frente aos condicionantes e indicadores pejorativos ligados à saúde, envolvendo principalmente o processo de escolha e autonomia do indivíduo (BACKERS *et al.*, 2009).

Representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública (NEVES, 2006).

Reconhece-se por promoção da saúde o processo que possibilita às pessoas aumentarem seu controle sobre os determinantes da saúde e através disto melhorar os condicionantes da saúde (NEVES, 2006).

As ações de promoção da saúde que utilizem a atividade física como elemento mediador já apresentaram resultados positivos no risco de morte por fatores crônicos, reduzindo-o para os participantes regulares em 25% (ALVES, 2003).

Por esse motivo, o próximo capítulo aborda de maneira minuciosa a conceituação de política, políticas públicas, políticas públicas sociais e detalha o surgimento das estratégias do governo às ações voltadas à promoção da saúde, inclusive sobreleva as ACAL, que estimulam a vivência de um estilo de vida fisicamente saudável.

2. POLITICA PÚBLICA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Este capítulo realiza o levantamento bibliográfico do que é política, até as políticas públicas de promoção de saúde e suas perspectivas existentes. Após isso, será ressaltada qual a visão adotada pelo pesquisador para a resolução das questões problemas levantado na pesquisa.

Ao estudar as políticas e políticas públicas, surge a necessidade de refletir sobre as discussões e percepções que envolvem estes conceitos, pois tanto as políticas quanto as políticas públicas são peculiares em cada sociedade e seus espaços geográficos, causam diferentes entendimentos e criam ciclos de interesses específicos. Desta forma, as conceituações, os formatos e as perspectivas adotadas se adequam às necessidades específicas dos momentos históricos da sociedade (FERRAREZI, 2006).

Junto a isso, pesquisadores que analisam as políticas e as políticas públicas, constroem seus próprios conceitos e percepções ligadas à realidade de cada momento. Assim, ao analisar os significados e sentidos, nota-se que alguns deles se coincidem e se divergem, colaborando para que haja dificuldade em sua interpretação.

Dentre as dificuldades existentes nessa interpretação podem ser citadas a questão histórica que envolve a política, o uso de uma única palavra para traduzir momentos diferentes de políticas e políticas públicas, a interpretação de políticas como sinônimo de políticas públicas e os diferentes modelos de concepções de políticas públicas.

Iniciando a discussão pela questão histórica, é encontrado em Aristóteles o conceito de política especificado como clássico para Rodrigues (2010, p. 13) que é resumido em “tudo o que é urbano, público, civil e social”.

No dicionário de políticas organizado por Bobbio *et al.* (1998) a política é entendida como forma de atividade ou a práxis humana, ou seja, as teorias construídas pelos indivíduos sendo implantadas na prática em sociedade.

Rodrigues (2010) mediante as reflexões do conceito clássico, entende as políticas como possibilidade e tentativa de resoluções de conflitos e forma pacífica. Rua e Romanini (2013) partilham da mesma perspectiva, contextualizando sua função pela designação de conflitos gerada pela sociedade, no intuito de atingir menores conflitos por meio de procedimentos que envolvam a utilização, conquista e manutenção do poder.

Na busca de outras referências, Heidemann e Salm (2010), com base em Maquiavel discorrem que a política trata do conjunto de processos e métodos para manter, influenciar e conquistar o poder por indivíduos ou grupos de interesse.

As políticas inegavelmente possuem uma relação com o estado, Bobbio *et al.*, (1998) entendem que dentre as diferentes estruturas do estado, a garantia das liberdades fundamentais e dos bens comuns é obrigação do estado, pois é o estado que detém o poder e autoridade obtendo influência nos interesses, necessidades e demandas da população.

No avanço da cronologia de análise do conceito, na era moderna, ao perpassar as discussões sociais, a política começou a adquirir maiores vertentes. Rua (2009) compreende a política como o conjunto de decisões e ações que envolvam bens públicos. Conceito o qual, a partir dos levantamentos feitos nesta pesquisa e da perspectiva escolhida, se enquadra melhor na conceituação de políticas públicas.

Correspondente às dificuldades citadas, a existência de somente uma palavra na língua portuguesa para tratar questões diferentes das políticas públicas, também é algo a se pontuar.

Ao contrário do que ocorre em outros países que possuem desenvolvimento maior na literatura. As pesquisas relacionadas às políticas e políticas públicas informa que a ciência política só foi concretizada a partir da década de 80 no Brasil, logo, a sua base de referências é relativamente pequena em comparação às outras áreas de estudo presentes no país, fazendo com que exista apenas uma única palavra para retratar as políticas públicas.

Ao assumir uma posição definida sobre o que é política e a sua diferenciação de políticas públicas, sobressalta-se a confusão dos autores que pesquisam as políticas e as políticas públicas que assumem estas conceituações como se fossem sinônimos, ou seja, possuísem significados semelhantes ou até o mesmo significado sem alterar o entendimento do contexto.

Contemplando a questão do uso do conceito de políticas e políticas públicas como sinônimas, Frey (2000), com base às análises das referências na ciência da política, entende que o processo das políticas é dividido em três dimensões, *polity* para as instituições políticas e as estruturas institucionais do sistema político, *politics* para os

processos e as tomadas de decisões e por fim *policy* a concretização das ações e o conteúdo material da discussão política (FREY, 2000).

Porém no Brasil, a terminologia engloba as instituições, os partidos políticos, os agentes e gestores até o desenvolvimento de programas e projetos (MEZZADRI *et al.*, 2015) tornando-a ampla e usada de forma intrínseca e unificada, fato o qual causa diversas interpretações.

Salientamos que as políticas neste trabalho foram abordadas em destarte a perspectiva da resolução de problemas dos diferentes âmbitos sociais de forma pacífica (RODRIGUES, 2010; RUA; ROMANINI, 2013), incluindo sua amplitude, desde o ambiente familiar, escola e até em uma simples discussão do dia a dia para esferas maiores envolvendo a organização das cidades, dos estados e cenário nacional.

Desta forma as políticas são compreendidas pelo seu envolvimento no cotidiano da sociedade, nas diversas relações sociais, na família, na escola, no trabalho e em momentos de lazer. Sempre quando houver um conflito haverá uma situação política necessitando do consenso. Neste consenso, independentes do âmbito social estarão intrínsecos as relações de poder e níveis de interesse.

Indiferente dos conceitos ressaltados, para traçar uma diferenciação de políticas de políticas públicas, Frey (2000) entende que as decisões formuladas e implementadas para a população, remetem-se ao público, e no intuito de resolver os conflitos que se referem a esta dimensão, é necessária a criação de políticas públicas, nos termos do conceito “*policy*” (FREY, 2000).

Porém, o que são políticas públicas?

Assim como todos os conceitos possuem várias visões e perspectivas, o conceito de políticas públicas pode ser visualizado e concretizado a partir de duas perspectivas, a centralização do poder e obrigação somente ao estado, ou seja, a política em uma perspectiva estadista e outra voltada à descentralização do poder, não deixando este somente responsável pelas ações e programas para assegurar os bens públicos, denominada como pluralista.

As políticas públicas a partir de uma visão estadista podem ser entendidas como conjunto de programas, ações e atividades estruturadas pelo Estado de forma direta ou

indireta, estruturadas por entes públicos e privados que visam assegurar determinados direitos de cidadania, sociais, culturais, étnicos e econômicos (FREITAS; DAMBRÓS, 2014).

Nessa perspectiva, Kerstenetzky (2014) compreende as políticas públicas pela ação direta e indireta do estado, por intermédio de programas e ações desenvolvidas no interesse público impactando em diferentes setores sociais da sociedade.

Na perspectiva estadista o estado, e somente ele, por meio da intervenção do governo possui a obrigação de intervir no ordenamento da população, pelas ações jurídicas, sociais e administrativas (RODRIGUES, 2001; HEIDEMANN; SALM, 2010).

Ainda em uma perspectiva estadista, Mezzadri *et al.* (2015) conceituam o termo políticas públicas a partir do ato de governar, englobando desde os partidos e órgãos políticos até o desenvolvimento de programas e projetos, em suma, todas as ações desenvolvidas de forma geral, pelo estado.

Em uma perspectiva pluralista, as políticas públicas realizam a divisão dos poderes por setores, não centralizando as obrigações para o estado, ocorrendo à parcela do poder e se opondo à unificação, para que este não seja usado de forma a qual atenda interesses específicos (PINTO JUNIOR, 2011).

Freitas e Dambrós (2014) apontam que as políticas públicas correspondem a direitos que são assegurados constitucionalmente ou reconhecidos a partir da participação, colaboração da sociedade e pelos poderes públicos. Dizem também que as políticas públicas podem ser formuladas a partir das iniciativas dos poderes executivos, legislativos e judiciários, além das demandas da sociedade.

Esta concepção quebra o paradigma de um sistema político demagogo, pois descentraliza o poder entre os agentes políticos e sociais por causa da participação e foco em objetivos democráticos, desenvolvidos pelo setor público, privado e pela comunidade (PARADA, 2007).

Neste intuito, Costa (2007) acredita que a perspectiva pluralista legitima o poder político de maneira democrática, assegurando a amplitude de liberdade de organização

da sociedade como, por exemplo, as eleições representativas pelo meio do voto do povo.

O pluralismo político é ligado à liberdade de participação, à contribuição de vários grupos de diferentes camadas sociais e à atribuição do modelo de sociedade onde o indivíduo tem a máxima possibilidade de vivenciar as deliberações garantindo a multiplicidade psíquica, ideológica, ética e religiosa (PIRES, 2012).

Portanto, uma sociedade que adere à perspectiva pluralista, é composta por vários setores de poder que proferem as decisões administrativas e políticas e permitem os diversos grupos sociais atuar de maneira mútua na fiscalização e na influência de decisões que não podem ser tomadas de forma individual, unilateral e centralizadora (MORELLI, 2007).

Deve-se lembrar de que as políticas públicas estão relacionadas a tudo aquilo que é público e não pode ser confundido com a administração pública. Realizando uma busca sobre o que é público, encontra-se em Souza (2012) o conceito de público como tudo aquilo que é relativo à população, pertencente a todas as pessoas em determinado espaço e que não podem ser objeto de apropriação.

A administração pública é uma forma de organização do estado com o público, ou seja, conjunto das normas, lei e funções desempenhadas para organizar a administração do Estado em todas as suas instâncias e tem como principal objetivo o interesse público, seguindo os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 2015).

Faz se necessário ressaltar que dentre as perspectivas existentes das políticas públicas, a pesquisa compactua do conceito pluralista, devido à compreensão que o poder não deve permanecer centralizado em uma entidade, assim como também o estado não consegue dar conta de todas as obrigações impostas pela sociedade, necessitando da cooperação dos governos, indivíduos políticos, empresas, associações, instituições e até grupos sociais como as Organizações não governamentais (ONG) reconhecidas como terceiro setor (DRAIBE, 2007; HEIDEMANN; SALM, 2010).

Mediante a centralização do poder, compactua-se a não descentralização da atuação do estado, pois as políticas sociais devem assegurar e efetivar os direitos sociais

com eficácia, consolidando a democracia e a justiça social e não somente o cumprimento das normas, causando um distanciamento daquilo que é outorgado com o que efetivamente acontece no âmbito da aplicação dos recursos e das ações relacionadas à sociedade (SILVA, 2016).

Desta forma, ao considerar os objetivos propostos, a análise da dissertação foi pautada somente na atuação do estado, pois este é o produtor por excelência de políticas públicas (SOUZA, 2006).

Rodrigues (2010) em seus estudos trás que os processos compõem a sociedade, incluindo os interesses, valores e decisões referentes a público, acabam de que alguma maneira fazendo referência ao estado.

[...] políticas públicas como a intervenção do estado no ordenamento da sociedade por meio de ações jurídicas, sociais e administrativas, sendo que as ações da administração pública se reportam também as atividades de auxílio imediato no exercício do governo (RODRIGUES, 2010, p.19).

O exercício do governo é percebido por estratégias e ações organizadas pelo estado que refletem diretamente nos contextos sociais, desarticulando-se dos interesses particulares presentes na disputa de poder, para atingir de forma eficaz a sociedade (HEIDEMANN; SALM, 2010).

Mas afinal, o que são essas ações?

Essas ações, segundo Teixeira (2002), se resumem em regras e procedimentos das relações entre poder público e sociedade, mediados pelos atores políticos da sociedade e o estado, e caracterizada principalmente a quem se destinam os resultados, benefícios e considera o processo de elaboração por submissões ao debate público.

A representação do estado nas políticas públicas é visualizada por Hopling (2001) por meio da criação de projetos, programas e ações voltadas para os setores específicos da sociedade.

Segundo Saraiva (2006), as políticas públicas devem manter o equilíbrio social mesmo que utilizem desequilíbrios para consolidar a democracia, a justiça social, a manutenção do poder através do implemento de decisões, ações e omissões podendo ser corretivas ou preventivas.

Acerca dos conceitos mencionados, deve-se ressaltar que as políticas públicas são definidas de acordo com as suas características e que vão além dos aspectos administrativos, são definidas pelos seus objetivos, modelos, recursos e o nível de poder (RUA; ROMANINI, 2013).

Embora a abrangência das políticas sobreleve-se um subconjunto das políticas públicas, as políticas públicas sociais (RODRIGUES, 2010) devido a sua importância e ligação com o objeto de estudo.

Para iniciar a conceituação das políticas sociais, é importante ressaltar que nem toda política pública é uma política social, mas toda política social é uma política pública, tornando as políticas sociais dependentes da eficiência das políticas públicas (RUA; ROMANINI, 2013; RODRIGUES, 2010; SOUZA, 2010).

Essa ligação entre políticas públicas e políticas sociais é resumida por Vianna (2016) como ações governamentais com objetivos específicas e advindas de ações governamentais, porém com os objetivos específicos voltados à proteção social.

Carvalho (2007) conceitua as políticas sociais como o conjunto de diretrizes, orientações, critérios e ações que permitem a preservação e a elevação do bem estar social, procurando que os benefícios do desenvolvimento alcancem a todas as classes sociais com a maior equidade possível.

Compactuando da mesma percepção, Trotta (2010) entende como ações que visem estabelecer medidas de proteções sociais aos indivíduos vulneráveis as desigualdades sociais e consequente exclusão econômica.

Embora distorcida por uma “bondade aparente”, as políticas sociais caracterizadas pelas ações e os programas vigentes não são um favor à população, pelo contrário, expressa o direito à democracia e a garantia dos direitos garantidos por lei (FALEIROS, 1991).

A proteção e o bem estar social são regidos pela Constituição como direitos naturais ou sociais. Então, a função das políticas sociais é prover esses direitos e abrangê-los a toda a população (RUA; ROMANINI, 2013).

Ao tratar da realidade em âmbito nacional é perceptível que as ações das políticas sociais envolvem os programas sociais, educativos, de previdência social, habitacional e de tecnologia de informações para a população (HOPLING, 2001).

A saúde também é um direito natural, coletivo e social. Esse direito é atrelado diretamente aos direitos humanos, independente das relações de poder e interesse. Os acordos pessoais, as determinações legais e a saúde também correspondem aos princípios morais e de satisfação com o mínimo de condições para uma vida digna (LUCCHESE, 2004).

Disponibilizar a saúde como um direito acessível implica na garantia de outros direitos sociais, articulando-se com políticas públicas, econômicas e sociais. Assim, o direito da saúde transcende os serviços disponibilizados e torna-se dependente das condições econômicas e sociais para suprir as necessidades da população (CEBES, 2010).

Desta maneira, para cada realidade política é necessária a criação de políticas sociais para que a saúde seja acessível a todos os indivíduos de maneira, em outras palavras, que possua o acesso universal.

No âmbito das políticas sociais, a saúde é cercada por ações para o exercer do direito à população. Assim como a saúde, a atenção e acesso à saúde é direito de todo o cidadão e dever do Estado, sendo plenamente assegurada pela Constituição Federal de 1988 nos artigos 196 a 200:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.196).

Realizando uma retrospectiva das perspectivas de políticas públicas, no artigo da Constituição, a perspectiva estadista possui a responsabilidade de garantir a recuperação da Saúde de toda a população, além de criar ações que reduzam a proliferação de doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Capdeboscq (2014) em reflexão aos mesmos artigos da Constituição compreendem como dever do estado, a formulação e execução de políticas

socioassistenciais para assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a população.

Contudo, o direito à saúde não pode ser tratado somente ao acesso à medicina curativa, mas também o acesso à prevenção educativa, da consciência, da alimentação saudável bem como as questões higiênicas, corporais e psicológicas. Engloba também o saneamento básico por ser indispensável nos gastos excessivos, já que atua no controle de proliferação de doenças (PRADO, 2012).

Mediante a estas obrigações e responsabilidades, emergem-se as políticas sociais de promoção de saúde, porém elas nem sempre foram efetivadas na sociedade.

2.2. POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.

As primeiras intervenções do Estado são relatadas em 1930, a partir da criação do Ministério da Educação e Saúde, dividindo as políticas em dois eixos. De um lado a saúde pública e, de outro, a medicina previdenciária (SARRETA, 2009), divisão a qual percorreu todo o período do governo militar até 1964 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A divisão entre a medicina previdenciária e a saúde pública foi demarcada pela ênfase nas campanhas sanitárias, a criação de serviços de combates às endemias e reorganização do Departamento Nacional de Saúde, caracterizando a medicina previdenciária (BRAVO, 2006).

Pontes *et al.* (2010) analisam a intervenção do estado a partir dos males adquiridos pelo setor agroexportador, acarretados pela economia cafeeira. O foco de atenção do estado foi ao ataque das doenças transmissíveis com potencial epidêmico comprometendo um número significativo de vidas e a ordem econômica.

Na época, as questões de saúde pública eram tratadas pelas autoridades locais, não havendo participação do governo com ações, por isso, a atuação se resumia apenas a situações emergenciais como epidemias e agravantes que afetavam o funcionamento da sociedade (MEDEIROS, 2001).

Embora a aplicação financeira do estado na área da saúde, não foi possível eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias que estavam presentes no cenário nacional elevando a taxa de morbidade e mortalidade (BRAVO, 2006).

Estes acontecimentos fomentaram a crescente separação entre a área da saúde pública e o atendimento médico individualizado, consequência da medicina previdenciária, resultando em uma concepção unilateral a qual reconhecia como responsabilidade da esfera pública os problemas individuais que ameaçassem o resto da população ou a ordem econômica e social vigente (PONTE *et al.*, 2010).

Somente em 1950, quando o Estado Novo criou ações unificando a educação em saúde com os centros rurais, para o controle da malária e da doença de chagas (SARRETA, 2009), surgiram os primeiros resquícios dos princípios das políticas de promoção de saúde.

Outro resquício desse início foi marcado em 1930, quando prevaleceu a ideia de educação em saúde, com a proposta de convencer a população a adotar hábitos saudáveis a partir da higiene e a prevenção de doenças contagiosas (FERREIRA, 2016).

Os princípios das políticas públicas sociais voltadas à promoção de saúde foram enfatizados em 1986, a partir da Carta de Ottawa. Esta carta consistiu em uma conferência da Organização Mundial da Saúde a realizar uma reforma da saúde pública e objetivar a atenção à promoção de saúde. Neste documento, ressalta-se o significado e intuito do que seria uma política de promoção de saúde:

[...] A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade [*sic*] em saúde, distribuição mais equitativa [*sic*] da renda e políticas sociais (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Portanto, estes princípios consistem em atingir a capacitação da comunidade a atuar em própria melhoria de qualidade de vida e saúde de forma autônoma. A carta afirma que a promoção de saúde demanda de ações coordenadas pelo governo, organizações voluntárias, não governamentais, autoridades locais, a indústria, mídia e das diversas comunidades da sociedade (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Torna-se perceptível que a carta trata a saúde a partir de um viés pluralista, entendendo que a responsabilidade da saúde não pode ser voltada somente ao estado, pois inclui a presença do terceiro setor e dos atores visíveis e invisíveis no processo das políticas para que se torne eficiente.

Os princípios da promoção de saúde foram incorporados na reforma sanitária, na Constituição Federal e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, consolidado e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOA) nº 8080/90 e nº 8.142/90 (ROLIM *et al.*, 2013) .

A reforma sanitária consistiu nas modificações necessárias no setor de saúde que perpassaram os limites administrativos e financeiros. O termo é utilizado para se referir ao conjunto de ideias relacionadas às mudanças e transformações na área da saúde com enfoque nas melhorias nas condições de vida da população (PAIM, 2012).

Esta fase contribuiu com a quebra de paradigmas do conceito de saúde que anteriormente era visto com exclusividade ao aspecto biológico e resumido no processo de saúde-doença, para o conceito de saúde da forma ampliada, sendo incluso o componente psicológico, social e ambiental (FERREIRA, 2016).

Logo, umas das principais contribuições das ideias pensadas e elaboradas na reforma sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializada pela Constituição Federal de 1988 e alcançada na construção do SUS (PAIM, 2012).

A construção do SUS foi organizada por competências. A formulação, avaliação e apoio de políticas de nutrição. A participação em políticas de controle e agressão ao meio ambiente. As ações de saneamento básico e vigilância sanitária com os ambientes de trabalho (BRASIL, 1990).

Após o estabelecimento dos critérios do SUS pela Lei nº 8.080/90, em setembro de 2000, foi editado a Emenda Constitucional n.29, a qual estabelece limites mínimos de aplicação em saúde para cada unidade federativa e a coparticipação da União, Estado, Municípios e Distrito Federal no financiamento de ações e serviços de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Essas ocorrências foram regulamentadas pela Lei Complementar nº 141 de 13 de Janeiro de 2012, dispondo sobre os valores mínimos para aplicação anual de responsabilidade das instâncias governamentais, além do repasse e aplicação dos recursos mínimos pelos critérios de transparência e prestação de conta dos recursos utilizados (BRASIL, 2012).

Durante a transição temporal a promoção da saúde foi oficializada em 2006, quando o Ministério da Saúde, juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASE) elaboraram e aprovaram a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) (MALTA *et al.*, 2014) .

A seguir iremos discutir sobre o cenário epidemiológico no país, emergindo as propostas das políticas voltadas à saúde e as ramificações causadas pela Política Nacional da Promoção de Saúde, incluindo ações intersetoriais para a população.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL.

As políticas públicas de promoção de saúde foram criadas por meio da mudança do cenário epidemiológico, indicadas pela taxa de mortalidade e morbidade em meados da década de 1980 (PRATA, 1992). As modificações incluem o estilo de vida sedentário e inativo como fatores de risco, bem como os malefícios psicológicos vivenciados na rotina trabalhista (PITANGA, 2002).

Tais fatos confirmam a transição dos padrões de ocorrências de doenças caracterizados como transição epidemiológica, diminuindo o quadro de doenças infectocontagiosas para o crescimento dos agravos não transmissíveis (MONTEIRO, 2014).

Isto posto, a atenção à saúde tem investido na formulação, concretização e implementação de políticas de promoção, proteção e recuperação de saúde em três eixos: o pacto em defesa do Sistema Único de Saúde; o pacto em defesa da vida e o pacto em gestão. A promoção, informação e educação em saúde estão presentes no pacto em defesa da vida (BRASIL, 2006).

A partir daí surgem diversos estudos epidemiológicos atrelando a relação entre a atividade física como meio de promoção da saúde, à ampliação do conceito de saúde e à mudança do cenário epidemiológico, corroborando com a valorização da indução da atividade física e ao modo de viver ativo como fator de proteção e promoção de saúde (MALTA, 2009).

Destaca-se a promoção da saúde como estratégias de produção, articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde nacional, colaborando na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde para a população (PITANGA, 2002; BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva, a promoção de saúde quebra o paradigma de que a responsabilidade da vida social é somente do indivíduo, abrangendo a perspectiva ampliada da saúde, entendendo que devem ser oferecidas à população, possibilidades e alternativas que operem o indivíduo às condições sociais da manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

A promoção de saúde faz parte dos eixos de Atenção Primária a Saúde (APS) ou atenção básica, pois a APS busca proporcionar o equilíbrio entre metas, a melhoria da saúde da população pela equidade e cautela na distribuição de recursos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2007).

Nesse intuito surge a Política Nacional de Promoção de Saúde com o objetivo de

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 17).

Estas políticas públicas garantem a aplicação de ações, projetos e planos voltados à promoção de saúde à população e conseqüentemente a uma melhor qualidade de vida. Ainda, concebe estratégias de implementação nos âmbitos federais, estaduais e municipais deixando a responsabilidade de acordo com cada esfera da gestão do Sistema único de Saúde (SUS).

No total a proposta consiste em treze estratégias, destas, a estratégia II e a estratégia V, estão ligadas diretamente com o objeto de estudo da pesquisa, pois a estratégia número II concebe o estímulo a inserção de ações de promoção de saúde voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde e a estratégia V, no apoio aos estados e municípios que implantarem essas estratégias no combate, vigilância e prevenção das DANT terminologia já atualizada em relação as DCNT (BRASIL, 2006).

A partir dessas estratégias, as esferas federais, estaduais e municipais possuem suas responsabilidades, estas interligadas em uma ordem hierárquica de poder. Dando enfoque a pesquisa, as responsabilidades da gestão de âmbito municipal são divididas em dezenove tópicos, trazendo ordenamentos sobre como proceder em relação às ações criadas com enfoque na promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Construídas para o período de 2006 a 2007 e pontuadas à divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), as ações são compostas pela alimentação saudável, a prática corporal/atividade física, a prevenção e o controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool, drogas, acidentes de trânsito, prevenção da violência com estímulo a cultura de paz e ações voltadas ao desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006; MALTA *et al.*, 2014).

Adiante a aprovação da PNPS, ratificou a institucionalização da promoção de saúde no SUS para o novo cenário epidemiológico vivido no país, assessorando a valorização da atividade física e as práticas corporais no lazer como fator importante para a proteção da saúde (MALTA *et al.*, 2009).

Uma das ramificações produzidas pela PNPS foi o Plano Nacional de Atividade Física. A estratégia conta com cinco frentes de atuação: o aumento da capacidade do Ministério da Saúde de articular estratégias de promoção de saúde; a disseminação do tema atividade física junto à população; o estímulo de criação de novos projetos de atividade física nas esferas estaduais e municipais dentro do setor público e privado e a criação de parcerias para intervenções no espaço urbano para o monitoramento e a avaliação das ações implantadas (BRASIL, s/d).

A atividade física torna-se mediadora das agendas de promoção de saúde pertinente à repercussão da PNPS para a prevenção das DANTS criando e estabelecendo planos, ações e metas (BECKER *et al.*, 2016).

Utilizada como elemento norteador, a seguir constam os principais marcos históricos da promoção da saúde de 2002 a 2010 contendo os programas, as ações e objetivos centrais:

Quadro 1: Demonstração de ações de promoção da saúde que utilizem a prática de atividade física.

Ano	Programa/Ação	Objetivo
2002	Política Nacional de Promoção da Saúde	Subsidiar a criação de documentos nas áreas de alimentação saudável, atividade física e violência no trânsito (BUSS;CARVALHO, 2009).
2005	Pratique Saúde	Difundir por meio da Campanha do Ministério da Saúde hábitos saudáveis (BRASIL, 2005).
2006	Pacto pela Saúde	Elaborar e implantar uma política de promoção de saúde de responsabilidade dos gestores dos níveis federativos (BRASIL, 2006).
2006	Formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde	Portaria nº687 (BRASIL, 2006).
2007	Programa Saúde na Escola	Contribuir para a formação integral por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).
2007	Mais Saúde: Direito de Todos	Tornar a promoção a Saúde um importante eixo na intervenção na agenda da política federal (BRASIL, 2007).
2010	Plano de Ações Estratégicas: Enfrentamento das DCNT no Brasil de 2011-2022	Enfrentar as DCNT por meio das ações em vigilância, informação, avaliação monitoramento, promoção da saúde e o cuidado integral (BRASIL, 2011).
2014	Redefinição da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	Portaria n.2446 de 11 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014).
2017	Movimento é vida: Atividade física e esportiva para todas as pessoas	Contribuir para o desenvolvimento universal e inclusivo da prática de atividade física e esportiva no campo da Educação, Saúde e Gestão Pública.

Fonte: Mota (2015)

Em deferência ao último marco da promoção da saúde, o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças e agravos relacionados à inatividade

física surgiu no Brasil em 2011 no intuito de “preparar o Brasil para enfrentar e debater nos próximos dez anos (2011-2022) as DCNT” (BRASIL, 2011, p. 8).

O próprio plano identifica a valorização da PNPS e a sua influência nos campos da alimentação, da atividade física e na prevenção dos fatores de riscos que agravam as DCNT a partir do objetivo.

[...] promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2011, p. 9).

Para efetivar o fortalecimento dos serviços no combate às doenças crônicas, Malta *et al.* (2009) sugerem a rotina de uma vida ativa. Porém para a população obter esta rotina o incentivo deve ser por meio de estratégias que utilizem espaços adequados, como a pista de caminhada, a construção de ciclovias e espaços para a prática de esporte e lazer.

No confronto do problema responsável por 72% das mortes no Brasil (SCHMIDT *et al.*, 2011), a Secretária de Vigilância de Saúde e o Ministério da Saúde se uniram para combater a inatividade física e a prevenção das DANT, lançando ações sobre os temas: Atividade Física, Alimentação Saudável, Tabagismo e Álcool, O Cuidado Integral e Saúde Toda Hora (BRASIL, 2006).

No eixo atividade física foi proposto à construção de espaços saudáveis utilizados no lazer e promoção de ações de saúde para estimular a prática de atividades físicas e corporais.

Inclui na temática, o estilo de vida fisicamente ativo para a diminuição do sedentarismo e inatividade física. Desta proposta emergiram os diferentes tipos de ACAL em locais públicos a população, as quais foram tratadas separadamente a seguir.

2.4. O PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE (PAC).

Antecedente as estratégias do Ministério da Saúde, o Programa Academia da Cidade (PAC) já desenvolvia o incentivo a prática de atividades físicas. Silva (2015) relata que o programa foi criado em 2002 numa perspectiva de ampliar as ações da política da saúde e construir uma cidade saudável.

Esta proposta de cidade saudável surgiu em 1978, inspiradas nas políticas de Toronto, no desenvolvimento de programas de atividade física para o incentivo da população a conhecer os benefícios das práticas de atividades físicas e consequentemente aderir a um estilo de vida mais ativo (MAZO *et al.*, 2013).

No cenário nacional, o programa foi baseado nas recomendações da OMS propondo aos serviços públicos de saúde, o desenvolvimento de reformas que garantam a comunidade, ações saudáveis com integração à saúde pública e a atenção básica. Para a concretização, a promoção da saúde deverá ser exercida nos espaços onde as pessoas possuem fácil acesso em sua rotina diária (COSTA *et al.*, 2013).

Mediante as recomendações em Recife, no ano de 2002, foi implantada a Política Municipal de Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde, chamada “Recife Saudável”, estando incluso o Programa Academia da Cidade do Recife- PAC (RECIFE, 2003).

O PAC objetiva estimular a prática do exercício físico regular do cidadão recifense, desenvolver e estimular espaços de inclusão social, executar ações e eventos voltados à educação continuada em saúde do público em geral, incluir a atividade física regular como fator importante ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde e promover ações integradas com outras desenvolvidas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (RECIFE, 2003).

A equipe de execução do programa é composta por médicos, profissionais de educação física e nutricionistas. Os médicos são responsáveis por avaliar as condições de saúde do usuário e a facilitação da compreensão do valor da atividade física regular para o indivíduo (RECIFE, 2003).

Os profissionais de educação física são responsáveis por avaliar o nível de aptidão física, prescrever e executar de forma planejada as atividades a serem desenvolvidas pelos usuários do programa. Por fim, os nutricionistas, têm como função avaliar as condições de alimentação do usuário e a facilitar dieta equilibrada e balanceada (RECIFE, 2003).

Posteriormente, o PAC foi implantado em Belo Horizonte por meio da Secretaria Municipal de Saúde e ramificado pelo programa BH-cidadania, contendo

eixos prioritários, dentre esses, as academias da cidade inseridas no Núcleo de Atividade física.

O programa pretendeu ampliar as estratégias de promoção de saúde para a população usuária do SUS apresentando o objetivo de propiciar a melhoria da qualidade de vida da população, por meio de ações integradas de incentivo à prática de atividade física e da alimentação saudável (COSTA *et al.*, 2013) .

No ano de 2004 surge o PAC de Aracajú, por meio da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde, o Núcleo de Pesquisa em Aptidão Física de Sergipe e do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Sergipe (MENDONÇA *et al.*, 2009), objetivando a instrumentalização da população adulta e idosa para adoção de um estilo de vida fisicamente ativo por meio da prática regular de atividade física.

Após a criação e repercussão do PAC implantado em Belo Horizonte, Aracaju e Recife (ZENITH *et al.*, 2002; MENDONÇA *et al.*, 2009), pesquisadores começaram a apreciar o programa e desenvolver estudos sobre as relações das academias da cidade com a população usuária dos polos.

Hallal *et al.* (2009) utilizando da metodologia qualitativa e descritiva analisou as visões dos professores que atuam no PAC de Recife a respeito do impacto, relevância, dificuldade e envolvimento da comunidade á proposta. Concluiu que, embora os dados relatados apresentem barreiras sobre a percepção profissional, o conhecimento e a importância do programa na comunidade, o programa reflete impactos positivos na comunidade.

No ano seguinte, Hallal *et al.* (2010), também em Recife, objetivaram traçar e descrever o perfil dos usuários e não usuários da academia da cidade. Este perfil foi mediado por aspetos específicos: conhecimento, participação, grau de satisfação, percepção de segurança no polo e saúde. A pesquisa resultou que somente uma parcela de 22% não conhecia o programa e que a participação se dava graças ao objetivo de melhoria da saúde. O grau de satisfação totalizou 72,8% e a percepção de saúde e segurança obteve diferenças significativas em relação ao local analisado.

Pluralizando a pesquisa para as várias áreas acadêmicas e científicas Zenith *et al.* (2012) nos polos de Belo Horizonte buscaram entender e analisar a percepção e a

satisfação corporal dos usuários apontando a insatisfação com o peso corporal tanto nos homens quanto nas mulheres.

Costa *et al.* (2012) avaliaram a qualidade da dieta das mulheres que praticam atividade física nos polos de Aracajú concluindo que a população apresenta hábitos alimentares inadequados apresentando a necessidade de modificação nutricional.

A partir da avaliação do programa com o apoio do Ministério da Saúde, o Centro de Doenças dos Estados Unidos e a parceria com Universidades brasileiras (CRUZ *et al.*, 2017) destacaram-se impactos e resultados positivos a população. Como por exemplo, na pesquisa de Simões *et al.* (2009) trás que o programa aumentou os níveis de atividade física dos usuários do programa.

Esses impactos resultaram na utilização como modelo principal pelo Ministério da Saúde para elaboração do Programa Academia da Saúde, programa este que será tratado no tópico seguinte.

2.5. PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE (PAS).

Baseado no PAC, o PAS foi uma das primeiras propostas lançadas na construção de equipamentos em espaços públicos com o propósito de ser acessível à população. Esses equipamentos são direcionados à prática de atividades física de lazer individual e coletivo, contando com a orientação de profissionais qualificados e outras ações vinculadas ao modo de vida saudável (GUEDES, 2011).

Em busca da potencialização da promoção da saúde e os cuidados com o modo de vida saudável da população, a implantação do programa em 2011, se deu a partir das estruturas físicas denominadas polo e coordenadas pela atenção básica (SKOWROSKI, 2014) com recursos financeiros custeados para construção da unidade nos municípios do país (DE SÁ *et al.*, 2016).

O Ministério da Saúde produziu uma cartilha sobre o PAS e nessa cartilha contém os objetivos e as diretrizes que norteiam o programa, propondo:

Fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; Desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral; Promover práticas de educação em saúde; Promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da

Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território; Promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; Aumentar o nível de atividade física da população; Promover hábitos alimentares saudáveis; Promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 8).

Efetivada pela Portaria Ministerial nº. 719, de 07 de Abril de 2011 e atualizada pela Portaria Ministerial nº 2681 de 08 de Novembro de 2013, os objetivos e as diretrizes que norteiam a proposta foram bem vistas por Hallal (2012). O autor, que coordena a rede de avaliação de programas de atividade física no Brasil, trás que a inclusão das Academias da Saúde no SUS foi um marco, um passo na direção correta relacionada à promoção da saúde. Ainda reforça a quebra do antigo paradigma construído pela medicina previdenciária e a saúde pública vivida no país.

Os objetivos da proposta foram redefinidos em 2013, ampliando objetivos do programa para contribuir para a promoção da saúde e produção de cuidado e de modos de vida saudáveis da população. É caracterizado como um marco nas ações da promoção da saúde da atenção básica, pois promovem novas possibilidades de encontro com os usuários aos demais serviços da rede de atenção básica (DE SÁ *et al.*, 2016).

Anteriormente a implantação, encontram-se relatos na literatura sobre o PAS. Um exemplo foi o Programa Academia Carioca da Saúde (PACAS), que foi iniciado em 2009 e logo após, em 2013, articulado ao programa Academia da Saúde (PAS), já estava presente em 172 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PADILHA *et al.*, 2015).

Não levou muito tempo para que os pesquisadores iniciassem os estudos sobre o PAS, Padilha *et al.* (2015) estudaram a avaliabilidade do programa, ou seja, investigaram o seu funcionamento. Porém, a partir da criação do modelo lógico, método utilizado pelo autor para solucionar a problemática levantada, não foi possível realizar a avaliabilidade por concluir que o programa ainda estava em fase consolidação, sugerindo que outros pesquisadores invistam na avaliação do programa.

Silva (2015) também objetivou analisar a avaliabilidade do programa em Recife-PE, realizando estudo de caso com ênfase na análise descritiva, exploratória e

dos aspectos operacionais das ações do programa, constatando que o programa possui sua avaliabilidade metodológica sendo possível para execução.

Porém, foi perceptível que os gestores possuem pouco conhecimento sobre os princípios, as diretrizes e os objetivos do programa, prejudicando o alcance das metas e o cumprimento da sua finalidade. Logo, o programa necessita aperfeiçoar a sua normativa e qualificar as atividades de planejamento, operacionalização e consequentemente acarretar uma melhoria em sua avaliação (SILVA, 2015).

Em outra região do país, Mota (2015), em estudo de caso empírico, a partir da revisão bibliográfica e da análise documental dos dados existentes, buscou analisar o ciclo da política do PAS em dois municípios do estado de São Paulo e identificar limites na inserção na rede de atenção a saúde.

Utilizando como referência Howlett (2013) para a análise do ciclo da política, foi perceptível que o programa ainda figura-se como ação implantada por forte indução federal ao município, por meio de incentivos e recursos financeiros para subsidiar uma agenda federal, não havendo possibilidades para adaptação do programa em relação à realidade local e regional.

O autor ainda concluiu que, embora o programa atue como integrante da Rede de atenção à saúde, se apresenta contextualmente fora da rede devido a não possuir a integração do serviço com os outros serviços paralelos.

Outros estudos de diferentes temáticas sobre esse objeto de estudo foram surgindo na literatura. A satisfação dos usuários, no caso de Mazo *et al.* (2013), a percepção dos idosos em relação aos serviços prestados apresentado que, embora o público seja motivado a ir ao uso e prática de atividades nas academias, o local apresenta limitações como a ausência de profissionais de Educação Física para a orientação da execução dos exercícios.

Costa (2015), realizando dois estudos sobre o perfil nutricional dos usuários e acesso aos estabelecimentos comerciais de frutas e hortaliças, aponta que houve inadequação no consumo diário de frutas e hortaliças, na gordura aparente da carne e bebidas açucaradas necessitando de uma intervenção para promover a integralidade à saúde do cuidado prestado.

Até mesmo pesquisas sobre os profissionais que trabalham nas academias, como a de Skownroski (2014), a qual buscou compreender os saberes que são mobilizados para o trabalho desenvolvido nas academias da saúde pelos professores e como eles podem ser articulados em outros serviços de saúde e atenção básica, apontando a necessidade de ressignificação na postura, nos saberes e nos conhecimentos do programa e dos conceitos para daí, o serviço prestado estar em consonância com as diretrizes do SUS.

Acerca dos outros serviços de saúde criados a partir da ideia de academias acessíveis à população, é presente no cenário nacional, outra estratégia ao combate da mudança do cenário epidemiológico, as academias da terceira idade ou melhor idade .

2.6. ACADEMIA DA TERCEIRA IDADE.

As Academias da Terceira idade (ATI) foram inspiradas em um modelo chinês. Nardi (2013) relata que as ATI obtiveram experiências positivas no oriente, nas praças de Pequim totalizando 4.000 na capital da China (DE OLIVEIRA, 2015).

Comumente composta por onze equipamentos, objetivando alongar fortalecer, flexibilizar e desenvolver a musculatura em geral.

Esqui: aumenta a flexibilidade dos membros inferiores, quadris, membros superiores e melhora a função cardiorrespiratória; Rotação dupla diagonal: aumenta a mobilidade das articulações dos ombros e dos cotovelos; *Surf*: melhora a flexibilidade e a agilidade dos membros inferiores, quadris e região lombar; Remada sentada: fortalece a musculatura das costas e dos ombros; Simulador de caminhada: aumenta a mobilidade dos membros inferiores e desenvolve a coordenação motora ;Pressão de pernas: fortalece a musculatura das coxas e quadril.; Alongador: estimula o sistema nervoso central através do alongamento e fortalecimento dos grandes grupos musculares; Rotação vertical: fortalece os membros superiores e melhora a flexibilidade das articulações dos ombros; Simulador de cavalgada: fortalece a musculatura dos membros inferiores; superiores e aumenta a capacidade cardiorrespiratória; Multi exercitador: fortalece, alonga e aumenta a flexibilidade dos membros superiores e inferiores. Este aparelho é composto por: flexor de pernas; extensor de pernas; supino reto sentado; supino inclinado sentado; rotação vertical; e *twister* sentado (SELA E SELA, 2012, p.87).

No Brasil, a prefeitura de Maringá inaugurou a primeira unidade da ATI no município, equipado com estes aparelhos e localizado ao lado da Unidade Básica de Saúde (UBS) (AGÊNCIA BRASILEIRA DE NOTÍCIAS, 2006).

Em parceria com a Secretaria de Saúde, a cidade pioneira das ATI juntamente a Secretaria de Esportes mantém um coordenador e estagiários na orientação dos exercícios e a Secretaria da Saúde concebe a participação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para intensificar a motivação do idoso à prática regular de atividade física, à socialização e consequentemente à melhora da autoestima e da saúde (NARDI, 2013).

Os impactos das ATI em Maringá causaram a redução de 40% de frequência dos idosos nos atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde e 30% na retirada de medicamentos, acarretando a redução dos custos municipais com a saúde (SELA; SELA, 2012).

Após a implantação e os impactos positivos relatados em Maringá, Mazo *et al.* (2013) relatam que outros estados e municípios também começaram a aderir a esta estratégia.

Em 2014, um estudo sobre as ATI de Joinville analisa usuários em relação à motivação, ingresso, permanência e satisfação apontando que a motivação dos usuários era predominantemente pela busca pela saúde, a permanência se dava em decorrência dos benefícios que a prática de exercício físico proporciona e pela sociabilização com os outros usuários e a satisfação foi relatada como positiva, porém com ressalvas as ATI nas melhorias de recursos humano e materiais (SALIN *et al.*, 2014).

Assim como as outras estratégias adotadas, o programa ATI ou melhor idade, como denominado em alguns estudos, tiveram suas implantações e parcerias diferenciadas de acordo com cada região. A nomenclatura, por exemplo, em Joinville, as ATI foram denominadas de Academia da Melhor Idade (AMI), as quais foram criadas pela Unimed e pela parceria com a Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville (FELEJ) (SALIN, 2013).

Por fim, na busca de informações sobre as implantações das ATI, encontra-se Paulo *et al.*, (2012) a qual demonstram o processo de implantação, desenvolvimento das ATI em Uberaba/MG. Os resultados apontam que as ATI surgiram de uma estratégia

desenvolvida pela prefeitura do município contando com a parceria entre as secretarias municipais, também inspiradas na ATI de Maringá.

2.7. ACADEMIA AO AR LIVRE (AAL).

A origem das Academias ao Ar Livre (AAL) é assimilada com o surgimento das ATI. De Oliveira (2015) relata que as AAL, assim como as ATI, foram inspiradas no modelo chinês disponibilizado em Pequim.

De acordo com De Oliveira (2015), após a implantação das Políticas de Promoção da Saúde, a partir do programa criado em Maringá, que foi inspirado neste modelo chinês, as AAL foram multiplicando nas diferentes regiões do país aparelhos disponíveis em locais acessíveis a população, estes nomeados por Academia ao Ar Livre (IEPSEN E SILVA, 2015).

Já para Pinto (2015), a primeira AAL foi criada em 1999 sendo o Brasil, o país pioneiro em sua elaboração recebendo o nome de *Muscle Beach Ipanema*. Porém, ao pesquisar o que foi de fato este projeto, foi perceptível que, devido à estruturação de aparelhos disponibilizados, esse projeto é semelhante ao da Academia da Cidade, destoando do que é popularmente conhecido como as AAL.

Assim como todas as outras estratégias com o intuito de estimular a prática de atividade física da população, as AAL são instaladas em parques ou praças, causando impactos diretos no nível de atividade física da população. Sua estrutura física conta com equipamentos que não utilizam carga, fazendo uso somente a força do próprio corpo para os exercícios de musculação, mobilidade muscular e alongamento em geral (LIMA E LUIZ, 2013).

Sobre a implementação, as AAL vêm sendo aderidas em diversas regiões brasileiras. Souza *et al.* (2014) diagnosticou que existem mais de 7.500 unidades instaladas em mais de 2.000 município. A gestão e as parcerias do programa também são diferenciadas de acordo com as políticas, articulações e parcerias de cada local.

Em Curitiba, as AAL são coordenadas pela prefeitura, possuindo 70 polos em 2012 (LIMA, 2013). Em 2013, também em Curitiba, efetivou-se a parceria com a

Secretaria Municipal do Esporte Lazer e Juventude aumentando os polos para 125 (SOUZA *et al.*, 2014).

Na região Sul do País, as AAL de Pelotas estão sob a responsabilidade da Secretaria Municipal do Esporte (MAZO *et al.*, 2013). Na região Sudeste, as AAL de Vitória-ES são gerenciadas pela Prefeitura Municipal, sem estabelecer parcerias até 2015 (PINTO, 2015).

Na busca de visualizar as pesquisas que envolvessem estudos acerca das AAL encontra-se em Lima (2013), a ideia de analisar a percepção dos idosos no esforço utilizado para execução da aparelhagem, resultando que, os impactos são suficientes para aperfeiçoar o condicionamento físico do público e motivadores para o modo de vida mais ativo.

Azzini (2013), nos espaços e equipamentos públicos de lazer esportivo, buscou verificar o acesso às pessoas com deficiência e se os serviços disponibilizados estão de acordo com as normas técnicas de acessibilidade, as leis e as normas regulamentadoras apontando irregularidades e insatisfatoriedade no local investigado mediante os critérios estabelecidos.

A acessibilidade também foi analisada por Oliveira (2014), com usuários cegos e de baixa visão, estes, reportando que sentem dificuldades em utilizar os aparelhos devido às questões arquitetônicas. O pesquisador relata que foram propostas para os gestores recomendações de usabilidade para atingir maior satisfação, eficiência e acessibilidade para o respectivo público analisado.

As pesquisas que se propuseram a traçar o perfil dos frequentadores das AAL foram elaboradas em Curitiba por Souza *et al.* (2014) delimitando o público por regionalidade e classe econômica, em específico, pelo bairro de residência e a renda. Foi concluído que os usuários que utilizam a unidade por mais de um mês pelo tempo diário de 30 minutos, são os que possuem maior renda familiar.

Iepsen e Silva (2015), na cidade de Pelotas, traçou o perfil dos frequentadores mediados por questões demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Os dados encontrados foram que a maior frequência dos usuários é do sexo feminino (65,3%) da cor da pele branca (83,6%), casadas (61,9%), com 50 ou mais anos de idade (61,3%) não fumantes (91,1%) e suficientemente ativos no lazer (77,7%).

Embora Campo Grande, Mato Grosso do Sul, não disponha da implantação do Programa Academia da Saúde, no âmbito da política municipal, outro projeto vem sendo desenvolvido desde 2006, denominado por “Movimenta Academia ao ar livre”.

O projeto da Fundação Municipal de Esportes, realizado nas praças esportivas, parques e nos órgãos públicos, atendia aos jovens, adultos e a terceira idade, além da comunidade em geral e teve como objetivo incentivar e estimular a prática de atividade física para contribuir com a saúde e para o bem-estar da população (FUNESP, 2016).

Em 2013, o programa expandiu suas ações construindo mais academias nos bairros e ampliando para a preparação física de guardas municipais, agentes de saúde e os agentes de trânsito, incluiu a ginástica laboral e a orientações para o uso das academias ao ar livre (FUNESP, 2016).

Os objetivos gerais do programa foram distribuídos em: sensibilizar e estimular a prática regular de exercícios orientados pelos profissionais de Educação Física, contribuir para a melhoria da autoestima como fator motivacional do indivíduo para melhor desempenho das atividades de rotina e trabalho, combater as doenças relacionadas ao sedentarismo através das aulas planejadas de acordo com cada segmento do programa e a diminuição do gasto público relacionado à saúde por meio das ações realizadas (FUNESP, 2016).

Em específico para as AAL, objetivava-se orientar adequadamente os praticantes de exercício físico nos aparelhos das academias implantados na cidade, para que seja utilizada de maneira eficiente acarretando benefícios à população (FUNESP, 2017).

O subprograma “Movimenta Academia ao Ar Livre” estabeleceu como objetivo orientar adequadamente os praticantes de atividades físicas de lazer nos aparelhos das Academias ao Ar Livre para que sejam utilizados de maneira eficiente, impactando na população possíveis benefícios. Ainda, consistem no acompanhamento e orientação dos usuários das AAL, no desenvolvimento da autonomia dos usuários em frequentá-las sem a presença do professor (FUNESP, 2016).

Na busca de outros programas relacionados, no ano de 2010, o prefeito, inspirado nos impactos obtidos em Maringá, implantou polos vinculados ao programa “Viver Legal” contando uma equipe multidisciplinar fazendo parte os professores de Educação física ao desenvolver as atividades nas Unidades Básicas de Saúde (USB) em

parceria com a Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU) para a melhoria da qualidade de vida da população (PMCG, 2011).

Atualmente, os vínculos estabelecidos com as unidades perpassaram por mudanças. Em 2017, outro projeto surgiu denominado “Lazer e Cidadania” estabelecendo a democratização do acesso às práticas do lazer e seus diferentes conteúdos culturais a todos os cidadãos do município na perspectiva de inclusão social e cidadania (FUNESP, 2018).

A procura de estudos, pesquisas e artigos que tratassem sobre as ACAL no município, embora o objetivo do estudo não fosse nenhuma análise sobre as academias, encontra-se em Silva (2014), uma pesquisa sobre o nível de acessibilidade arquitetônica, programática e metodológica às pessoas com deficiência física e visual nos espaços do município que possuem a unidade, porém não realiza o aprofundamento e discussão do assunto por não ser o objeto de estudo.

Durante o processo de busca nas literaturas sobre as ACAL, além de ser notória a escassez de estudos sobre a política do programa propriamente dita, não foi encontrado até o presente momento, nenhum estudo que tratasse sobre a avaliação política.

Inclusive, corrobora com a ideia Souza *et al.* (2014) dizendo que o potencial das AAL, ou seja, os impactos causados ainda são desconhecidos devido à ausência de literatura em âmbito nacional .

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar os impactos subjetivos das academias construídas ao ar livre na cidade de Campo Grande - MS no estilo de vida fisicamente ativo dos usuários.

3.2 Objetivos Específicos:

Mapear as academias construídas ao ar livre sob a administração dos órgãos públicos existentes em Campo Grande - MS.

Verificar como ocorre a organização da orientação e acompanhamento de Professores de Educação Física nos polos existentes na cidade de Campo Grande/ MS.

Investigar se o acompanhamento e a orientação disponibilizados têm sido capazes de desenvolver a autonomia para os usuários utilizarem os aparelhos sem a presença e orientação de um professor de Educação Física.

Analisar se as academias têm contribuído de maneira positiva para adoção de um estilo de vida fisicamente ativo.

4. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Dos diferentes tipos de metodologias de pesquisas existentes, o escolhido para solucionar a problemática traçada foi a pesquisa qualitativa (NEVES, 1996) e avaliativa (ANDRADE, 2015). Pois além de compreender um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, a pesquisa tem o intuito de medir, comparar e julgar, resultando em diferentes juízos de valores.

Para objetivar a problemática levantada busca-se o método de avaliação qualitativo-participativo. O método consiste no conjunto de iniciativas teóricas e metodológicas, dando enfoque às dimensões subjetivas (BOSI; MARTINEZ, 2010), no caso, a avaliação subjetiva.

Para o processo avaliativo, a metodologia escolhida foi a análise de impactos, pois procura verificar em que medida o programa alcança seus objetivos e quais são seus efeitos (CUNHA, 2006). Em verdade, a análise de impactos é uma medida do desempenho da ou das ações públicas (FIGUEREIDO; FIGUEREIDO, 1986).

Para Figueiredo e Figueiredo (1986) os impactos podem ser classificados como objetivo, substantivos e subjetivos. Mediante as opções, destacam-se os impactos subjetivos, recomendados às avaliações de mudanças qualitativas nas condições de vida da população. Ainda, estabelecem uma relação entre a causalidade da política pública e os objetivos propostos, com as condições da realidade social (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

Quanto aos objetivos propostos, estes se caracterizam como exploratório, pois é o tipo de pesquisa que além de visar a maior familiaridade com o problema e possui um planejamento flexível e acessível. É presente a entrevista ou aplicação de questionários com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Os dados da pesquisa são caracterizados por dados primários devido à coleta ser direcionada diretamente na realidade pesquisada e o aspecto temporal da pesquisa, configura-se como *ex post facto*, tendo em vista que essa configuração é recomendada

quando se analisa os fatos de uma proposta que está em andamento ou concluída (PRODANOV; FREITAS, 2013), caso no qual se encontra o objeto de estudo de análise.

4.2 LÓCUS E POPULAÇÃO.

O local da pesquisa foi definido pela abrangência municipal, devido à avaliação subjetiva ser planejada a partir das atividades realizadas nas unidades das sete regiões da Cidade de Campo Grande- MS (Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbirussu, Lagoa, Prosa e Segredo).

A população investigada foi composta de acordo com os diferentes objetivos da pesquisa. Para análise do objetivo do mapeamento das ACAL, verificação e investigação da orientação e acompanhamento dos professores de Educação Física nas unidades, fez parte da população os gestores da FUNESP e SESAU; para os objetivos sobre a orientação disponibilizada e os impactos para a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer, os usuários de ACAL. A partir dessas duas populações, foram selecionadas como amostra os chefes do cargo de gestão e coordenação dos programas vinculados as ACAL, sendo um da FUNESP e outro da SESAU e 275 usuários das ACAL, dividindo-os entre as 7 regiões do município.

A amostragem adotada é classificada como não probabilística intencional ou por julgamento (OLIVEIRA, 2011), haja vista que os órgãos responsáveis pelas academias não possuem um sistema de controle de usuários matriculados, logo o pesquisador pode decidir os critérios de análise e considerar a população como fonte de informação precisa para averiguar os problemas pressupostos (ANDRADE, 2015; OLIVEIRA, 2011).

Assim, no intervalo de novembro a dezembro de 2017, foi realizada a coleta de dados com os profissionais gestores responsáveis das academias de responsabilidade pública, em específico a FUNESP e a SESAU. Como critério de inclusão adotou-se a presença no cargo de gestão do programa vinculado às academias. A exceção adotada foi a ocupação do cargo por menos de três meses.

A terceira etapa ocorreu no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018 com a população usuária das academias aderindo aos seguintes critérios de inclusão: ser usuário das academias que são coordenadas pelos órgãos públicos analisados, estar na academia nos dias da coleta de dados.

Destes usuários foram desconsiderados os menores de 18 anos, os frequentadores das academias por menos de uma semana e aqueles que negaram ser entrevistados.

4.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.

Dividida em quatro etapas, a primeira consistiu na visita técnica, com foco na análise morfológica, a qual consiste em compreender as características físicas e espaciais da formação estrutural da cidade (REGO; MENEGUETTI, 2011).

Nas 53 academias (SISGRAM, 2018), por meio da observação direta (ANDRADE, 2015), foi analisado se o espaço é aberto ou fechado, as logomarcas presentes nas placas de identificação das academias, estado de limpeza, o corte de grama, além da instalação de lixeiras, bebedouros e a existência de banheiros e vestiários (APÊNDICE D).

Para a contabilização dos aparelhos foi considerado como “sim” as unidades presentes na academia com estado satisfatório para a execução dos exercícios. Já para “não” os que não estão instalados e não possuem condições de uso.

Quanto à estrutura física, averiguou-se a qualidade de conservação quanto à pintura, parafusos, lubrificação e aspectos que limitem a utilização para a execução dos exercícios nos polos. Foram consideradas como “não satisfatórias” quando pelo menos 6 aparelhos por polo obtiveram o aparecimento de ferrugem (lubrificação), aparelhos com rangido (lubrificação) e parafusos com frouxidão entre as peças.

A etapa secundária iniciou com a realização da Entrevista Estruturada junto aos gestor(es)/ coordenador(es) do programa responsável pelas ACAL. Essa etapa consistiu em obter informações que não estão disponibilizadas na ementa e na divulgação das ações da proposta, além de corresponder ao objetivo específico da pesquisa verificando se ocorre a orientação e acompanhamento em todas as unidades no município.

Para Andrade (2015), a técnica de entrevista estruturada é desenvolvida a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem imutáveis para todos os entrevistados, logo, as perguntas devem ser curtas, claras e referir-se apenas a um objeto ou fato.

O instrumento utilizado na entrevista com os gestor(es)/ coordenador(es) foi o formulário criado pelos pesquisadores (APÊNDICE B), composto por um roteiro de perguntas preenchido pelas respostas coletadas durante o contato com os entrevistados. O formulário é essencial na utilização das pesquisas caracterizadas como descritivas, pois obtém informações diretamente do participante voluntário e é organizado de modo que a redação escrita se torna de fácil entendimento ao público leitor (MARCONI; LAKATOS, 2007).

O utensílio escolhido para registrar as informações obtidas foi o gravador de voz digital, da marca *Blue*, gravando até 4405 minutos, sendo o arquivo dos dados coletados cautelosamente e suas transcrições se encontram no Apêndice F e Apêndice G, manuseados a partir dos aspectos éticos tratados a seguir.

Na terceira etapa da pesquisa, ocorreu a aplicação do formulário avaliativo dos impactos em torno das ACAL (APÊNDICE C). Adotando as sugestões de Andrade (2015), o instrumento foi elaborado com antecedência e perpassou por uma fase de pré-teste, ou de estudo piloto para a realização dos ajustes necessários e daí a aplicação com o público alvo.

Por ser uma metodologia que obtém informação por meio de perguntas diretamente ao entrevistado, os usuários das academias foram abordados por questionamentos voltados às problemáticas da pesquisa dentro um roteiro estruturado, fixo e invariável para todos os entrevistados (ANDRADE, 2015).

A estrutura do instrumento é dividida em três itens: 1. Dados demográficos; 2. Avaliação dos impactos; 3. Prática da atividade física de lazer. As respostas foram transcritas pelo pesquisador no momento da coleta (PRODANOV; FREITAS, 2013) e separados por categorias apresentadas nos capítulos de resultados e discussões.

As entrevistas ocorreram em período integral (matutino, vespertino e noturno) até cada unidade atingir 25 pessoas, que utilizam as unidades sob a responsabilidade dos órgãos analisados, totalizando 50 por região. Entretanto, mediante os critérios

estabelecidos pela pesquisa, devido à FUNESP não possuir responsabilidade com nenhuma unidade na região do Imbirussu e a SESAU na região Centro e Prosa, a coleta totalizou 275 usuários.

Em relação à equipe de coleta, foi obtido o auxílio de um Enfermeiro e de um Professor de Educação Física, integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa de Políticas Públicas de Esporte, Lazer e Saúde (GEPPPELS).

4.4 ANÁLISES DOS DADOS.

Articulando com as etapas na coleta de dados, a análise foi dividida de acordo com as respectivas etapas. Na primeira, segunda e terceira etapa foram feitas a redução e interpretação dos dados (PRODANOV; FREITAS, 2013), criando categorias e utilizando a técnica de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que permite minuciar de forma sistemática o corpo de material textual coletado, por meio de questionários ou entrevistas, para assim desvendar e quantificar as informações de palavras, frases ou temas considerados chaves para a resolução da problemática levantada (COUTINHO, 2014).

Fundamentado nos dados coletados na entrevista com os gestor(es)/ coordenador(es) e população usuária das academias, foram examinados, ponderados, reduzidos por meio de criação de categorias e extraídas as ideias e posicionamentos relatados para a análise e discussão.

4.5- ASPECTOS ÉTICOS

Todos os indivíduos que concordaram em participar receberam e assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), que trata sobre as informações a respeito da pesquisa bem como o contato com o pesquisador e outras questões pertinentes ao estudo.

A participação na pesquisa foi voluntária ao levar em condição a assinatura do TCLE os participantes foram informados que sua identidade será mantida em sigilo e a

sua integridade física e moral não será afetada, em vista que a pesquisa não oferece riscos à saúde e todo posicionamento coletado será resguardado e utilizado com cautela. A pesquisa também não acarreta despesas aos participantes já que estarão no local de coleta de dados, tornando a situação conveniente ao pesquisador e aos participantes.

Os dados coletados são de responsabilidade do pesquisador, assim como a segurança e o sigilo das informações. Os documentos e dados ficarão armazenados por período de cinco anos, utilizados somente para a produção de artigos, relatórios, apresentação em eventos científicos para contribuir para o avanço da ciência mediante o tema proposto.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, de acordo com as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) resultando no CAAE 69785917.0.0000.0021 e aprovado sob o parecer n.2.148.816/2017.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. MAPEAMENTO DAS ACADEMIAS CONSTRUÍDAS AO AR LIVRE E INFRAESTRUTURA.

O PAS consiste em ações oriundas da PNPS, o qual propõe uma mobilização dos setores públicos para prover espaços que ofereçam ações de educação em saúde. No intuito de estimular a população a aderir a um estilo de vida fisicamente ativo no lazer, as atividades ofertadas são voltadas à prática de atividade física no lazer.

Desde 2006 até 2010 foram investidos R\$ 171 milhões para 1.500 secretarias municipais e estaduais da saúde. Com apoio do Ministério da Saúde, existem 3.790 obras em estado de construção e a ação conta com 856 unidades em funcionamento no âmbito nacional (MALTA *et al.*, 2016; DE SÁ *et al.*, 2016).

Embora disponha de reconhecimento nacional, o PAS não obteve repercussão suficiente para atingir a cidade de Campo Grande – MS, uma vez que na realização do mapeamento local, não foi encontrada nenhuma unidade desse tipo.

Contudo, existem academias que foram criadas a partir dessa perspectiva, porém não possuem vínculo com o Ministério da Saúde, sendo a sua implantação, organização, controle e manutenção, responsabilidade da gestão municipal.

Para compreender a organização das unidades, utilizaram-se dados obtidos junto aos gestores das ACAL fomentadas pelo órgão público municipal. Tanto a administração da SESAU quanto a da FUNESP não indicaram um número exato de academias existentes na cidade, conforme pode ser observado nos depoimentos abaixo.

“[...] da prefeitura a gente tem em todos os parques, praças e alguns polos da SESAU” (ENTREVISTA GESTORA FUNESP p. 1).

“[...] não consigo te falar com exatidão, mas sob a responsabilidade da Secretaria da Saúde são 25 em unidades de saúde [...] e existem mais de 40 em praças que foram compradas por meio de emenda parlamentar junto com a Secretária da Saúde” (ENTREVISTA GESTOR SESAU p. 1).

Embora as entrevistas apresentem informações a respeito das ACAL, é evidenciada a inexistência da exatidão quanto ao número de academias implantadas na cidade, condição que foi melhor explorada com a pesquisa de campo.

A pesquisa de campo revelou que 18 academias são identificadas como responsabilidade da prefeitura, 7 pertencentes à administração da SESAU e 4 da FUNESP.

Todavia, existem 24 academias que não possuem nenhuma identificação, ou seja, não é possível afirmar qual é o órgão gerenciador desses espaços. Dentre este número, pode estar as unidades informadas pelo gestor da SESAU, conforme depoimento.

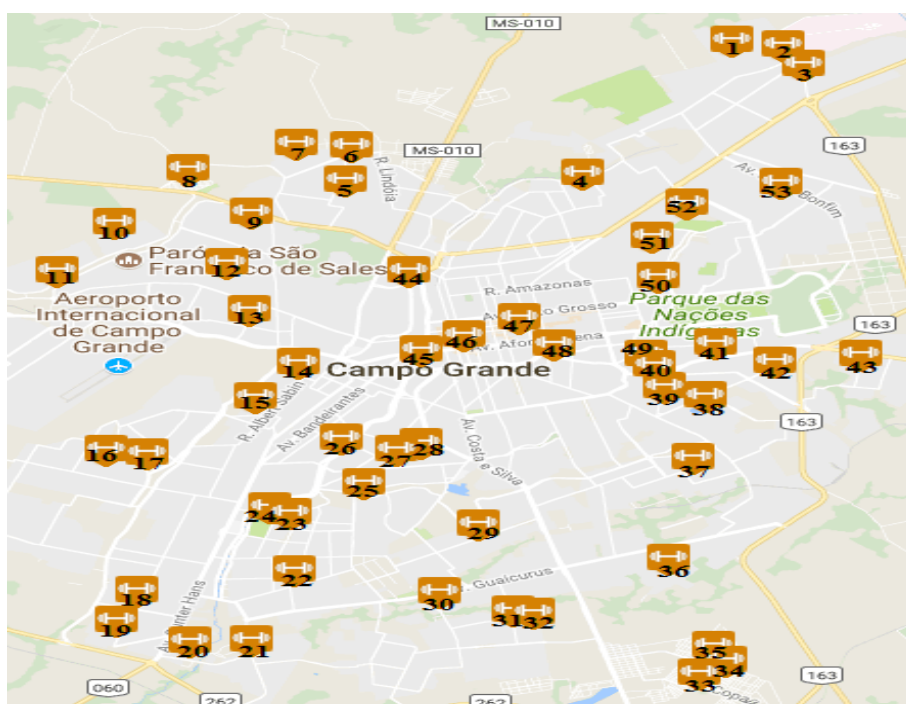


Figura 1. Mapeamento das ACAL em Campo Grande – MS (SISGRAM, 2018).

Constata-se que não há uma gerência sobre a quantidade das ACAL em Campo Grande – MS, pois, mesmo com os dados disponibilizados pelos administradores e mapeamento realizado no estudo de campo, não foi possível identificar com exatidão a responsabilidade de gestão de cada órgão.

As ACAL constituem-se em um espaço de promoção da prática de atividade física no lazer para a população. De forma geral, esse tipo de equipamento específico do lazer é construído em ambientes públicos e devido ao fluxo constante de pessoas, abrange todo tipo de diversidade social.

Marcellino (2002) aponta que existe uma relação direta entre os espaços à estrutura implantada e o lazer. Segundo o autor, quanto maior a variedade de opções

estruturais para a prática do lazer em ambientes públicos, maior será a oportunidade de vivência da população.

Em específico ao estilo de vida, McCormack *et al.* (2007) pontuam que a adoção ou o desestímulo a um estilo de vida ativo está relacionado ao planejamento da construção urbana e ao incentivo obtido.

Sydow (2017), em suas análises, compactua com esse ponto de vista, ponderando que os equipamentos e os espaços públicos intervêm possíveis mudanças no estilo de vida e aproximam a população ao poder público.

É no âmbito público que está o pulsar da vida urbana, estabelecendo o vínculo dos cidadãos à uma participação ativa nas ações políticas, devido a possibilidades de diálogo e o convívio decorrente ao espaço (TSCHOKE *et al.*, 2010).

Por isso, os espaços existentes nas cidades devem ser construídos e modificados de forma que considere as adequações necessárias para contemplar os diversos tipos de cidadãos presentes no ambiente, quanto maior a qualidade dos espaços e dos equipamentos, maior o interesse da população em realizar a prática de atividade física (SILVA *et al.*, 2016; ARAUJO *et al.*, 2009; MARCELLINO *et al.*, 2007).

Ao considerar a diversidade existente entre os interesses da população nos aspectos tempo e espaço no lazer, a potencialização de oportunidades comunitárias para os diferentes interesses culturais, acabam aproximando as semelhanças dentre as tantas particularidades existentes nos grupos sociais (VIEIRA, 2010).

Além disso, a existência de espaços que oferecem equipamentos de lazer em conjunto com a adesão dos cidadãos, traz contribuições ao ambiente urbano que repercutem nos hábitos, nas tradições e até mesmo na rotina dos indivíduos presentes do determinado contexto (TSCHOSKE *et al.*, 2010).

Ao tratar sobre a distribuição espacial das ACAL pelas regiões da cidade, a análise morfológica indica que o Anhanduizinho possui o maior número de academias, em seguida, a região Bandeira.

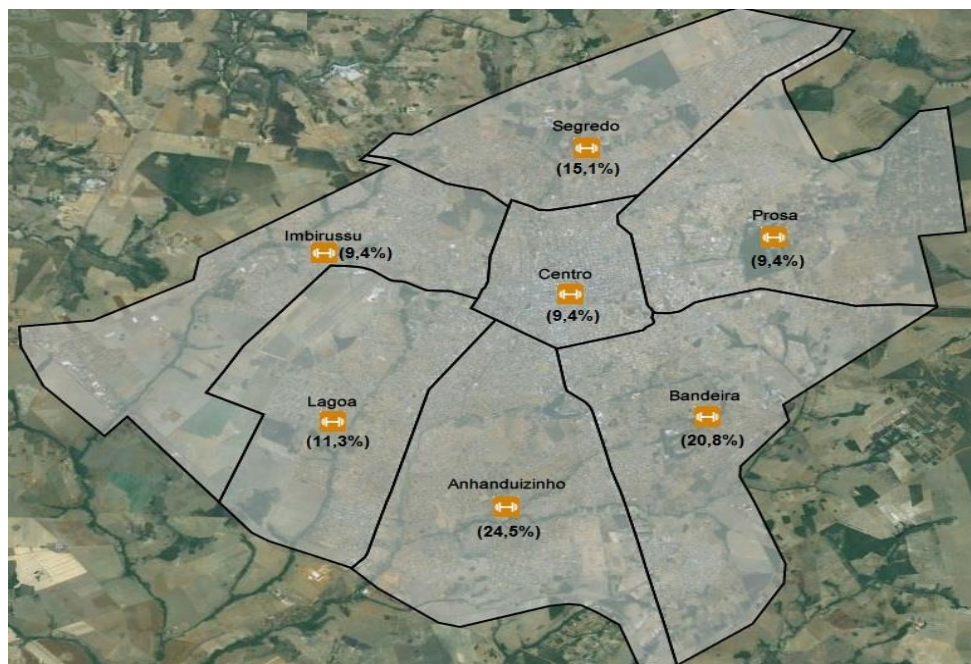


Figura 2. Distribuição espacial de equipamentos de lazer (ACAL) por região em Campo Grande - MS (SKYCRAPERCITY, 2018) (n=53).

As ACAL não seguem um padrão de distribuição espacial, haja vista que a figura 2 demonstra que há prevalência de ACAL em regiões específicas e não um número exato de unidades por região.

O mapa permite afirmar que ocorre um contraponto à teoria da centralização de equipamentos de lazer, pois diferentemente do observado em Campina Grande (DA SILVA, 2009), em Porto (OLIVEIRA, 2018), São Paulo (CLEMENTE; STOPPA, 2018), a maior quantidade das ACAL não está localizada na região central da cidade.

Essa teoria caracteriza a distribuição desigual entre região central e periferia em relação à quantidade de equipamentos de lazer, a qual privilegia a população da região central em detrimento da população periférica, pois enquanto a primeira dispõe de maior e melhor condições de acesso, poucas oportunidades de acesso dispõe a segunda MARCELLINO *et al.*, 2007; PINA, 2017).

Marcellino *et al.* (2007) pontuam que frequentemente o desenvolvimento da infraestrutura urbana não acompanha o aumento da população, gerando desníveis em relação a estruturação física, afetando a distribuição espacial de recursos, que acaba contemplando o centro da cidade. Isto se torna evidente, ao verificar que as regiões

nobres e centrais das cidades, comumente são privilegiadas por possuírem equipamentos de lazer específicos como os cinemas, bibliotecas teatros e *shoppings*.

Segundo Couto e Silva (2009) é comum para os pesquisadores que analisam o planejamento urbano e lazer, denunciarem que as áreas centrais e de maior poder aquisitivo possuem privilégios ao equiparar a quantidade de equipamentos por região.

Marcellino *et al.* (2007) compactuam sobre a importância da distribuição igualitária dos equipamentos entre os bairros de um município, devido a proporcionar maior acesso a prática do lazer.

A observância de maior número de academias na região Anhanduizinho pode estar relacionada às questões demográficas, pois ao pesquisar a quantidade de população residente por região, foi observado que a mesma possui o maior número de pessoas (mais de 15.000 habitantes), seguida pela região Bandeira (entre 15.000 a 10.000) (PLANURB, 2017), justificando a quantidade de equipamentos distribuídos, respectivamente 13 e 11.

Desta forma, a distribuição das academias evidencia a atenção diferenciada dos gestores a respeito da localização dos equipamentos para a prática de atividade física de lazer quando comparado a outras cidades brasileiras, pois está em conformidade com a demanda populacional existente.

Fato que entra em consenso com a literatura analisada no presente estudo, pois a distribuição do ambiente e equipamentos construídos em espaços públicos deve ser feita de maneira que impacte no maior número de pessoas possíveis.

5.2 CARACTERÍSTICAS DOS APARELHOS E INFRAESTRUTURA DAS ACAL.

Dentre os relatos dos gestores e a busca de documentos na legislação municipal, não foi encontrado nenhum documento que trata sobre as normas de instalação para as ACAL em Campo Grande-MS, diferentemente do que é observado em relação ao PAS, que se encontra normatizado pelas portarias nº 1402/2011 e 1707/2016 (BRASIL, 2016).

A aparelhagem disponível em Campo Grande-MS é advinda da empresa ZIOBER, a qual participou de maneira efetiva na implantação do projeto pioneiro das ATI no Brasil implantado em Maringá – “Maringá Saudável” (ZIOBER, 2018).

Na modalidade individual, os aparelhos que compõem as ACAL são 14, conforme figura 3 são disponibilizados os seguintes equipamentos.



Figura 3. Aparelhos individuais disponíveis para a instalação em ACAL (ZIOBER, 2018).

Além desta opção, a empresa disponibiliza aparelhos conjugados, ou seja, aqueles que podem ser utilizados por mais de uma pessoa para executar exercícios do mesmo grupamento muscular.

Dentre os aparelhos conjugados, podem ser observados na figura 4, os aparelhos elíptico triplo, simulador de cavalgada triplo, simulador de caminhada triplo, simulador de remo triplo.



Figura 4. Aparelhos conjugados disponíveis para instalação em ACAL (ZIOBER, 2018).

Nas unidades locais, a aparelhagem encontrada em maior quantidade foi o simulador de caminhada (48), alongador (47) , simulador de cavalgada (46) , surf (45) , e rotação diagonal (44), conforme o quadro 2.

Quadro 2. Aparelhos que compõem as ACAL na cidade de Campo Grande - MS -2018.

Aparelhos	Sim	Não
Alongador	47	6
Multiexercitador	37	16
<i>Surf</i>	45	8
Rotação Diagonal	44	9
Rotação Vertical	42	11
Simulador de Caminhada	48	5
Pressão de Perna	41	12

Esqui	42	11
Remada Sentada	42	11
Simulador de Remo	44	9
Simulador de Cavalgada	46	7
Puxador com Peitoral	34	19
Adução e Abdução de Pernas	33	20
Elíptico	37	16

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Para os membros superiores são dispostos o alongador, atuando no relaxamento dos bíceps, tríceps e da musculatura do peitoral e abdominal. A rotação diagonal e vertical, na promoção da flexibilidade e mobilidade das articulações do ombro (ZIOBER, 2018).

A remada sentada e o simulador de remo aumentam a resistência muscular do trapézio, infra espinhal, latíssimo do dorso, deltoide e do redondo maior e menor, presentes no grupamento do ombro. O puxador com peitoral é responsável pelo fortalecimento do peitoral maior.

Com o propósito de atuar de maneira que atinja vários grupamentos musculares, o multiexercitador contém uma diversidade de equipamentos. O desenvolvimento fortalece o deltoide e o trapézio, a cadeira extensora trabalha a musculatura quadríceps, em específico o reto femoral, vasto lateral, vasto medial e vasto intermédio. O supino atua no peitoral maior e deltoide e o puxador no trapézio latíssimo do dorso e serrátil anterior.

Ainda, é presente o simulador de cavalgada, o qual fortifica o reto abdominal, a musculatura do quadríceps, gastrocnêmio (panturrilha) e auxilia no desenvolvimento do peitoral maior e do deltoide. O elíptico de maneira multiarticular intensifica os membros superiores, juntamente com o quadríceps posterior da coxa e o glúteo maior. Com especificidade para o tronco, o *Surf* que tonifica os oblíquos e também o reto abdominal.

Por fim, como atuação principal em membros inferiores, é disposto nas unidades locais o simulador de caminhada, a pressão de perna, bem como o esqui intensificando

os músculos do quadríceps, posterior da coxa, glúteo maior e gastrocnêmio. A adução e abdução fortalecem o vasto lateral, o grácil e o adutor longo.

Frente a esses aparelhos, observa-se que não há uma padronização de instalação de equipamentos específicos para os grupamentos musculares em todos os polos, sendo o único fator comum, a quantidade mínima (6) e máxima (12) de aparelhos –por academia.

Ao tratar sobre a conservação, ao realizar o levantamento dos aparelhos disponíveis nas ACAL em Campo Grande - MS, constata que somente 16 unidades possuem todos os aparelhos em bom estado, ou seja, 37 academias possuem pelo menos 1 aparelho danificado, necessitando de reformas ou de manutenção.

Além do levantamento dos tipos de aparelhos existentes em cada ACAL e o grupamento muscular que os aparelhos trabalham, na análise morfológica das academias observaram-se também questões relacionadas aos aspectos do espaço físico nos quais as mesmas são instaladas, assim como ao seu entorno.

Os resultados indicaram que todos os espaços de instalação possuem piso de concreto, adequado para a construção e implantação de diferentes estruturas, nesse caso, utilizado para a instalação dos aparelhos, não necessitando de reformas, ou seja, em bom estado.

Quadro 3. Características do espaço físico disponibilizado nas Academias Construídas ao Ar Livre em Campo Grande – MS.

Espaço	Aberto	Fechado
	42	11
Características do Espaço Físico	Sim	Não
Piso	53	0
Corte de Grama	42	11
Cobertura	0	53
Infraestrutura	Quantidade	
Lixeira	18	35
Bebedouros	15	38
Vestiários	13	40
Manutenção/conservação	Satisfatório	Não-Satisfatório

Pintura	35	18
Parafusos	44	9
Lubrificação	41	12
Placa de Orientação	41	12

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Dentre as características do espaço físico disponibilizado nas ACAL, evidencia a ausência de cobertura (53) e a precariedade de infraestrutura básica, como a não disponibilização de lixeiras (35), bebedouros (38) e vestiários (40). As academias que possuem lixeiras, bebedouros e vestiários estão localizados em praças (3), parques (8), UBS (1) e em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) (6). Todos os outros, independente da região, possuem limitações quanto à infraestrutura física de apoio para os frequentadores das academias.

A qualidade da infraestrutura básica também foi analisada por Navarro *et al.* (2015), os quais compreendem que as características urbanas são fatores determinantes para a prática de atividade física no lazer, pois a precariedade analisada afetou o nível de atividade física da população com a menor frequência e utilização do espaço. Ainda, Rosa e Bohn (2015) compactuam que esse tipo de estrutura ou a ausência destes, afetam aspectos subjetivos do bem estar dos frequentadores.

No que tange as lixeiras, a existência das mesmas favorece melhorias na qualidade do ambiente urbano, assim como possuem a funcionalidade para melhorias ambientais e sanitárias (SILVA *et al.*, 2011). A ausência de lixeiras permite brechas para que a população usuária descarte seus dejetos no espaço das ACAL, conforme percebido nas unidades em que não havia lixeiras e nem sinal de manutenção e limpeza do local, copos, garrafas de água e embalagem de alimentos são presentes e descartados no ambiente.

No quadro atual das academias analisadas, a implantação de bebedouros e banheiros tornaria o espaço apropriado para o uso, de forma que serviria a população não apenas com um espaço para a prática de atividade física no lazer, mas também com potencialidades para suprir as necessidades fisiológicas quando necessário, proporcionando conforto aos frequentadores.

A existência de vestiários proporcionaria privacidade, pois é um espaço necessário para que os indivíduos realizem a troca de vestimenta, assim como procedimentos de higiene pessoal e cuidados estéticos, uma vez que ocorre a transpiração durante a prática de atividade física.

Então, a ausência de lixeiras, bebedouros, banheiros e vestiários na infraestrutura das ACAL pode resultar em desmotivação em relação à escolha desses espaços públicos para a prática de atividade física no lazer.

Quanto à jardinagem, exceto as academias que não possuem grama (4), a maioria possui manutenção periódica (42). Conforme citado pela gestora da FUNESP, “a questão da grama (...) a gente tem o apoio da prefeitura” (p. 3). Porém, constatou-se na pesquisa de campo que 11 espaços necessitavam deste serviço, pois a grama não apresentava sinais mínimos de aparagem.

A cobertura foi um melhoramento indicado pelos usuários como necessário, porém, inexistente em todas as ACAL analisadas. Além dos horários que o sol, por estar mais forte, dificulta os usuários frequentarem as unidades, os mesmos estão sujeitos a outros impedimentos provenientes das condições climáticas e atmosféricas, atuando como inibidores da prática de atividade física no lazer.

O desconforto provido pelo clima, como o excesso de calor, frio, vento é apontado nos estudos de Souza *et al.* (2013) e Chan e Ryan (2009), os quais evidenciaram que essas situações atuam como barreiras para a obtenção de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer.

Diferentes pesquisas disponíveis na literatura mostram o clima como fator limitador para adultos, é evidenciado que 42% em Santa Catarina (LEGNANI; LEGNANI, 2017), 88% no Paraná (SILVA *et al.*, 2009) e 31% em Catalão (PEREIRA *et al.*, 2014) sentem-se distanciados da prática de atividade física no lazer pelas interferências ambientais.

Desta forma, os frequentadores das ACAL em Campo Grande – MS sofrem impactos dos aspectos climáticos e ambientais devido à estrutura não possuir cobertura no espaço, motivo que, além de figurar como barreira física de acesso à prática de atividade física no lazer, corrobora de maneira prejudicial à durabilidade da infraestrutura física das academias.

A instalação de uma cobertura implica em maior durabilidade para os aparelhos, já que não foram construídos com suporte e material adequado para resistir às intempéries providas de mudanças climáticas (NOGUEIRA; FERNANDES, 2013).

Ainda que Campo Grande possua 96,3% de arborização nas vias e espaços públicos (IBGE, 2018), a instalação de coberturas pode proporcionar maior disponibilidade e motivação na população pela prática de atividade física nas ACAL, já que pode atuar como elemento protetor desses fatores aos usuários, colaborando com a maior procura da população.

Possivelmente, poderia resultar no aumento do número de usuários, frequência, permanência e acesso da população a esses espaços de prática de atividade física no tempo de lazer, pois diminuiria o intervalo de tempo de ociosidade no espaço, promovido pelas condições do clima.

Esta percepção pode ser visualizada na entrevista realizada com a gestora da FUNESP.

“[...] das 09:00 da manhã até as 15:30, 16:00h é um horário bem, bem vago mesmo, por que todas são ao ar livre então é muito sol e fica complicado frequentar (ENTREVISTA GESTORA FUNESP, p. 4).

No que tange as condições de manutenção dos aparelhos, conforme o quadro 3, é perceptível a presença de ferrugem ou desgastes na pintura (18), frouxidão recorrente a ausência dos parafusos (9) e rangido devido a falta de lubrificação (12), tornando o uso insatisfatório para a prática de atividade física no lazer.

A ausência de manutenção foi apontada pela gestora da FUNESP como sendo do seu conhecimento, o que se mostra dispor entendimento do problema, mas insuficiência e ineficiência como atuação no âmbito do do gestor público, pois, conforme depoimento abaixo, não promovem mudanças em curto prazo na reabilitação dos aparelhos.

“[...] na questão de óleo, as engrenagens vão ficando mais rígidas [...] alguns parafusos afrouxam [...], as engrenagens vão ficando mais rígidas, quando um aparelho quebra mesmo, ele fica muito tempo quebrado” (ENTREVISTA GESTORA FUNESP, p. 4).

A atuação como barreiras à adoção de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer de alguns fatores apresentados até aqui, pode ser visualizada na manifestação dos

usuários sobre as academias analisadas (Gráfico 1). Nota-se que a ausência de orientação é o principal fator pontuado como desmotivador à adesão do lazer fisicamente ativo³. Em relação às barreiras ambientais, é pontuada a falta de manutenção na estrutura física das ACAL (87), a ausência de cobertura (15), inexistência de bebedouro (9) e não disponibilização de banheiro (9).

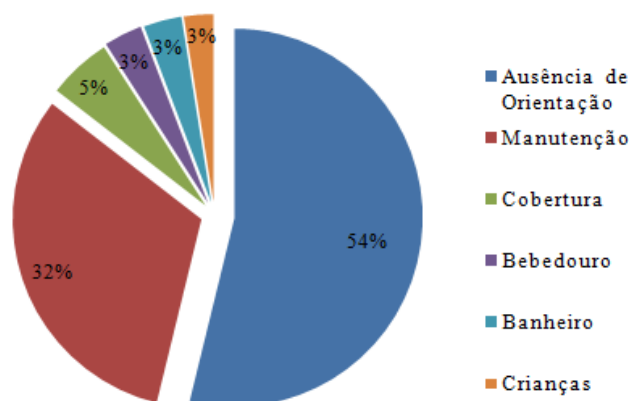


Gráfico 1. Barreiras apresentadas pelos frequentadores das ACAL para a prática de atividade física no lazer (n=275).

A falta de manutenção é uma limitação relatada pelos usuários nas questões de sugestão, reclamação ou até como uma melhoria necessária. Os entrevistados citam que existem aparelhos danificados com impossibilidades de uso, o que promove o desestímulo à prática de atividade física no lazer.

A ausência de disponibilização de recursos públicos pela gestão pública municipal para manutenção dos aparelhos, além de diagnosticada pelo estado de conservação dos aparelhos na pesquisa de campo, também pode ser observada nos relatos da gestora da Funesp.

“[...] Para assistência dos aparelhos a gente não tem (apoio) [...] não tem uma manutenção programada por parte da prefeitura [...] a própria comunidade acaba se organizando e repondo isso” (ENTREVISTA GESTORA FUNESP, p. 4).

³ No que tange os efeitos da ausência de orientação sobre o estilo de vida fisicamente ativo no lazer, a questão será abordada no subcapítulo orientação e acompanhamento dos profissionais de Educação Física nas ACAL.

"[...] Não existe verba própria [...] para essas academias, [...] então a gente depende da verba, do fundo da prefeitura" (ENTREVISTA GESTOR SESAU p.4).

"[...] ainda não possui um calendário ou verba disposta para este tipo de gasto" (ENTREVISTA GESTORA FUNESP, p.4).

Sardanha *et al.* (2015) discorrem sobre condições de apoio a prática de atividade física e conclui que estas afetam de forma negligente, ou seja, atuam como um fator de desencorajamento na escolha dos indivíduos à adesão de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer.

A qualidade dos equipamentos interfere na adoção do lazer fisicamente ativo, pois são variáveis que afetam a aderência à prática (PETROSKI *et al.*, 2009). Portanto, a qualidade estética do espaço, a infraestrutura, a arquitetura e tecnologia são questões que interferem de forma positiva ou negativa na adoção de um estilo de vida fisicamente ativo, a depender das condições apresentadas, barreiras, que agem de forma negativa na adoção de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer (SILVA *et al.*, 2014).

Embora haja poucos estudos sobre a destinação de recursos para manutenção de equipamentos públicos, Ferreira e Rosa (2017) apontam que as políticas devem ser voltadas não somente à implantação, mas também à manutenção. Dessa forma, esses tipos de ação devem constituir o eixo fundamental de uma política pública de saúde e lazer.

Mesmo que Campo Grande possua uma quantidade significativa de equipamentos nas unidades das ACAL, ambos os gestores relatam que não possuem suporte financeiro para a manutenção, mantimento e fiscalização destes aparelhos:

"Na verdade, não tem uma manutenção programada por parte da prefeitura [...]" (ENTREVISTA GESTORA FUNESP, p. 4).

"[...] Não existe verba própria para a manutenção dessas academias e como depende da verba a gente não tem um período cronologicamente falando (de manutenção), tem unidade que demora 1 ano pra ter manutenção, tem unidade que em dois meses eu consigo essa manutenção, tem unidade que não tem manutenção por mais de dois anos, então depende da verba da prefeitura" (ENTREVISTA GESTOR SESAU, p. 3) ”.

Entende-se que uma política pública de lazer voltada à promoção da saúde não deve se pautar somente na implantação das ACAL ou equipamentos facilitadores para a

prática de atividade física no lazer. Faz-se necessário que órgãos gestores e responsáveis por políticas públicas de construção dos espaços de lazer insiram na agenda política o compromisso e a responsabilidade pela conservação e manutenção dos espaços.

Marcellino *et al.* (2007) corroboram com essa perspectiva apontando que até a revitalização da infraestrutura externa e interna existente faz parte das obrigações dos gestores políticos. Sendo assim, é compromisso dos gestores políticos realizarem ações que permeiem a durabilidade dos espaços e equipamentos de lazer (ALLEN; MARCELLINO, 2010).

Ao realizar a comparação do PAS com as outras modalidades de ACAL existentes, a infraestrutura possui três modalidades aplicáveis, a modalidade básica com o espaço delimitado a 300m², a modalidade intermediária de 63,60m² e por fim a modalidade ampliada 451,20m² (BRASIL, 2016).

Essas modalidades não interferem na tipagem de equipamentos, pois não há diferença entre os aparelhos, sendo padronizada a instalação de 1 espaldar simples, 3 bancos, 2 prancha par abdominal, 1 barra horizontal tripla, 2 barras de marinho e 2 barras fixas de apoio. É recomendado realizar a instalação dos aparelhos em círculos no intuito de facilitar o trabalho pedagógico do professor, além de proporcionar visibilidade para os usuários ao utilizar os equipamentos (BRASIL, 2016).

O PAS possui um prédio denominado “área coberta”, um espaço de convivência aberto, porém com a instalação de uma cobertura para realizar práticas corporais vinculadas com os eixos propostos pelo programa (BRASIL, 2016).

No ambiente externo de instalação, a rua deve possuir a faixa de travessia de pedestres e rampas devidamente dimensionadas e sinalizadas para o acesso. Já na estrutura interna, é obrigatória a presença de banheiros, portas, corredores, pisos e rampas devidamente dimensionados e sinalizados (BRASIL, 2016).

Por fim, para a efetivação da unidade, é necessário compreender as complexidades sociais e espacial onde será implantado, pois a portaria n.1707/2016 preconiza que deve ser considerada a unidade de vizinhança, a mobilidade e acessibilidade que o espaço propõe, além das características sociais e econômicas do local instalado (BRASIL, 2016).

A justificativa para os critérios consiste em que o programa deve atingir a maior diversidade populacional possível, estando ligado diretamente aos objetivos e as diretrizes da PNPS, as quais consistem na criação de estratégias que estimulem a população a executar a prática de atividade física no lazer e consequentemente a adesão de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer.

O apoio financeiro é regulamentado pela portaria nº 1707, de 23 de setembro de 2006 (BRASIL, 2016), a qual preconiza que cada academia vinculada à proposta, independente da modalidade, deve receber um custeio mensal de R\$ 3,000. Este valor é recebido por meio do Piso de Atenção Básica Variável (PAB).

Na comparação entre as ACAL encontradas em Campo Grande – MS com o PAS são evidentes discrepâncias em relação ao elemento normativo, condições de instalação, diferenças estruturais, infraestrutura e aparelhagem distribuídas nas unidades.

Tal justificativa é embasada nas orientações das portarias 2681/2013 e 1707/2016, emitidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), posicionando-se de forma contrária ao reconhecimento de similaridade com estruturas das ATI e AAL, pois as unidades do PAS devem seguir de maneira rígida os direcionamentos necessários para a sua implantação.

Desta maneira, é responsabilidade da gestão municipal a criação de ações de revitalização, manutenção e disponibilização dos aparelhos nas ACAL e caso preciso, realizar intervenções para o estímulo e frequência da população aos equipamentos específicos de lazer.

Frente à quantidade de academias (37) que possui pelo menos um aparelho sem condições de uso, a reestruturação espacial das ACAL deve ser um fator a ser repensado pelos atores políticos. É necessário que o poder público, em específico as políticas municipais de Campo Grande – MS atuem frente a essas barreiras, implantando estratégias voltadas aos espaços e equipamentos específicos de lazer e, consequentemente, reconduzir os direcionamentos voltados às ACAL perante a estrutura física.

Pontua-se que a manutenção regular na aparelhagem, o aumento da fiscalização, a preservação dos equipamentos e da infraestrutura ou até a construção de cercas em

torno das academias contribuiria com a conservação dos equipamentos disponíveis, preservando a qualidade do espaço. Além disso, essas ações atuam como um estímulo para a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer, uma vez que resultaria em maior qualidade estrutural da aparelhagem e do espaço para o uso da população.

5.3 USUÁRIOS DAS ACAL, ORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

No processo de coleta de dados, antecedente aos questionamentos sobre as percepções dos usuários frente à orientação e acompanhamento do professor de Educação física nas unidades, dados revelaram que é predominante a presença de usuários do sexo feminino, na faixa etária adulta ou terceira idade e que apresentam o estado civil casado.

Tabela 1. Perfil dos frequentadores das ACAL administradas pela prefeitura na cidade de Campo Grande - MS (2018) (n=275).

Variáveis	Nº.	%
Sexo		
Feminino	193	70,18%
Masculino	82	29,81%
Idade		
18-40 anos	46	16,72%
41- 60 anos	122	44,31%
60 anos acima	107	38,96%
Estado Civil		
Casados	137	49,81%
Solteiros	29	10,54%
Divorciados	65	23,63%
Viúvos	44	16,02%

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Conforme demonstrado no gráfico 1, presente na página 92 deste texto, menos da metade dos usuários das ACAL dispõe de orientação de professores de Educação Física, pois 53,8% (148) apontam não possuir orientação e acompanhamento durante a prática de atividade física no lazer.

A ausência de professores de Educação Física em todas as ACAL é ratificada pelos gestores da FUNESP e SESAU, conforme descrito nos depoimentos:

“Infelizmente todos não né? [...] hoje a gente tem alguns professores atuando nos parques e praças [...] e não são em todos os horários que a gente gostaria [...] a dificuldade é viabilizar a contratação desses professores” (ENTREVISTA GESTORA FUNESP p. 1).

[...] Nem todos os polos existem acompanhamento, até por que são 20 profissionais de Educação Física [...] e alguns atuam apenas em uma unidade de saúde, então algumas unidades não estão cobertas por falta de profissional” (ENTREVISTA GESTOR SESAU p. 1).

Em que pese a quantidade de usuários que sinalizaram não dispor de orientação, se faz relevante compreender os impactos da atuação dos professores de Educação Física mediante a distribuição dos profissionais existentes.

Algumas academias sob responsabilidade da FUNESP possuem uma grade de atividades com práticas corporais e o acompanhamento de professores dividida por períodos (matutino, vespertino e noturno). Ou seja, não são todas as unidades que são contempladas com atividades voltadas às ACAL, conforme pode ser observado no depoimento da gestora:

“[...] a gente também tem que priorizar outras atividades, como ginástica, pilates e treinamento funcional, e daí a gente encaixa alguns horários para atender as academias ao ar livre” (ENTREVISTA GESTORA FUNESP p. 1).

Segundo os dados disponibilizados pela FUNESP em seu endereço eletrônico, dois espaços dispõem orientação no período matutino e noturno - Parque Ecológico do Sóter e a Praça Esportiva Belmar Fidalgo (Centro) e três apenas no período matutino. Conforme quadro 4, na pagina 98, somente um local disponibiliza o serviço de orientação aos finais de semana.

Quadro 4. Horário de orientações dos Professores de Educação Física disponibilizadas pela FUNESP (FUNESP, 2018).

Local	Parque Ecológico do Sóter					
Dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
	07:00h	07:00h	07:00h	07:00h	07:00h	
	08:00h	08:00h	08:00h	08:00h	08:00h	
	17:30h	17:30h	17:30h	17:30h-	17:30h	
	18:00h	18:00h	18:00h	18:00h	18:00h	
Belmar Fidalgo						
	06:00h	06:00h	06:00h	06:00h	06:00h	
	07:00h	07:00h	07:00h	07:00h	7:00h	
	09:00h	09:00h	09:00h	09:00h	09:00h	
	11:15h	11:15h	11:15h	11:15h	11:15h	
	17:30h	17:30h	17:30h	17:30h	17:30h	
	18:00h	18:00h	18:00h	18:00h	18:00h	
Orla Morena						
	08:00h	08:00h	08:00h	08:00h	08:00h	
	10:00h	10:00h	10:00h	10:00h	10:00h	
Parque Jacques da Luz						
	06:30h	06:30h	06:30h	06:30h	06:30h	
	09:00h	09:00h	09:00h	09:00h	9:00h	
	Centro Olímpico da Vila Nasser					
	06:00h 07:00h		06:00h 07:00h			06:00h 07:00h

Fonte: FUNESP, 2018.

A apresentação do quadro 4 torna evidente a concentração de orientações na academia central da cidade, pois somente o Belmar Fidalgo dispõe desse serviço no período matutino, vespertino e noturno. Em todas as outras ACAL de responsabilidade da FUNESP, o atendimento é dividido por horários específicos.

Essa disponibilidade de horários dos professores está relacionada à porcentagem de usuários que não possuem acesso ao serviço. A atual organização dos professores faz

com que as ACAL promovam o acompanhamento de forma fragmentada nas unidades contemplando exclusivamente o público que faz a prática de atividade física no lazer nos horários indicados.

No que tange as academias sob responsabilidade da SESAU, não foi encontrada nenhuma informação dos horários de orientação dos professores em endereços eletrônicos. Porém, há informações sobre a organização dos horários, tendo o relato de que as ACAL funcionam de acordo com as características de atendimento das Unidades de Saúde.

“[...] na parte da manhã, começamos as 06:00 da manhã até as 09:00 da manhã, por conta do tempo (sol) e do horário de clima, algumas unidades oferecem a partir das 16:00h e outras até as 18:00h [...] lembrando que essas academias estão junto que os profissionais de Educação física trabalham em conjunto com a Unidade de Saúde” (ENTREVISTA GESTOR SESAU, p. 2).

Os professores apontados pelo Gestor da SESAU são pertencentes da convocação do concurso público realizado em 2006, que incluiu os profissionais de Educação no contexto de atuação profissional das UBSF (FERREIRA; FERREIRA, 2016).

A gerência técnica de atividade física designou responsabilidades para estes professores para trabalhar no planejamento, coordenação e execução das ações de promoção de atividade física no âmbito do SUS. Todos os profissionais são vinculados ao NASF, definido pelo gestor de acordo com a necessidade epidemiológica de cada região da cidade (FERREIRA; FERREIRA, 2017).

“[...] O pedido da população né? A necessidade e o mapeamento das doenças e agravos não transmissíveis [...]. O maior número de hipertenso, o maior número de obeso e maior número de diabético [...]. A gente colocou os profissionais de Educação Física pra acompanhar” (ENTREVISTA GESTOR SESAU, p. 2).

É notável que os critérios de gestão sejam diferentes para as academias instaladas nas praças, parques e em espaços abertos. As orientações são estabelecidas mediante as particularidades de cada órgão responsável.

“Cada unidade tem a sua característica [...] tem unidade que é diariamente[...] com horários específicos das 07:00h as 08:00h um

grupo, das 08:00h as 09:00h um grupo [...] tem unidade que possui orientação intervalada, segunda, quarta, sexta ou terça e quinta.[...] depende do direcionamento da população” (ENTREVISTA GESTOR SESAU, p. 2).

No processo de compreensão sobre a distribuição dos professores, foi questionado aos gestores quais os critérios utilizados para as academias serem contempladas com orientação de professores de Educação Física.

“[...] O critério é a procura da população nesses espaços, então a gente sabe que tem alguns lugares que a população gosta de frequentar as academias [...]. A academia estar em bom estado, arborizada e com sombra” (ENTREVISTA GESTORA FUNESP, p. 2).

Assim como o serviço da FUNESP possui limitações, as unidades da SESAU que estão situadas em unidades de saúde funcionam sob a adequação do espaço instalado, conforme relato do gestor. Se a UBS ou UBSF não funciona aos fins de semana, consequentemente as ACAL permanecem fechadas e não disponibilizam o serviço do professor de Educação Física no respectivo período.

Para Assis (2003), o fim de semana é o principal período de aproveitamento do tempo livre, quando o indivíduo pode reestabelecer vínculos diferentes das obrigações de trabalho.

Magalhães (1991) corrobora com essa perspectiva, ao dizer que o tempo do fim de semana é caracterizado como uma liberdade temporária frente ao trabalho, podendo o indivíduo escolher realizar outras situações presentes no seu contexto.

No compreender da relação com o professor de Educação Física e a prática de atividade física no lazer, é perceptível que a limitação do acompanhamento no fim de semana figura-se como barreira ao acesso da orientação profissional.

Perante a totalidade de academias apontadas pelo SISGRAM (53) e dos dados do quadro 4, não foram encontradas informações a respeito do acompanhamento do professores nas outras unidades, bem como não foram citadas pelos gestores responsáveis as condições em que a população se encontra frente a esse serviço.

Por outro lado, na promoção da autonomia para o estilo de vida fisicamente ativo no lazer, foi questionado ao público usuário que possui acesso ao serviço, se o

número de aulas e o horário das orientações são suficientes para que façam o uso de maneira adequada sem a presença do professor.

O Gráfico 2, na página 101, constata que 80% dos usuários com orientação não se sentem suficientemente autônomos para a execução nos equipamentos, enquanto 20,4% (26) consideram que fazem uso de maneira segura e adequada sem a presença do profissional de Educação Física.

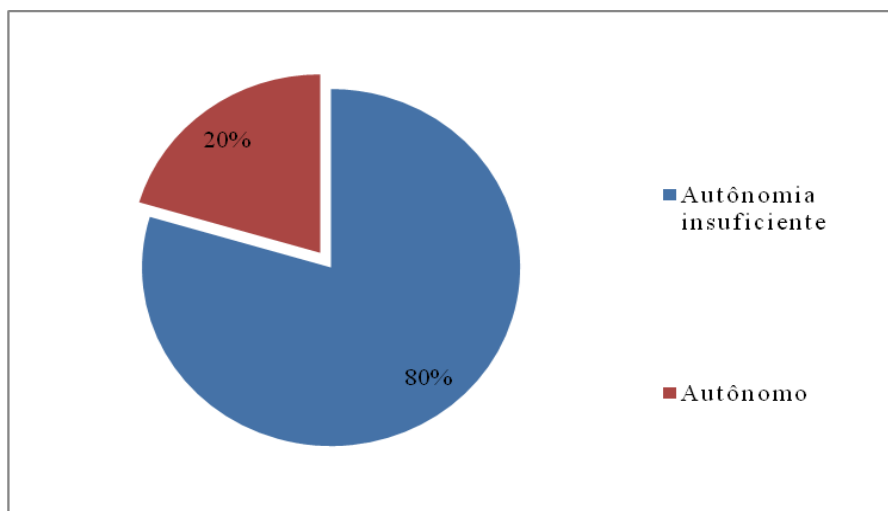


Gráfico 2. Percepção dos usuários que possuem orientação sobre a autonomia para utilizar a aparelhagem disponível nas ACAL sem a presença do professor de Educação Física (n=127).

A maioria dos usuários que possuem acesso ao serviço de orientação não se sente dispor de autonomia suficiente para a prática de atividade física no lazer sem a presença do professor nas ACAL. Problemática a qual possui relação com a frequência do professor nas academias.

“Existe unidade que é feito diariamente [...] outras possuem orientação intervalada” (ENTREVISTA GESTOR SESAU p.3).

“Hoje a gente tem alguns professores atuando em algumas academias que são nos parques e praças [...] a dificuldade é viabilizar a contratação desses professores” (ENTREVISTA GESTORA FUNESP p.1).

A falta de profissionais é evidenciada pelos próprios gestores, inclusive usada como justificativa para o não acompanhamento do professor em algumas academias conforme depoimento.

“[...] Algumas unidades não estão cobertas por falta de profissional, inclusive, não existe nem concurso aberto para chamar profissionais de Educação Física para essa atuação, então não tem como a gente cobrir (orientação/acompanhamento) todas essas academias” (ENTREVISTA GESTOR SESAU, p. 1).

Os dados dos gestores, os relatos dos usuários e a organização estrutural dos profissionais, revela a necessidade do aumento de professores de Educação Física para atuar nas ACAL em Campo Grande - MS, bem como maior disponibilidade de orientação e acompanhamento nas unidades.

Uma parcela da população analisada não possui acesso ao serviço (Gráfico 1) e usuários acompanhados pelo professor de Educação Física relatam não sentir segurança em realizar a prática de atividade física no lazer de forma autônoma.

A contratação de mais professores de Educação Física poderia sanar essas limitações disponibilizando orientações nas unidades não supervisionadas e proporcionando o aumento do horário para os usuários que possuem acesso ao serviço, redirecionando a prática pedagógica do professor para a sensibilização da autonomia para a prática de atividade física no lazer.

Ao comparar as estratégias adotadas frente a essa problemática em outras regiões do país, como Recife, devido à expansão do PAS, a administração local adotou como estratégia realizar o primeiro concurso público para professores de Educação Física, atuando como Técnico em Saúde de Nível Superior nas academias locais (DA SILVA, 2015).

Em Santo André – SP, por meio do projeto “Caminhando para a Saúde”, foi aprovada a obrigatoriedade de um professor de Educação Física nos locais onde estão disponibilizadas as AAL (CAMARA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ, 2018).

Na cidade de Valinhos – SP, a prefeitura realizou um concurso público para os professores de Educação Física atuarem de maneira exclusiva nas AAL, realizando o serviço de orientação e acompanhamento da população (PREFEITURA DE VALINHOS, 2016).

Em específico no Mato Grosso do Sul, em Sonora, foi feita uma solicitação por meio da indicação “98/2013” (PEREIRA, 2013) de disponibilização de professores de

Educação Física para atuar nas AAL, a partir da justificativa que o uso indevido da aparelhagem pode ocasionar em lesões.

Já em Campo Grande - MS, em 2017 houve a disponibilidade de vagas para atuação como técnico esportivo, todavia não há ações ou estratégias que adotem a contratação de professores de Educação Física para atuar com exclusividade às ACAL.

Devido à insuficiência de professores de Educação Física aqueles que não dispõem de orientação acabam realizando os exercícios por conta própria, conforme gráfico 3.

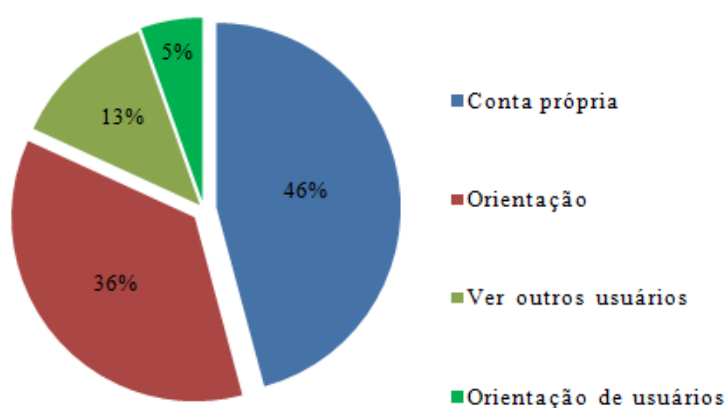


Gráfico 3. Informações utilizadas pelos frequentadores das ACAL de Campo Grande - MS para a execução dos aparelhos disponíveis (n=275).

A ausência apontada faz com que a população usuária das ACAL utilize a dedução para execução dos exercícios, observe usuários mais experientes ou solicite orientações a terceiros para a prática de atividade no lazer.

Isto posto, na análise do processo de compreensão de todos os usuários sobre a execução dos exercícios na aparelhagem disponível, o gráfico , na pagina 104, demonstrou que 61% não encontram dificuldades em relação à prática de atividade física no lazer nas ACAL.

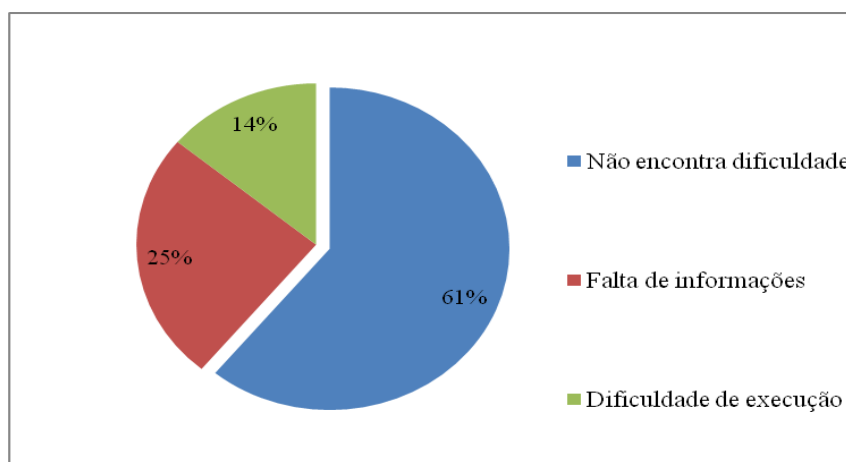


Gráfico 4. Limitações relatadas pelos usuários para a execução dos exercícios na aparelhagem disponível das ACAL em Campo Grande - MS (n=275).

Na busca da compreensão de como os usuários executam os exercícios nos aparelhos, questionou-se aos entrevistados a compreensão do uso dos equipamentos. Dados revelam que 52% não entendem a função dos aparelhos e dentre os que responderam compreender, 87% sinalizaram não saber qual grupamento muscular cada aparelho trabalha.

Tabela 3. Percepção dos usuários sobre a atuação muscular dos aparelhos disponíveis das ACAL na Cidade de Campo Grande - MS (n=275).

Variáveis	Nº.	%
Função dos aparelhos		
Não	143	52,00%
Sim	132	48,00%
Grupamentos musculares		
Não compreende	115	87,10%
MMSS, MMII e Tronco	17	12,87%

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

É evidente o número significativo de usuários que não conseguem assimilar a prática dos exercícios nas ACAL com a atuação muscular. Tal situação pode estar relacionada à ausência de informações perante a execução da aparelhagem disponível nas academias.

Nas unidades locais, existe uma placa informativa contendo dados sobre os grupamentos musculares e como utilizar cada aparelhagem, sinalizando qual

grupamento muscular cada aparelho trabalha e pode ser utilizada como um elemento auxiliar perante o alcance da autonomia para a prática de atividade física no lazer.

No entanto, na verificação da tabela 2, a maioria dos usuários dispõe de acesso ao informativo. Todavia, 74,8% que dispõe de acesso das informações existentes nas placas sinalizam a ineficiência do conteúdo para a realização da prática de maneira segura e adequada.

Tabela 2. Percepção dos frequentadores quanto as placas informativas disponíveis das ACAL na Cidade de Campo Grande - MS.

Variáveis	Nº.	%
Leitura da Placa		
Sim	199	72,37%
Não	76	27,63%
Suficiência de informação		
Necessidade do professor	149	74,87%
Informações suficientes	50	25,13%

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Os usuários pontuam relatos como não compreensão da placa e a sensação de segurança somente com o acompanhamento do professor bem como posicionamentos críticos ao entendimento que, para cada pessoa é necessário um tipo de orientação, correção e adequação, algo que somente a placa não é possível resolver.

A necessidade do acompanhamento profissional, bem como a insuficiência de informações para a execução dos exercícios, torna indispensável a presença do professor de Educação Física nos programas que ofertam a prática de atividade física no tempo de lazer, ainda mais ao considerar o público presente.

Barros e Junior (2005) realizam análise sobre projetos que disponibilizam a prática de atividade física no lazer, concluindo que, em sua maioria, são comumente frequentados por idosos. Estes dados demonstram ainda mais a necessidade do serviço do profissional nas unidades das ACAL. Maciel (2010) aponta que o aumento da idade traz consigo limitações físicas como o declínio do sistema somatossensorial, visual e vestibular que afetam as tarefas do cotidiano, necessitando de supervisões constantes (HERNANDEZ *et al.*, 2010).

Ainda assim, a intensidade, a frequência, a duração, o modo de execução e até mesmo o acompanhamento da progressão da prática de atividade física no lazer, deve ser feita a partir da prescrição indicada pelo professor ligado ao programa, ação ou projeto que ofereça prática corporal (BARROSO *et al.*, 2008).

Para a atividade física não seria diferente, é necessário o acompanhamento da prática dos exercícios para evitar lesões ou atender qualquer demanda para os usuários durante a execução e permanência nas academias.

A ausência de profissionais reflete negativamente nas características organizacionais dos órgãos gestores, devido a afetar diretamente a população, expondo que nem todas ACAL do município dispõem de facilidade a informações para a execução da prática de atividade física no lazer, oriundas do serviço de orientação e acompanhamento do professor de Educação Física.

A ocorrência indica que a população pode sofrer de efeitos danosos à saúde, pois o sujeito responsável, de acordo com o conhecimento científico, de ministrar, reconduzir e prescrever a prática de exercícios é o professor de Educação Física e não frequentadores mais experientes.

Uma ACAL sem a presença do professor torna-se uma limitação para atender a demanda diversificada da população, uma vez que os aparelhos instalados, devido a sua estruturação física, possuem acessibilidade restrita.

Tal situação reflete de forma negativa frente aos cumprimentos das diretrizes da PNPS, pois as propostas que utilizam a prática de atividade física no lazer como elemento mediador devem contemplar o máximo da população do determinado contexto, inclusive as diversidades biológicas, sociais e econômicas.

Schuh *et al.* (2015) analisam que o profissional deve realizar reconduções necessárias para que atenda as diversas faixas etárias, bem como as diferentes condições corporais.

Essa limitação de recursos humanos nas academias acarreta em uma prática de atividade física no lazer de maneira não supervisionada. Sem o professor na unidade, não é possível realizar a análise diagnóstica no usuário e nem a adequação dos

exercícios, uma vez que alguns usuários demandam de atenção especial, conforme o posicionamento do gestor:

“[...] a gente precisa de mais profissionais [...] lembrando que a população de Campo Grande é uma população hipertensa, uma população diabética, uma população obesa [...] mais profissionais de educação física para o acompanhamento da população” (ENTREVISTA GESTOR SESAU, p.4).

A não disponibilização ou inexistência do professor nas unidades deixam de privilegiar a população com informações eficazes. Pois é o professor de Educação Física que possui autonomia para estimular o indivíduo à adoção de ações preventivas e analisar as possibilidades de oferecer outras práticas de atividade física no lazer, tornando o espaço dinâmico, acessível e eficiente para a população.

Junior *et al.* (2015) indicaram que o professor de Educação Física possui bagagem acadêmica para a percepção e ação nas práticas assistenciais de prevenção e resultados diretos na baixa das incidências de agravos provenientes da inatividade física.

Em contrapartida, o professor de Educação Física na atuação dos espaços e equipamentos específicos de lazer constitui-se como uma importante estratégia de promoção e prevenção de doenças (PADILHA *et al.*, 2015).

A prática pedagógica do professor auxilia o indivíduo a obter maior qualidade e rendimento na prática de atividade física no lazer. Inclusive Falci e Balsário (2013) relatam que fortalece os vínculos propostos pela visão da saúde ampliada por promover práticas de proteção à saúde.

Em deferência às pontuações da PNPS, a presença do professor de Educação Física na atenção básica, assim como nas ACAL, promove uma intersetorialidade e interdisciplinaridade na área da saúde.

O reconhecimento normativo do professor de Educação Física perante a profissão de saúde é regulamentada pelas resoluções n. 287/98, nº218/97 e pela portaria 3.124/12. As justificativas da inclusão são respaldadas pela atuação do professor no estímulo da prática de atividade física no lazer e, conseqüentemente, as mudanças no

estilo de vida (FELIX *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2016, RODRIGUES *et al.*, 2013) para adesão do lazer fisicamente ativo.

Essa articulação profissional com a atenção básica resulta em diminuições dos procedimentos médicos, bem como a redução de complexidades no processo de saúde e doença na população que o SUS atende (FALCI; BALSÁRIO, 2013).

Desta forma, considerando os benefícios da prática de atividade física no lazer, os serviços do professor de Educação Física direcionados aos usuários podem atuar na redução de lesões e na proteção e prevenção das doenças e agravos relacionados à inatividade física, reduzindo os gastos com a saúde pública.

Estas comprovações são encontradas na literatura que analisam inclusão do profissional de Educação Física na atenção básica, como agente responsável de promoção da saúde por meio da prática corporal, concluindo evidências positivas no nível de atividade física da população (SCABAR *et al.*, 2012).

O professor de Educação Física é uma peça fundamental no processo de motivação à adesão de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer. O estímulo à orientação, o acompanhamento e as instruções corroboram com a efetivação da PNPS, inclusive no processo de educação em saúde nas ACAL devido aos aspectos objetivos e subjetivos adquiridos por meio da prática de atividade física no lazer.

Essa especificidade permite impactos em características que vão além da questão estética ou do bem-estar físico, envolvem conhecimento, proporcionam segurança, confiança e aspectos provenientes do bem-estar psicológico e social (SCABAR *et al.*, 2012).

Oliveira e Silva (2008) discorrem sobre a importância do profissional na qualidade de vida da população, pois, dentre a dimensão das áreas de conhecimento, é o professor de Educação Física responsável por orientar, acompanhar e prescrever a atividade física para os determinados sujeitos.

Corroboram também que a execução eficiente, segura e adequada de um gesto motor perpassa por uma orientação técnica, corretiva ou por reconduções que somente um professor de Educação Física poderia realizar (OLIVEIRA; SILVA, 2008) devido

ao conhecimento científico que envolva a totalidade do movimento humano podendo atender as particularidades de cada indivíduo.

Ferreira *et al.* (2003) realizaram uma análise dos efeitos de um programa de orientação de atividade física no lazer, resultando que a disponibilização do serviço fez com que os usuários atingissem maior eficiência durante a prática de atividade física.

O estudo de Hallal *et al.* (2009) reforça essa perspectiva, pois analisou a percepção dos profissionais de Educação Física que atuaram no PAC de Recife. Os professores relatam que o serviço de orientação e acompanhamento, além de oferecer atividades alternativas que podem suprir deficiências decorrentes da ausência da manutenção na aparelhagem, serve também como estímulo à população a praticar atividade física, devido às correções e adequações para cada sujeito frequentador.

Tanto que os 46,1% (127) que possuem acesso à orientação e acompanhamento em Campo Grande - MS relataram posicionamentos favoráveis sobre o serviço. Os frequentadores relatam impactos que a presença do professor provém como o incentivo, a correção de acordo com as particularidades de cada usuário e elogios à inovação de exercícios frente à aparelhagem disponível.

A ampliação do número dos professores de Educação Física além de proporcionar o serviço para os frequentadores das ACAL que não possuem orientação e acompanhamento, poderia impactar de forma positiva no empoderamento da população que tem acesso à prática pedagógica do profissional.

O empoderamento é proposto pela PNPS, o qual a população alcance autonomia frente às decisões e prática de atividade física na adesão de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer sem ignorar as condições sociais, econômicas, políticas e culturais em torno do seu próprio contexto.

Gomes *et al.* (2017) apontam que o fazer pedagógico da Educação Física nas estratégias de saúde que utilizem a prática de atividade física no lazer é voltado para o desenvolvimento da autonomia e repercussão de práticas de promoção da saúde.

Consequentemente, a presença do professor nas ACAL resulta na sensibilização, na autonomia e no incentivo à execução de exercícios, pois contribui com informações e

posicionamentos na tomada de decisão em aderir um estilo de vida fisicamente ativo no lazer.

Scabar *et al.* (2013) indicam que a prática do professor perante as ações do SUS, são pautadas na perspectiva da promoção da saúde onde a comunidade deve perpassar por um processo de capacitação para a melhoria da qualidade de vida.

A atividade física no lazer supervisionada apresenta maior índice de melhorias no desempenho e na manutenção motora como pode ser visto nas análises de Pauli *et al.* (2011) em idosos e dos Santos (2008) em adultos.

Por fim, ao considerar o conceito ampliado de saúde, a atuação profissional do professor de Educação Física nada mais é do que a superação do conceito fragmentado do processo saúde-doença em prática com a população. Justamente pelo professor possuir a capacidade interdisciplinar de atuar de maneira ativa frente à população.

O estímulo, a orientação, o acompanhamento e a instrução ressignificam o espaço público, em específico as ACAL, em ambientes promotores de educação em saúde, devido ao professor poder realizar a prática pedagógica com intuito reflexivo a liberdade de escolha e autonomia para a prática de atividade física no lazer, dentre as condições sociais, culturais e políticas do sujeito.

5.4 IMPACTOS DAS ACAL AO ESTILO DE VIDA FISICAMENTE ATIVO NO LAZER E PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Ao pesquisar os locais em que a população investigada utiliza para a prática de atividade física no lazer, constatou-se que as ACAL figuram como principal. Além das ACAL, percentual considerável sinalizou também a utilização dos parques. Dados presentes na página 101 no gráfico 5.

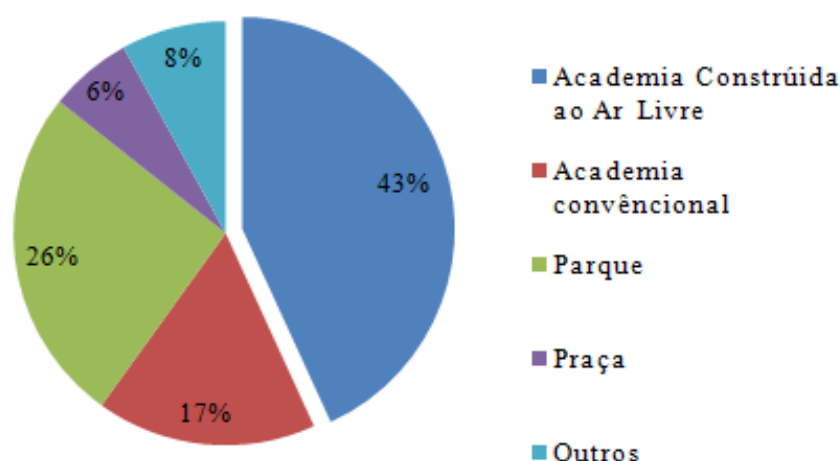


Gráfico 5. Locais de Prática de Atividade Física no Lazer dos frequentadores das ACAL na Cidade de Campo Grande - MS (n= 275).

Oliviera e Recchia (2009) perceberam em suas análises que os parques, praças espaços públicos que oferecem estruturas para fins contemplativos, acabam limitando as possibilidades da população em obter outras vivências daquele local.

Em Campo Grande-MS, algumas unidades são instaladas nestes espaços, os quais trazem a ressignificação do espaço público, atribuindo mais uma opção para a adesão do lazer fisicamente ativo.

No levantamento sobre a importância da existência das ACAL para a prática de atividade física no lazer, a maioria dos usuários (268) sinalizou sentir-se estimulado a realizar a prática de atividade física no lazer devido à existência das ACAL.

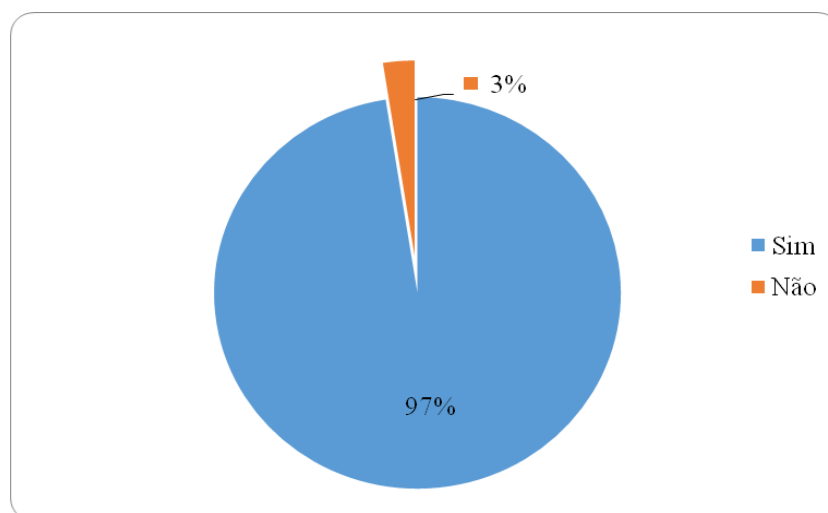


Gráfico 6. Estímulo das ACAL á pratica de atividade física no lazer – 2018 (n= 275).

As ACAL simbolizam ações de promoção de saúde principalmente por serem equipamentos específicos de lazer. Isso estimula a população à prática de atividade física no lazer.

Souza e Vendrusculo (2010) compreendem que os equipamentos específicos de lazer atuam como facilitadores à pratica de atividade física de lazer, inclusive, a prática nesse tipo de espaço, proporciona melhorias físicas, psicológicas tanto quanto como a melhoria em aspectos subjetivos como o bem estar e a convivência com pessoas focadas na manutenção da saúde.

Além disso, é um fator gerador de repercussões positivas nos cumprimentos das propostas referentes à PNPS. Os objetivos específicos da proposta preconizam a construção de espaços e equipamentos que promovam a prática de atividade física no lazer para a comunidade.

“VI- Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção da saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde[...] VIII- Contribuir para a elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem a melhoria de qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais” (BRASIL, 2006, p.17).

Ademais, é presente no eixo do pacto de defesa da vida (BRASIL, 2006) a inclusão, o aprimoramento e o acesso a informações pertinentes a educação em saúde com ênfase na prática de atividade física no lazer.

Malta *et al.* (2016) apontam que a PNPS estabelece ações com foco a promoção de hábitos para a adoção de um estilo de vida saudável, ofertando a prática da atividade física.

Dessa forma, as ACAL proporcionam a opção de promoção e manutenção da saúde no tempo de lazer e aumentam as chances da população exercer um dos direitos naturais estabelecidos pela Constituição, o direito à saúde.

Gieh *et al.* (2012) discorrem sobre a necessidade de existir mais estruturas facilitadoras à adoção da prática de atividade física no lazer nos espaços públicos, pois estes influenciam e atuam como incentivo para a população aderir um estilo de vida fisicamente ativo.

Como resultado, a preferência dos locais público como praças e parques são presentes no gráfico 5. Dados estes que fortalecem os resultados positivos promovidos pela construção de espaços públicos com equipamentos específicos para a prática de atividade física no lazer.

Não obstante, Balbé e Maciel (2017) constatam que incluir equipamentos facilitadores à prática de atividade física no lazer, além de promover melhorias no aspecto ambiental e estrutural da cidade, torna-se elementos que colaboram com a superação de barreiras ambientais e de acessibilidade. Em contrapartida, a ausência torna-se motivos limitadores à prática de atividade física no lazer pela população (BOSCATTO *et al.* 2011).

A não disponibilidade ou inexistência de espaço, assim como a precariedade de estrutura e infraestrutura de equipamentos específicos de lazer, tornam-se barreiras ambientais. Já as barreiras sociais figuram-se as condições políticas e econômicas do indivíduo, como exemplo, não possuir recursos financeiros suficientes para pagar uma academia particular.

Dados obtidos com a população adulta têm evidenciado que a falta ou limitações existentes no espaço público têm atuado como barreira, uma vez que tem limitado à prática de atividade física da população no lazer em 42% em Santa Catarina (LEGNANI; LEGNANI, *et al.*, 2017), 42% no Rio Claro (SEBASTIÃO, 2009) e 30,4% na Bahia (JESUS; JESUS, 2012).

É perceptível que a existência de um equipamento específico de lazer para a prática de atividade física no lazer em espaços públicos, como as ACAL, influencia a população a aderir a um estilo de vida fisicamente ativo no lazer.

A respeito desta questão, Simões *et al.* (2009) apontaram que os espaços que possuem as academias da cidade caracterizam como uma estratégia eficiente de promoção e saúde coletiva, pois em Recife, apresentou um aumento significativo no nível de atividade física no lazer da população.

Hallal *et al.* (2010) apontam as academias da cidade como facilitadoras para a prática de atividade física no lazer. Ainda, evidencia que esse tipo de programa causa impactos positivos na adesão de um estilo de vida fisicamente ativo.

Fernandes *et al.* (2015) concluíram que as academias da cidade, estimulam a prática de atividade física no lazer devido a potencialidade da ação de influenciar a mudança de hábitos, inclusive para população residente mais próxima do espaço.

Padilha *et al.* (2015) apresentam que as academias da saúde no Rio de Janeiro proporcionaram os efeitos esperados e auxiliaram no acesso a prática de atividade física no lazer, fortalecendo a participação da comunidade em projetos e programas de promoção da Saúde.

As ACAL acarretam mudanças no ambiente social, a criação de políticas de incentivo à prática de atividade física reflete nas mudanças de hábitos, bem como no ambiente físico, ao promover informações, recreação e entretenimento voltados à saúde em geral.

As pesquisas de Matsudo *et al.* (2006) concluem que os espaços que possuem equipamentos específicos de lazer se transformam em facilitadores para a prática de atividade física por atuar de maneira interventiva nas limitações intrapessoais, comportamentais e biológicas.

Ao tratar sobre os motivos de adesão da população campo-grandense à utilização das ACAL, pontuou-se a partir das justificativas dos usuários, categorias que podem ser conferidas na Tabela 4. Observa-se que 22,7% (61) figuram a melhoria da saúde como o principal motivo de uso das ACAL, ou seja, trata-se sobre os benefícios proporcionados pela prática de atividade física no tempo de lazer pelo uso dos aparelhos disponíveis.

Outro motivo sinalizado como responsável pela adesão à prática de atividade física no lazer nas ACAL foi a manutenção da saúde, sinalizado por 18,6% (50 da população usuária, categoria que engloba a utilização da atividade física no lazer como ferramenta de controle e prevenção de fatores de riscos negativos a saúde, assim como os aspectos positivos com a prática no lazer).

Tabela 4. Motivos de adesão às ACAL para a prática de atividade física no lazer em Campo Grande - MS- 2018 (n=275).

Variáveis	Nº.	%
Justificativas		
Melhoria da saúde	61	22,76%
Manutenção da saúde	50	18,65%
Proximidade	34	12,68%
Facilidade de acesso	28	10,44%
Socialização	25	9,32%
Acessibilidade financeira	24	8,95%
Ser ao ar livre	22	8,20%
Estímulo por terceiros	9	3,35%
Idéia das ACAL	6	2,23%
Estímulo pela existência	5	1,86%
Possuir orientação	4	1,49%

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Os usuários relatam a adoção da prática de atividade física no tempo de lazer devido aos efeitos preventivos sobre doenças e fatores que alterem o estado de saúde atual. Relatos como “faz bem para o corpo”, “faz bem para a mente”, “o controle de doenças”, “prevenção de doenças”, além do relato de fortalecimento das articulações, ossos e músculos são presentes.

Os relatos da população indicam ter percebido melhorias no desenvolvimento corporal, como a regularização da pressão arterial, dos níveis glicêmicos, no controle do peso corporal, na redução de medidas, bem como mudanças na disposição física, redução de dores corporais nas tarefas do cotidiano e um aumento na autoestima, indicando assim os impactos subjetivos da política de ACAL sobre a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e a percepção dos usuários sobre os efeitos à sua saúde.

Então, a prática de atividade física no lazer, mediada pela frequência regular nas ACAL, promovem melhorias nos aspectos físicos e psicológicos, que vão desde a

diminuição de dores físicas até o aumento da autoestima e disposição. Além disso, segundo Warburton *et al.* (2006) a prática de atividade física sistematizada promove a diminuição do estresse e da ansiedade recorrente ao aumento de endorfina. Os autores também relatam a melhoria na dilatação e no fortalecimento dos vasos sanguíneos, acarretando na regularização da pressão arterial.

A obtenção de um estilo de vida fisicamente ativo supera os prejuízos da insuficiência física, reduz o risco de doenças crônicas, circulatórias e respiratórias e atua como ator preventor e promissor frente às DANTS (OMS, 2014; SILVA *et al.*, 2014, GOLDNER, 2013).

A categoria proximidade, assinalada por 12,6% (34), se encontra relacionada à distância entre o local de prática de atividade física de lazer e o local de trabalho, da residência. A distância é entendida como uma percepção, logo, cada indivíduo possui suas considerações sobre o quanto gasta de tempo para realizar o deslocamento até determinado lugar para a prática de atividade física (LIMA *et al.*, 2013).

Estudos como o de Autran *et al.* (2012), Da Silva (2015) e Lee *et al.* (2016) apontam que a maior prevalência no nível de atividade física é associada a proximidade da residência perante aos espaços e equipamentos que proporcionam a prática de atividade física no lazer, indiferente da medida de distância.

Este fato pode ser percebido na categoria facilidade de acesso, apontada por 10,4% (28), presente Tabela 4, pois as ACAL em Campo Grande - MS trazem ressignificações ao espaço público e torna o ambiente propício à prática de atividade física no lazer.

Outro motivo de adesão relatado foi as atribuições dos aspectos sociais adquiridos pelo uso das ACAL. A categoria socialização, percebida por 9.3% (25), engloba efeitos benéficos pelo convívio proporcionado, tais como a importância dos vínculos sociais, o prazer por conhecer pessoas novas, o uso do diálogo e os impactos na saúde da população que se encontra na terceira idade.

O ato de socializar proporciona convívio social, ampliação da rede de contatos e equilíbrio emocional, acarretando em melhor qualidade de vida, principalmente para os idosos (BRAGA, 2011).

Gonçalves (2014) aponta que os equipamentos de lazer proporcionam aspectos sociais aos frequentadores, devido à dinamicidade provida pela própria construção e pelo fluxo urbano existente no espaço público.

Então, as ACAL promovem o processo de socialização, devido à integração entre grupos sociais. Wichmman (2013) compreende que a prática do processo comunicativo apresenta benefícios na relação interpessoal e no bem estar em virtude da partilha de experiências.

As unidades promovem um elo entre os cidadãos, indiferente das divergências de pensamentos e interesses existentes no ser humano. Os equipamentos específicos de lazer unem as diversidades existentes em interesses mútuos como a prática de atividade física no lazer, por muita das vezes, é comum a falta de interação entre a população até mesmo entre os moradores do mesmo bairro.

A interação social decorrente ao uso das ACAL dispõem aos usuários ao processo de convivência. Andrade (2010) aponta que o ato de conviver gera a troca e partilha de diferentes informações, conhecimentos e experiências.

Inclusive, é presente na Tabela 4 a categoria “estímulos por terceiros”, a troca de experiências gerada no ato de apropriação do espaço e utilização dos equipamentos para as pessoas que não praticavam atividade física no tempo de lazer, modificando o estilo de vida dos frequentadores.

Dessa forma, pessoas que aderem ao lazer fisicamente ativo influenciam o bem-estar de outros indivíduos por meio dos relatos pessoais e vivência com os benefícios da atividade física no lazer. Ainda mais nos espaços que possuem ACAL, pois permite a troca de diálogos, a convivência e partilha de experiência entre os usuários frequentes, visitantes e residentes próximos à região beneficiada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização dos espaços públicos com equipamentos específicos de lazer apresenta comprovações na literatura e resultados significativos no nível de atividade física da população, conforme analisado na literatura da dissertação.

Em conjunto com a proposta do Ministério da Saúde, as ACAL atuam como importante estratégia frente ao cenário de agravos na inatividade física recorrente na vida das pessoas, pois além de proporcionar opções na adesão de um estilo de vida fisicamente ativo, traz ressignificações ao espaço público.

A distribuição espacial das academias em Campo Grande/MS não apresenta padronização conforme vem revelado a literatura, a qual indica a localização dos equipamentos de lazer no centro das cidades, dispondo de organização própria, estabelecida com base no tamanho populacional de cada região da cidade, o que se mostra positivo, pois ter equipamentos distribuídos de maneira democrática, equiparados ao fluxo populacional impacta em maior estímulo à adesão de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer, pois ao equiparar a população das regiões com o número de academias,

Em relação à gestão dos órgãos municipais das ACAL, é necessária a construção de um mecanismo eficiente de controle e fiscalização das unidades, uma vez que somente com a entrevista não foi possível identificar com exatidão qual órgão é responsável por cada academia na cidade.

Sugere-se uma atenção especial à infraestrutura básica presente nas academias. A instalação de mais bebedouros, vestuários e lixeiras, além de acarretar maior conforto aos usuários, auxilia processo de limpeza e sustentabilidade do ambiente. A implantação de uma cobertura, ou de uma área coberta, conforme modelo do PAS, contribui para a melhor durabilidade da aparelhagem disponível e proteção para os usuários das chuvas, dos horários em que o sol se encontra mais forte e outros fatores climáticos que afetam a prática de atividade física no lazer.

Ainda, vale ressaltar a infraestrutura e o estado da aparelhagem disponível dos órgãos, os quais necessitam de ações de restauração do espaço, pois, das 53 unidades

disponíveis em Campo Grande-MS, 37 (69,8%) possuem pelo menos um aparelho em estado não satisfatório para o uso.

Logo, o investimento na adequação e revitalização do ambiente e nos equipamentos existentes para a prática de atividade física é fundamental para atingir maiores impactos positivos na adesão de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer necessitando de maior atenção na cidade de Campo Grande-MS.

Sobre a organização dos recursos humanos, é explícita nos dados analisados a precariedade do quadro de professores para atuar no processo de orientação e acompanhamento, sendo esse serviço exclusivo para algumas academias no município. Mesmo sendo exclusivos para algumas academias, os horários de atendimento não promovem o acesso da população em diferentes períodos do dia.

É primordial que a prática da atividade física nesses espaços seja orientada e supervisionada por professores de Educação Física, pois é o professor de Educação Física que detém o conhecimento necessário para a prescrição, correção e acompanhamento da prática dos exercícios, pois além de limitar o serviço aos frequentadores que necessitam de atenção diferenciada, a maioria dos usuários tem realizado os exercícios por conta própria ou utilizam meios de informações não tão eficientes quanto o professor.

Não somente, a prática pedagógica do professor de Educação Física torna-se um relevante elemento mediador ao oferecer informação, incentivo e reforço à prevenção de agravos relacionados à inatividade física com a adesão do lazer fisicamente ativo. O aumento do quadro dos professores possibilita reconduções à população frequentadora a obter maior rendimento motor possível, refletindo na saúde física, psicológica e social, conforme citado pelos usuários que possuem acesso à orientação profissional.

Para o público que possui acesso ao serviço, a maioria da população não possui autonomia suficiente para a execução da prática de atividade física no lazer de maneira adequada tanto quanto possui segurança somente com o acompanhamento. Esta prevalência poderia ser menor, se os professores pudessem permanecer por mais tempo nas unidades espalhadas no município podendo realizar o serviço de forma pontual e efetiva com a população frequentadora.

Compreender qual agrupamento muscular cada aparelho trabalha reflete em uma prática consciente, na qual os próprios indivíduos podem traçar as suas limitações referentes ao seu corpo, corroborando com a autonomia para a prática de atividade física no lazer, assim como a presença do profissional transmite bem-estar aos usuários para executar a prática de maneira segura.

A necessidade da contratação de novos professores de Educação Física para atender à demanda dos usuários nas ACAL é urgente. Dentre as políticas municipais existentes, poderia ser incluso a contratação de professores de Educação Física para atuação exclusiva nas ACAL, assim como é em outros locais do estado, como em Sonora-MS, aumentando a disponibilidade do serviço nas unidades locais.

Ainda, a ampliação do serviço de orientação poderia reverter o quadro de dados encontrados como a falta de informação, a não compreensão da prática dos exercícios, os relatos sobre a dificuldade de execução perante a necessidade de orientação corretiva, realizando reconduções com as dificuldades e limitações em melhorias para maior eficiência motora, proporcionando segurança para a população que necessita de acompanhamento e contribuindo com a autonomia do indivíduo para a prática de atividade física no lazer.

Cabe aos atores políticos da gestão municipal, dar suporte aos órgãos responsáveis no quesito de criar ações, programas, projetos e estratégias para o aumento do quadro de professores de Educação Física, visando maiores impactos frente à adesão do estilo de vida fisicamente ativo no lazer.

Na busca de soluções faz-se necessária a criação de uma política intersetorial. Esse tipo de prática promove a integração de diferentes áreas, superando a fragmentação de ações, pois considera todas as especificidades ao criar articulações dentre as diferentes temáticas necessárias para atuar frente aos problemas públicos e atingir maior eficiência aos objetivos propostos (AZEVEDO *et al.*, 2012).

A intersetorialidade acaba agregando a multiplicidade das áreas em torno das políticas de saúde ao considerar a amplitude de sua prática em sociedade e ainda, corrobora com a garantia do direito ao esporte e lazer (BONALUME, 2010), umas das especificidades política das academias.

Implantar ACAL em espaços públicos como escolas e universidades podem contribuir com a durabilidade e amplificação da utilização da aparelhagem, tendo em vista que esses âmbitos já possuem fiscalização para a estrutura física e criam articulações setoriais. Na escola, o professor de Educação Física pode utilizar os aparelhos para a sua prática pedagógica e na universidade a utilização como campo de pesquisa.

Por fim, a intersetorialidade aplicada à gestão das ACAL, também podem gerar impactos positivos para a sociedade, pois as integrações das áreas da saúde aperfeiçoam a eficiência e a eficácia de suas ações (CUSTÓDIO; SILVA, 2015), correspondendo aos objetivos estabelecidos pela proposta.

Mesmo com os fatores negativos observados em relação à infraestrutura e ausência de orientação na maioria dos espaços, as ACAL em Campo Grande/MS na percepção dos usuários, apresentam mais repercussões positivas do que negativas, pois parte considerável dos usuários sinalizaram benefícios no aumento da autoestima e melhorias no bem estar social, assim como relataram sentir-se menos estressados após a prática de atividade física no lazer e maior eficiência na execução de tarefas motoras recorrentes a rotina.

Os usuários também pontuam a localidade das ACAL, em específico a proximidade e a facilidade de acesso por ser instalada em espaços públicos, como fatores facilitadores à prática de atividade física no lazer. Em relação aos locais e aos locais de instalação das ACAL, é relatado que as unidades figuram de maneira eficiente frente às barreiras sociais, pois os indivíduos não possuem privação de pagar pelo uso dos aparelhos ou pela frequência e utilização da aparelhagem disponível, oportunizando acessibilidade financeira.

Ademais, a utilização das ACAL como instrumento socializador entre os usuários, o reforço do convívio entre as pessoas do mesmo contexto demográfico, o estímulo de pessoas que já realizam a prática a indução de novos usuários e até mesmo as características subjetivas agregadas pela diversidade existentes de usuários por academia atuam como um facilitador na prática de atividade física de lazer e consequentemente influenciam a população a aderir a um estilo de vida fisicamente ativo no tempo de lazer.

A construção de espaços e equipamentos específicos de lazer oriundos de ações de promoção e manutenção da saúde como as ACAL, proporciona condições de mobilidade, acessibilidade, convivência e melhoria em aspectos físicos, psicológicos e sociais, consequentemente resultando em impactos positivos na adesão de um estilo de vida fisicamente ativo no lazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE NOTÍCIAS. **Inauguração da primeira unidade da Academia da Terceira Idade em Maringá.** Disponível em: < <http://www.vermelho.org.br/noticia/1084-1>> Acesso em : 20. Jan. 2017.

ALBUQUERQUE, Anelise Salazar; TROCOLLI, Bartholomeu Torres. Desenvolvimento de uma escala de bem estar subjetivo. **Psicologia: teoria e pesquisa.** v.20. n.2. p-153-164, 2004.

ALLEN, Marcia Stela; MARCELLINO, Nelson Carvalho. Espaços e equipamentos públicos de esporte e lazer em Praia Grande/SP observações iniciais acerca da democratização. 2010. Disponível em: < <http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/8mostra/5/337.pdf>> Acesso em: 21. Mai. 2018.

ALVES, Cathia; SILVA, Debora Alice; SARTO, Karina; MARCELLINO, Nelson Carvalho. Lazer, Políticas Públicas não governamentais e estudos conceituais, na revista **licere**. **Revista Educação Física / UEM.** v.23, n.2, p-239-249, mar/maio. 2012.

ALVES, João Guilherme Bezerra. Atividade física em crianças: promovendo a saúde do adulto. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 5-6, 2003.

ANDERSON, Lars bo *et al.* All cause Mortality Associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. **Arch Intern Med.** v.160, n.1, p.1621-1628, 2000.

ANDRADE, Sonia Maria de Oliveira. **A pesquisa científica em Saúde: Concepção, execução e apresentação.** 1.ed.UFMS, 2015.

ARAUJO, Carolina Dutra; CANDIDO, Debora Regina; LEITE, Marvio Fonseca. Espaços públicos de lazer: um olhar sobre a acessibilidade para portadores de necessidades especiais. **Licere.** v.12, n.4, p. 1-43, dez/ 2009.

ARAUJO, Denise Sardinha Mendes Soares de; ARAUJO, Claudio Gil Soares de. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 6, n. 5, p. 194-203, Oct/ 2000.

ASSIS, Lenilton Francisco. Turismo de segunda residência: a expressão espacial do fenômeno e as possibilidades de análise geográfica. **Revista Território.** v.7, n. 11, p.107-120, set/out, 2003.

AULETE, Caldas. **Significado de Completo.** Dicionário contemporâneo da língua portuguesa. Disponível em: < <http://www.aulete.com.br/completo>> Acesso em : 02. Jan. 2018.

AULETE, Caldas. **Significado de Locomoção.** Dicionário contemporâneo da língua portuguesa. Disponível em: < <http://www.aulete.com.br/locomocao>> Acesso em : 02. Jan. 2018.

AULETE, Caldas. **Significado de Subjetivo**. Dicionário contemporâneo da língua portuguesa. Disponível em: < <http://www.aulete.com.br/subjetivo> > Acesso em : 02. Jan. 2018.

AUTRAN, Roseanne Gomes *et al* . A associação entre a proximidade a equipamentos desportivos e a prática de atividade desportiva em adolescentes de 13 anos de idade do Município do Porto, Portugal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 549-558, Mar. 2012.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi; WESTPHAL, Maria Faria. Práticas intersetoriais nas políticas. **Revista de Saúde Coletiva**. v.22, n.4, p. 1333-1356, 2012.

AZZINI, Eduardo de Paula. **Espaços e equipamentos públicos de lazer esportivo: Acessibilidade da pessoa com deficiência**. 2013. 125f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)- Faculdade de Ciências da Saúde, Piracicaba, 2013.

BACKERS, Marli Terezinha Stein *et al*. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem**, v.17, n.1, p 111-117, Jan/Mar, 2009.

BARROSO, Weimar Kunz Sebra *et al*. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.54, n.4, p.328-333, 2008.

BARROS, Kristiane Mesquita Franchi; JUNIOR, Renan Magalhães Montenegro. Atividade física: uma necessidade para a boa a saúde na terceira idade. **Revista Científicas de America Latina y el Caribe**. v.18, n.3, p.152-156, 2005.

BERNARDES, Lais Evêncio *et al*. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em universitários. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1115-1121, abr./jun.2015.

BOBBIO, Norberto. MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**, 11. Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

BONALUME, Claudia Regina. **O esporte e o lazer na formulação de uma política pública intersetorial para a juventude: a experiência do pronasci**. 2010. 215f. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Programa de Pós Graduação em Educação Física. Universidade de Brasília- UNB, Brasília, 2010.

BOSCATTO, Elaine Caroline; GOMES, Marcius de Almeida; DUARTE, Maria de Fátima da Silva. Estágios de mudança de comportamento e barreiras para a atividade física em obesos mórbidos. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum**, v. 13, n. 5, p. 329-334, 2011.

BOSI, Maria Lucia Magalhães; MARTINEZ, Francisco Javier Mercado. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo- participativo. **Revista Saúde Pública**. v.44, n.3, p.566-570 Dez/Mar, 2010.

BRAGA, Maria Cecília Portugal *et al.* Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em juiz de fora/MG. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 14, n. 1, p.93-100, 2011.

BRAMANTE, Antonio Carlos. **Lazer**: concepções e significados. **Licere**, v.1, n.1, p.9-17, 1998.

BRASIL, Governo Federal. **Expectativa de vida no Brasil**. 2017 . Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2016/12/expectativa-de-vida-no-brasil-sobe-para-75-5-anos-em-2015>> Acesso em: 10. Jun. 2017

BRASIL, Lei complementar nº141, De 13 de Janeiro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 de Janeiro de 2012. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm> Acesso em : 21. Mar. 2015.

BRASIL, Lei n.8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 de Setembro de 1990. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em : 21. Mar.2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8º Conferência Nacional de Saúde** : Relatório Final, 1986. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 02. Jan. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. 1. ed. Brasília, 2013.

BRASIL, **Parâmetros Curriculares Nacionais**, Ministério da Educação, 1998. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf>. Acesso em : 02. Jan. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Academia da Saúde**. 1.ed : Brasília. Biblioteca Virtual em Saúde do ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf> Acesso: 30.Set.2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. 1.ed: Brasília. Secretária de Vigilância em Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Atividade Física**. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_atividade_fisica.pdf>. Acesso: 30. Set. 2016.

BRASIL, Portal da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico**. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/673-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao->

transmissiveis/12-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14128-vigitel-2006-a-2013>
Acesso em: 25. Jul. 2017.

BRASIL, Portaria Nº 2.446, 11 de Novembro de 2014. **Redefine a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS)**. Disponível em: <
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html> Acesso em : 16. Mai. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 48. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. 1. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)**. 1. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)**. 1. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)**. 1. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)**. 1. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)**. 1. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações sobre a nova portaria do programa Academia da Saúde**. 1.ed. Brasília, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza . **Políticas de Saúde no Brasil** in MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 1. Ed: Cortez Editora, 2006.

BRITO, Annie Mehes Maldonado. **Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres**. 188f. Dissertação de mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, fev./mar. 2007.

CAMARA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ, Csma. Projeto que prevê professor de Educação Física nas Academias ao ar Livre. Disponível em: < http://www.cmsandre.sp.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1679:projeto-que-preve-professor-de-educacao-fisica-nas-academias-ao-ar-livre-e-aprovado&catid=13:noticias-em-destaque&Itemid=49> Acesso em: 06. Ago. 2018.

CAMARGO, Luiz Octávio Lima. **O que é lazer**. 1.Ed: Brasiliense : São Paulo. [100p.].

CANABRAVA, Karina Lucia Ribeiro *et al.* Prevalência de Comportamento Sedentário e Inatividade Física entre Adolescentes do Sexo Feminino no Município de Viçosa. **Journal of Management & Primary Health Care**. v,7, n.1, p-1. 2016.

CAPDEBOSCQ, Marjorie Catherine. **Políticas Públicas de Promoção da Saúde e da Atividade Física**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Educação Física. Universidade Estadual de Londrina, 2014.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. **A política de acesso á agenda governamental**. 8º Encontro da ABCP, 2012. Disponível em: < <https://cienciapolitica.org.br/system/files/documentos/eventos/2017/02/politica-acesso-agenda-governamental-196.pdf>> Acesso em : 16. Jan. 2018.

CAPÍ, André Henrique Chabaribery. Lazer e esporte nos clubes social- Recreativos de Araraquara. **Licere**. v.9, n.2, p.113-120, 2006.

CAPISTRANO, Fernanda Carolina *et al.* Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. **Cogitare. Enfermagem**.v.18, n.3. p 468-474, Fev/Jul, 2013.

CARVALHO, José Luiz Felício; FARIA, Marina Dias de. Serviços de Lazer turístico e inclusão social: restrição ao consumo para pessoas com deficiência motora. **Revista Acadêmica**. v.3, n.1, p. 1-22, set. 2010.

CARVALHO, Ailton Mota de. Políticas sociais: afinal do que se trata. **Revista Agenda Social**. v.19, n.3, p-73-86, Set/Dez, 2007.

CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula Tavares; ALVES, Maria Dalva Santos; BAROSSO, Maria Gracileira Teixeira. Adolescência, Álcool e Drogas: Uma Revisão na Perspectiva da Promoção da Saúde. **Revista Enfermagem**. v.12, n.3, p. 555-59, set/2008.

CEBES, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. O direito da saúde é um direito humano inadiável. **Saúde em debate**, v.34, n.84, p.4-11, Jan/Mar. 2010.

CHAN, Catherine; RYAN, Daniel. Assessing the effects of Weather Condition on Physical Activity Participation Using Objective Measures. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v.6, n.10, p. 2639- 2654. Oct/ 2009. Disponível : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790098/>> Acesso em: 21. Mai. 2018.

CHERKAS, Lynn *et al.* The association Between Physical Activity in Leisure Time and Leukocyte Telomere Length. **Arch Intern Med.** v.168, n.2, p. 154-158, 2008.

CLEMENTE, Ana Cristina Fernandes; STOPPA, Edmur Antonio. Políticas Públicas de Turismo e Lazer do Orgão Oficial de Turismo na Cidade de São Paulo. **Revista Rosa dos Ventos e Turismo e Hospitalidade.** v.10, n.2, p.335-369, 2018.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; FILHO, Naomar de Almeida. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências e Saúde.** v.9, n.2, p-315-33, Mai/Ago, 2002.

COSTA, Bruna Vieira de Lima *et al.* Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & saúde coletiva**, vol.18, n.1, p.95-102, 2013.

COSTA, Bruna Viera de Lima. **Alimentação e ambiente alimentar no território do programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.** Tese (Doutorado em Saúde e enfermagem)- Universidade Federal de Minas Gerais- Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2015.

COSTA, Dayanne da. *et al.* Índice de qualidade da dieta de mulheres usuárias de um programa de atividade física regular" Academia da Cidade", Aracajú, SE. **Revista de nutrição**, v.25, n.6, p. 731-741, nov/dez, 2012.

COSTA, Homero de Oliveira. Democracia e participação na teoria pluralista. **Revista Cronos**, v.8, n.1, p.215-228, Jan/Jun, 2007.

COUTO, Ana Claudia Porfírio; SILVA, Rafael Frois. **As cidades modernas e a centralização dos equipamentos de Lazer:** O caso de Belo Horizonte no Brasil. 2009. Disponível em: <
https://rafaelfrois.files.wordpress.com/2009/09/artigo_belo_horizonte_e_a_centralizac3a7c3a3o_equipamentos_lazer.pdf> Acesso em: 16. Mai. 2018.

CRAWFORD, Duane; GODBEY, Geoffrey. Reconceptualizing barriers to family leisure. **Leisure Sciences.** v.8, 1987. Disponível em : <
<http://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/01490408709512151?scroll=top&needAccess=true>> Acesso em : 02. Jan. 2018.

CRUZ, Danielle Alencar; ALBUQUERQUE, Georgia; DAMASCENA, Wilson. **Programa Academia da Cidade do Recife:** minimizando contrastes sociais. Disponível em:< <http://dssbr.org/site/experiencias/programa-academia-da-cidade-do-recife-minimizando-contrastes-sociais/>> Acesso em: 20. Jan. 2017.

CUSTÓDIO, Andre Vianna; SILVA, Cícero Ricardo Cavalcante. **A intersectorialidade nas políticas públicas sociais.** XI Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. Disponível em:
<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/viewFile/14264/2708>
Acesso em : 27. Mai. 2018.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2.ed. Fiocruz, 176p, 2009.

DA SILVA, Rosane C. Rosendo; MALINA, Robert M. Nível de Atividade Física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v.16, n.4, p.1901-1097, out/dez, 2000.

DA SILVA, Emelia Amélia Pinto Costa *et al.* Políticas Públicas de Lazer: discutindo espaços e equipamentos nas comunidades de bairro de Campina Grande/PB. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte. Bahia, 2009.

DA SILVA, Jorge Luiz Lima. Educação em saúde e promoção da saúde: a caminhada dupla para a qualidade de vida do cliente. **Informe-se em promoção da saúde**. v.1, n.1.p.03. Jul/Dez. 2005.

DA SILVA, Shana Ginar *et al.* Deslocamento para o trabalho e fatores associados em industriários do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/3488.pdf> > Acesso em : 18. Jan. 2018.

DA SILVA. Shana Ginar *et al.* Fatores associados a inatividade física no lazer e principais barreiras na percepção de trabalhadores da indústria do sul do Brasil. **Cad. Saúde.Pública**. v.27, n.2, p.249-259, Fev. 2011.

DE OLIVEIRA, Diego Marafiga. **Academia ao Ar Livre como política pública de esporte**: um estudo sobre participantes desse formato específico de academia na cidade de Santa Maria-RS, 2015. Disponível em : < http://eventos.livera.com.br/trabalho/98-1021171_19_06_2015_07-20-28_6723.PDF > Acesso em : 21. Mar. 2017.

DE SÁ, Rodrigues *et al.* O Programa academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p-1849-1859, 2016.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária a Saúde**. 1.ed: São Paulo. Universidade Federal de São Paulo, 25p, 2011.

DIAS, Douglas Fernando; LOCH, Matias Roberto; RONQUE Enio Ricardo Vaz Barreiras percebidas à prática de atividades físicas no lazer e fatores associados em adolescentes. **Ciência saúde coletiva**, v.20, n.11, p. 3339-3350, maio. 2015.

DINIZ, Fernanda; MOTTA, Paulo Cesar. Em busca de um modelo de restrição ao lazer para os consumidores de mais idade. 30º Encontro da ANPAD, 2006. Disponível em: < <http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-mkta-2126.pdf> > Acesso em : 02. Jan. 2018.

DOS SANTOS, Luciana Alves. **Atividade física e morbidade cardiovascular referidas pelos gerentes e diretores de uma indústria automobilística**: influência de um programa de condicionamento físico supervisionado. 2008. 144f. Tese (Doutorado em Ciências Naturais)- Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2008.

DRAIBE, Sônia; Riesco, Manuel. Estado de Bem-Estar, **Desenvolvimento Econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea**. In: Hochman, Gilberto; Arretche, Marta; Marques, Eduardo (Org.). Políticas Públicas no Brasil. 1. Editora: Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007

DUCA, Giovani Firpo Del. **Indicadores Sociodemográficos da atividade física nos seus diferentes domínios em adultos de Florianópolis- Santa Catarina**. 2013. 155f. Tese (Doutorado em Educação Física). Programa de Pós Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Florianópolis, 2013.

DUNCAN, Bruce Bartholow *et al* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.1, p.126-137, mar./nov. 2012.

DUMITH, Samuel. Physical activity in brazil: a systematic review. **Caderno de Saúde Pública**. v.25, n.3, p. 415-426, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s3/07.pdf>> Acesso em : 22. Out. 2018.

FALCI, Denise Mourão; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de Educação Física na atenção primária á saúde e os desafios em sua formação. **Comunicação Saúde Educação**. v.17, n.47, p. 885-899, out/dez, 2013.

FALEIROS, Vincente de Paula. **O que é política social**. 5.ed. Brasiliense. São Paulo, 1991 [81p.]

FARLEX, Medical Dictionary. **Health Status**. 2017. Disponível em: < <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+status>> Acesso em : 02. Jan. 2018.

FERNANDES, Amanda Paula *et al*. Atividade física de lazer no território das Academias da Cidade, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: o efeito da presença de um programa da saúde na comunidade. **Caderno de Saúde Pública**. v.31, n.1, p.1-13, 2015.

FERNANDES, Erica Aparecida de Oliveira; MARCELLINO, Nelson Carvalho. **Equipamentos de lazer e esporte: processo histórico de construção manutenção e animação em cidade sede da região metropolitana II áreas de lazer e bosques**. IV mostra acadêmica Unimep. 2006. Disponível em: < <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/481/406>> Acesso em: 22. Out. 2018.

FERRAREZI. **Políticas Públicas**. 2.ed: Brasília. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 2006.

FERREIRA, Joel Saraiva. **O percurso da Saúde pública no Brasil: do empirismo a promoção de saúde**. 1. ed: Editora UFMS, Campo Grande, 2016. [68 p.]

FERREIRA, Joel Carlos Valcanaia; FERREIRA, Joel Saraiva; LIMA, Ana Cristina Gomes. O profissional de Educação Física na assistência à saúde no SUS: experiência do município de Campo Grande-MS. **Revista Saúde em Redes** (ISSN 2446-4813). Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida. v.2, n.1, Suplemento, 2016.

FERREIRA, Joel Carlos Valcanaia; FERREIRA, Joel Saraiva. Atuação dos profissionais de Educação Física na atenção primária à saúde. **Caderno de Educação Física e Esporte**. v.15, n.2, p.105-113, jul/dez, 2017.

FERREIRA, Marcela *et al.* Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre a ingestão alimentar e composição corporal de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**. v.11, n.1, p.35-40, 2013.

FERREIRA, Talitha Bonini *et al.* A inserção do profissional de Educação Física nos núcleos de apoio a saúde da família: visão dos profissionais. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.21, n.3, p.228-236, 2016.

FELIX, Raphaelly Machado *et al.* Reflexões sobre a inserção do profissional de Educação Física na atenção básica. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**. v.1, n.1, p.77-84, 2016.

FIGUEREIDO, Marcus Faria; FIGUEREIDO, Angelina Maria Cheibub. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Análise & Conjunto, Belo Horizonte**. v.1, n.3, p.107-127, Set/Dez, 1986.

FINOTTI, Marcelo Abib. **Estilo de vida**: Uma contribuição ao estudo da Segmentação de Mercado, 2004. 176f. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade / USP, São Paulo, 2004.

FLORINDO, Alex Antonio; HALLAL, Pedro Curi.; MOURA Erly Catarina.; MALTA, Deborah Carvalho. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.2, p. 65-73 nov./ago. 2009.

FLORINDO, Alex Antonio; LATORRE, Maria do Rosario Dias. Validação e reprodutibilidade do questionário de Baecke de avaliação da atividade física habitual em homens adultos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v.9, n.3, p. 121-128 mai/jun, 2003.

FORBES, **The year in Healthcare Charts**, 2013. Disponível em: < <https://www.forbes.com/sites/danmunro/2013/12/29/2013-the-year-in-healthcare-charts/#7249158f13d1>> Acesso em: 20.Mar. 2018.

FREITAS, Andreza Rocha de; DAMBRÓS, Tania Aparecida. A participação popular e as políticas públicas no ordenamento das Cidades: O caso de São Bento do Sul. **Revista Cesumar Ciências humanas e Sociais aplicadas**. v.19, n.2, p.389-408. Jul/Dez, 2014.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 21, 2000.

FUNESP, Fundação Municipal de Esporte. **Projeto Lazer e Cidadania**. 2018 Disponível em : <http://www.campogrande.ms.gov.br/funesp/projeto-lazer-e-cidadania/> Acesso em : 02. Jan. 2018.

FUNESP. Fundação Municipal de Esporte. **Programa Movimenta**. 2016. Disponível em:< <https://www.campogrande.ms.gov.br/funesp/artigos/movimenta-campo-grande/> > Acesso em: 06. Jun. 2016.

GABRIEL, Peet Kelley *et al.* Framework for physical activity as a complex and multidimensional behavior. **Journal of Physical Activity and Health**. v. 9, n. 1, p. 11-18, 2012.

GOLDNER, Leonardo Junio. Educação Física e saúde: **Benefício da atividade física para a qualidade de vida**, 2013.Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Educação Física) 2013. [24f.]

GOMES, Cristian Saar. **Determinantes ambientais da prática de atividade física no lazer: uma análise multinível**. 2015. Tese de Doutorado (Doutorado em Educação Física). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

GONÇALVES, Felipe Sobczynski. Espaços e equipamentos de lazer da Vila Nossa Senhora da Luz: Suas formas de apropriação no tempo/espaço de lazer. **Licere**. v.17, n.3, set, 2014.

GUEDES, Dartagnam Pinto. Programa Academia de Saúde: ação para incrementar a prática de atividade física na população brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v.16, n.3 p.1-2, 2011.

GUEDES, Dartagnan Pinto. Educação para a saúde mediante programas de educação física escolar. *Motriz*, v. 5, n. 1, p. 10-14, 1999.

GUTIERREZ, Gustavo Luiz. **Qualidade de vida em propostas de intervenção corporativa**. 1.Ed: Campinas- São Paulo, 2007. [232p].

HALLAL, Pedro Curi *et al.* Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**. n.380, p.247-257, 2012.

HALLAL, Pedro Curi *et al.* Avaliação Quali-Quantitativa do Programa Academia da Cidade, Recife (PE): Concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saude**. v.14, n.1. p.9-14, 2009.

HALLAL, Pedro Curi *et al.* Avaliação quali-quantitativa do programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 9-14, 2012.

HALLAL, Pedro Curi. Academia da Saúde: mais um passo na direção certa. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 2, p. 92, 2012.

HALLAL, Pedro Curi. *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**, v. 26, n. 1, p. 70-78, 2010.

HEGENBERG, Leonidas. **Doença**: um estudo filosófico. 1.Ed. Friocruz, Rio de Janeiro, 1998, [137 p.]

HEIDEMANN, Francisco; SALM, José Francisco. **Políticas públicas e desenvolvimento: Bases Epistemológicas e modelos de análise**. 2º. ed. Brasília : Universidade de Brasília, 2010.

HERNANDEZ, Salma *et al.* Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v. 14, n.1, p.68-74, jan/set/ 2010.

HOEFEL, João Luiz de Moraes; NALI, Maria Cristiane. Estilo de vida e construção de seu viver: alterações socioambientais e qualidade de vida no município de Atibaia-SP. **Revista Técnico Científica da Faculdades Atibaia**. v.1, n.13, p. 153-176.

HOPLING, Eloisa de Matos. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Cadernos Cedes**. ano XXI, nº 55, p.31-41, nov. 2001.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama de Campo Grande. 2018. Disponível em : < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama>> Acesso em: 21. Mai. 2018.

IEPSEN, Alice; SILVA, Marcelo. Perfil dos frequentadores das academias ao ar livre da cidade de Pelotas-RS. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 4, p. 413, 2015.

JESUS, Gilmar Mercês; JESUS, Fernando Almeida. A. Nível de atividade física e barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v.34, n.2, p. 433-448, abr./jun. 2012.

JUNIOR, Mauricio da Costa Silvestre; SILVA, Izadora Corrêa; COSTA, Andréia Aparecida. **Espaços de lazer e cultura na cidade de Espera Feliz-MG**.II Jornada de Iniciação Científica. 2017. Disponível em: < <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/481/406>> Acesso em: 21. Mai. 2018.

JUNIOR, Tadeu de Alves *et al.* Auto-percepção do papel do profissional de educação física no combate a obesidade: estudo piloto. **Motricidade**. v.12, n.1, p.30-41, 2016.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **Políticas públicas sociais**. Centro de estudos sobre desigualdade e desenvolvimento (CEDE). Disponível em: < <http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/TD92.pdf>> Acesso em: 01. Nov. 2016.

KRUG, Rodrigo.; LOPES, Marize Amorin.;MAZO, Giovanna Zarpellon. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas fisicamente. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.21, n.1, p. 57-64, jan./fev. 2015.

LACERDA, Cícero de Souza; CRUZ, Rodrigo Wanderley de Souza. Recriando e aprendendo através dos interesses do lazer. **Revista Campo do Saber**. v.1,n.2, p. 44-52. jul/dez, 2015.

LEÃO, Higo Paraday Paraíso *et al.* Qualidade de Vida e Nível de Atividade Física de trabalhadores com diferentes tempo de serviço. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.15, n.1, p.31-38, 2011.

LEE, Sang Ah *et al.* The relationship between sports facility accessibility and physical activity among Korean adults. **BMC Public Health**. v.16, n.1, p. 893, 2016. Disponível em : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5002151/>> Acesso: 21. Maio. 2018.

LEGNANI, Elton; LEGNANI, Rosimeide Franciso. Nível de atividade física e barreiras percebidas pelos alunos do Mestrado de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina: um estudo de caso. 2017. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd91/alunos.htm>> Acesso: 10. Jul. 2018.

LIMA, Josivaldo de Souza *et al.* Mudanças no deslocamento para o trabalho e na atividade física da população de três municípios da região de São Paulo nos anos de 2000 e 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 20, n.2, p.274-285, abr/jun 2017.

LIMA, Alex Vieira *et al.* Distância percebida até as instalações de lazer e sua associação com a prática de atividade física e de exercícios em adolescentes de Curitiba, Parana, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v.29, n.8, p. 1507-1521, Ago, 2013.

LIMA, Dartel Ferrari de; LEVY, Renata Bertalezzi; LUIZ, Olinda do Carmo. Recomendações para atividade física e saúde: consensos , controvérsias e ambigüidades. **Rev Panam Salud Publica**. v.36, n.3, Mai/Ago, 2014.

LIMA, Fabio Luis Ribeiro de. Percepção do esforço em idosos nas academias ao ar livre. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFE)**, v. 7, n. 37, p. 7, 2013.

LUCHESE, Patrícia. Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública. 1. Ed: Bireme. São Paulo, 2004 [90p.]

MACHADO, Wagner de Lara; BANDEIRA, Denise Ruschel. Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. **Estudos de psicologia**, v. 29, n. 4, p. 587-595, Dec. 2012

MAGALHÃES, Dulce Maria. A sociedade perante o lazer, Geração do lazer ou do não-sei que fazer ? Sociologia: **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 1, n. 1, p. 165-174, 1991.

MACIEL, Amarildo Custodio; BALBÉ, Giovane Pereira. Presença e qualidade de estruturas para a prática de atividade física em espaços públicos de lazer. **Do corpo: Ciências e Artes**. v.7, n.1, 2017.

MACIEL, Marcos Gonçalves. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz** v.16, n.4, p.1024-1032, Out/Dez, 2010.

MACIEL, Marjore Ester Dias. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. **Cogitare Enferm.** v.14, n.4, p-773-6, Out/Dez, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** v.51, v.1, p.1.10, Jun/Jan, 2017.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A implementação das prioridades da política nacional de Promoção de Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.4301-4311, nov. 2014.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 79-86. 2009.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JUNIOR, Jades Barbosa. O plano de ações estratégias para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e serviços de saúde.** v.22, n.1, p.151-164, Jan/Mar, 2013.

MARCASSA, Luciana. **A invenção do Lazer.** Educação, cultura e tempo livre na cidade de São Paulo. 2002. Dissertação (Mestrado em Educação Brasileira)- Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

MARCELLINO, Nelson Carvalho *et al.* **Espaços e Equipamentos de Lazer em Região Metropolitana.** 1.ed. Opus, 2007.

MARCELLINO, Nelson Carvalho. **Estudos do lazer:** Uma Introdução. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 2002.

MARCELLINO, Nelson Carvalho. **O conceito de lazer nas concepções da Educação Física escolar – o dito e o não dito.** In: XII Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 2001, Caxambu-MG. Anais do XII Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte. Campinas-SP: CBCE, 2001. v. 1. p. 1-9.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica.** 5.ed.Atlas,2007.

MARQUES, Lidia Audrey Rocha Valadas *et al.* Abuso de drogas e suas consequências na saúde oral. **Arquivo Brasileiro de Odontologia.** v.11, n.1, p-1-6, 2015.

MASCARENHAS, Carine Vendruscolo. **Promoção da Saúde:** Representações sociais de acadêmicos do curso de Graduação na área da Saúde. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde pública)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MATSUDO, Sandra *et al.* Questionário Internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.** v. 6, n. 2, p. 5-18, 2012.

MATSUDO, Viktor Keihan Rodrigues *et al.* Usando a gestão móvel do modelo ecológico para promover a atividade física. **Diagnostico e Tratamento**. v. 11, n. 3, p. 184-189, jul./set. 2006.

MAZO, Giovana Zarpellon *et al.* Academias da saúde de Florianópolis: diferenças regionais na percepção dos idosos quanto aos serviços prestados, motivos de ingresso e permanência e nível de atividade física. **ACM arq. catarin. med**, v. 42, n. 1, p. 56-62, 2013.

MCCORMACK, Gavin. The relationship between destination proximity, destination mix and physical activity behaviors. **Elsevier**. v.46, n.1, p.33-40, Jan/ 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743507000436> Acesso em: 21. Mai. 2018.

MEDEIROS, Marcelo. **A trajetória do Welfare State no Brasil**: Papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. 1. ed: Instituto de Pesquisa Economia Aplicada, 2001.

MEGUCI, Joilson *et al.* Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e procedimentos de avaliação. **Motricidade**. v.11, n.1, p.160-174, 2015.

MELO, Victor Andrade. Conteúdos Culturais *in* Dicionário crítico do Lazer. 1.Ed: autêntica. 2004. Belo Horizonte [227p.] .

MENDONÇA, Braulio Cesar de Alcantara *et al.* Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física programa Academia da Cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 3, p.211-2016, Out. 2009.

MEZZADRI, Fernando Marinho *et al.* Desenvolvimento de um método para as pesquisas de políticas públicas de esporte no Brasil: Uma abordagem de pesquisa mista. **Motrivivência**, v.27, n.44, p.49-63, maio. 2015.

MICHAELLIS. **Barreiras**. Dicionário online. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=barreira> Acesso em : 25. Jul. 2017.

MINUZZI, Eveline Dorneles; AMARAL, Everson Zaykowski. O conceito da saúde: um ensaio sobre as implicações no campo da Educação Física. **Revista Didática Sistêmica**. v. especial ,n.1, p.01-27, 2012.

MONTEIRO, Maira Cury. **Adesão de Idosos a programa de Exercício Físico em Unidade de Atenção Primária a Saúde**. 2014. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde0020Coletiva). Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Botucatu, 2014.

MOREIRA, Marlon Martins *et al.* Impacto da inatividade física nos custos de internações hospitalares para doenças crônicas no sistema único de saúde. **Arquivos Ciência do Esporte**. v.5, n.1, p.16-19, 2017.

MORELLI, Daniel Nobre; MORELLI, Daniel Nobre. **Notas sobre Pluralismo Político e Estado Democrático de Direito**. Universo Jurídico, Juiz de Fora, ano XI, 06 de dez. de 2007. Disponível em: <
http://uj.novaprolink.com.br/doutrina/4629/Notas_sobre_Pluralismo_Politico_e_Estado_Democratico_de_Direito>. Acesso em: 16 de fev. de 2017.

MORI, Valéria Deusdará; REY, Fernando González. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**. v. 14, n.3, p. 140-152, dez. 2012.

MOTA, Paulo Henrique dos Santos. **A configuração do programa academia da saúde como estratégia para a promoção à saúde**. 2015. 157f. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/USP- São Paulo, 2015.

MULLER, Werner de Andrade; SILVA, Marcelo Cozzenza. Barreiras à prática de atividades físicas de adolescentes escolares da zona rural do sul do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 3, p. 344-352, maio./ 2013.

NAHAS, Markus Vinicius *et al.* Lazer Ativo: Um programa de promoção de estilos de vida ativos e saudáveis para o trabalhador da indústria. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v.15, n.4, p.260- 264, 2010.

NAHAS, Markus Vinicius; DE BARROS, Mauro VG; FRANCALACCI, Vanessa. O pentágono do bem-estar-base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

NARDI, Antonio Carlos Figueiredo. **A utilização das academias da terceira idade na promoção da saúde em Maringá-PR**. 2013. 56f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências da Saúde- UNB- Brasília, 2013.

NASCIMENTO, Carla Manuela Crispim *et al.* Nível de Atividade Física e as principais barreiras percebidas por idosos de Rio Claro. **Revista da Educação Física**. v.19, n.1, p. 109-118, 2008.

NAVARRO, Jose Hirtz do Nascimento *et al.* Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.20, n.2, p.461-470.

NEVES, Tatiana Pereira das. Reflexões sobre a promoção da saúde. **Revista Espaço Acadêmico**. v.1, n.62, p.1-4, Julho/ 2006.

NOGUEIRA, Renato Souza; FERNANDES, Vera Lucia da Costa. **O espaço saúde e lazer: a academia ao ar livre em questão**. 2013. Disponível em : <
https://paginas.uepa.br/ccbs/edfisica/files/2013.1/RENATO_NOGUEIRA.pdf> Acesso em: 21. Mai. 2018.

NOVAES, Arthur José. **Estilo de Vida relacionado a saúde e hábitos comportamentais em escolares do ensino médio do município de Blumenau SC: A**

influência da Escola. 2012. 130f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Programa de Pós Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC- Florianópolis, 2002.

OEHLSCHLAEGER, Maria Helena Klee *et al.* Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. **Revista Saúde Pública.** v.38, n.2, p.157-63, Jan/Ago. 2004.

OLIVEIRA, Aurélio Luiz de; SILVA, Marcelo Pereira. O profissional de Educação Física e a responsabilidade legal que o cerca. XVI Simpósio Internacional Processo Civilizador, Ponta Grossa, 2008.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira. **Metodologia Científica: Um manual para a realização de pesquisa em administração.** 1.Ed: Universidade Federal de Goiás, Catalão, 2011.

OLIVEIRA, Marcelo; RECHIA, Simone. Parques públicos urbanos de Curitiba: formas de apropriação. In : I Seminário Nacional Sociologia & Política UFPR. 2009. **Anais eletrônicos.** Disponível em: <
<http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT9%20online/parques-publicos-urbanos-MarceloOliveira.pdf>> Acesso em: 12. Jun. 2018.

OLIVEIRA, Sabrina Talita. **Recomendações para a ampliação da usabilidade das academias públicas para usuários cegos e com baixa visão.** 2014. 187f. Dissertação (Mestrado em Design Gráfico)- Universidade Federal do Paraná, 2014.

OLIVEIRA, Simone Medeiros. **Os parques públicos como ambientes promotores da saúde das crianças através da atividade física.** 2018. 174f. Dissertação (Mestrado em Atividade Física e Saúde)- Universidade do Porto, Porto, 2018.

OLIVERA, Ivo Junio de; REIS, Paulo César dos; PEREIRA, Vanessa Fernanda De. **Distribuição Regional das Academias ao Ar Livre no Município de São José dos Campos e a eficiência do Programa Cidade em Movimento.** 2012. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) Universidade do Vale Paraíba, São José dos Campos, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Atividade Física.** Folha Informativa nº285- Fevereiro 2014, Disponível em: <
http://actbr.org.br/uploads/conteudo/957_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014_port_R_EV1.pdf>. Acesso em: 28. Nov. 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Doenças transmissíveis e não transmissíveis. Disponível em: <
http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:conceito-doencas-cronicas-nao-transmisiveis&Itemid=463> . Acesso em : 25. Jul. 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações de atividade física 5-17 anos.** Fevereiro 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-5-17years.pdf>>. Acesso em: 28. Nov. 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações de atividade física 18-64 anos.** Fevereiro 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>> Acesso em: 28. Nov. 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações de atividade física 65 anos** Fevereiro 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations65yearsold/en/>> Acesso em: 28. Nov. 2015.

PADILHA, Monique Alves *et al.* Estudo de avaliabilidade do programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde Debate.** v.39, n.105, p.375-386, Abril/Jun, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária e o CEBES.** 1.ed: Cebes. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Rio de Janeiro. 2012.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35. Jan/mar. 2014.

PARADA, Eugeno Lahera. Política y políticas públicas in Políticas Públicas in SARAIVA.

PAULI, José Rodrigo *et al.* Influência de 12 anos de prática de atividade física regular em programa supervisionado para idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano.** v.11, n.3, p.255-260, 2009.

PAULO, Thais Silva Reis *et al.* Atividade física e estado nutricional: fator de proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 4, p.527-532, out./dez. 2015.

PAULO, Thais Silva Reis *et al.* Programa Academia da Terceira Idade no município de Uberaba, MG. **Arquivo de Ciências do Esporte.** v.1,n.1, p.54-49 Jan/Mar/2012.

PEREIRA, Camila Tinocco. Avaliação das barreiras existentes para a realização da atividade física em alunos de graduação do curso de enfermagem da Universidade Federal de Goiás. **Enciclopedia Biosfera.** v.10, n.19, p.131-138, 2014.

PEREIRA, Eder. Sonora: Vereador solicita professor para academia ao ar livre. 2013. Disponível em: < <http://idest.com.br/noticias/politica/sonora-vereador-solicita-professor-para-academia-ao-ar-livre>>. Acesso em: 06. Ago. 2018.

PETROSKI, Edio Luiz *et al.* Estágio de mudança de comportamento e percepção positiva do ambiente para atividade física em usuários de parque urbano. **Motricidade.** v.5, n.2, p.17-31, abr/jun, 2009.

PINA, Luiz Wilson. Os equipamentos de Lazer como cenários das experiências e das atividades no tempo livre. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer.** v.4, n.1, p.52-69, Jan/Abr, 2017.

PINTO JUNIOR, Nilo Ferreira. O princípio do pluralismo político e a Constituição Federal. **Revista Eleitoral TRE/RN**, v.25 n.1, p.37-41, 2011.

PINTO, Andre *et al.* Barreiras percebidas para a prática de atividade física entre universitários de Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física**. v.22, n.1, p.66-75 Mai/Nov, 2017.

PINTO, Sayonara Carla dos Santos. **Ao ar Livre**: Um estudo na Academia Popular de Santo Antônio em Vitoria-ES, 2015. 96f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

PIRES, Teresinha Ines Teles. Liberdade de Consciência, liberdade de crença e pluralismo político. **Revista de Informação Legislativa** . v.49, n.195, p. 53-63, Jul./Set. 2012.

PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência do Movimento**. v.10, n.3, p.49-54, Junho, 2002.

PITANGA, Francisco José Gondim; LESSA, Ines. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Caderno de Saúde Pública**. v.21, n.3, p.870-877, Mai/Jun, 2005.

PLANURB, Agência Municipal de Meio Ambiente e Planejamento Urbano. **Perfil Socioeconômico de Campo Grande**. 24. ed. Campo Grande: Prefeitura Municipal de Campo Grande. 2017.

PREFEITURA DE VALINHOS, Pmv. Professor de musculação da prefeitura dá orientações nas academias ao ar livre. Disponível em: <<http://www.valinhos.sp.gov.br/noticias/professor-de-musculacao-da-prefeitura-da-orientacoes-nas-academias-ao-ar-livre>>. Acesso em: 06. Ago. 2018.

PMCG, Prefeitura Municipal de Campo Grande. **Informativo do Programa de Parceria Municipal**. 2011. Disponível em: <<https://www.campogrande.ms.gov.br/planurb/wpcontent/uploads/sites/18/2017/01/20110930145045.pdf>> Acesso em: 11. Jan. 2018.

PNUD, Programa de Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Movimento é vida**: Atividade física e esportiva para todas as pessoas. Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil. 2017. Disponível em: <http://movimentoevida.org/wp-content/uploads/2017/09/PNUD_RNDH_completo.pdf> Acesso em: 16. Mai. 2018.

PONTES, Ana Lucia Moura Pontes *et al.* **A reorganização da atenção básica no Brasil**. In: PONTE, C. F (Org). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PORTILHO, Kaira Carla de Oliveira; ROSA, Hélio Camilo. Hambúrgueres e Lazer: A nova forma de consumo Juvenil em Rio Branco-AC. **South American: Journal of Basic Education, Technical and Technological**. v.1, n.1, p. 297-302, 2017.

POTYARA, Amazoneida Pereira Pereira. **Política Social: temas & questões**. 3. ed: São Paulo. Editora Cortez, 2011.

PRADO, Ana Paula Barroso de Salles Paiva. **Direito fundamental á saúde: direito social tratado como direito individual no Brasil**. 2012. 128f. Dissertação (Mestrado em Direito) Faculdade de Direito do Sul de Minas- Porto Alegre, 2012.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 168-175, June 1992 .

RAVAGNANI, Christianne de Faria Coelho *et al.* Estimativa do Equivalente Metabólico (MET) de um protocolo de Exercícios Físicos baseada na Calorimetria Indireta. **Ver Bras Med Esporte**. v.19, n.2, p. 134-138,Mar/Abr, 2013.

RECH , Cassiano Ricardo *et al.* Tendências temporais de indicadores de atividade física e comportamento sedentário nas capitais da Região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.20, n.1, p.47-56, Jan/2015.

RECIFE. Prefeitura Municipal do Recife. **Decreto No 19.808, de 03 de abril de 2003**. Disponível em: <<http://www.legiscidade.recife.pe.gov.br/decreto/19808/>>. Acesso em: 20 mar. 2015.> Acesso em: 20. Jan. 2017.

REGO, Gêssica Mylena Santana *et al.* Uso e proposição de revitalização participativa da praça pública lago da paz em dois vizinhos-PR na visão dos moradores do entorno. **Synergismus Scyentifica**. 2011. Disponível em: <<http://revistas.utfpr.edu.br/pb/index.php/SysScy/article/view/1305/831>> Acesso em: 21. Mai.2018.

RIBEIRO, Renato Mendonça *et al.* Barreiras no engajamento de idosos em serviços públicos de promoção de atividade física. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p. 739-749, mar./set. 2015.

ROCHA, Ricardo Rodrigo *et al.* Fatores associados ao deslocamento ativo em escolares. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v.18, n.3, p.332-334, Mai/2013.

RODRIGUES, Anderson. Jones Duran. **Os Benefícios da Prática Regular de Exercícios Físicos como Contribuição para a Qualidade de Vida**. 2013. 37 f. Monografia (Graduação em Educação Física)- Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2013.

RODRIGUES, Marta Maria Assumpção. **Políticas Públicas**. 1. ed. Coleção Folha Explica. São Paulo: Publifolha Editora, 2010.

RODRIGUES, José Damião *et al.* Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica á saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.18, n.1, p.5-15, 2013.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do

SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 96, p. 139-147, Mar. 2013 .

ROSA, Sabrina Hax Dur; BOHN, Hilário. Os banheiros da escola como espaço de significação: as marcas de gênero e a influência da mídia na (trans)formação identitária de estudantes do ensino médio. **International Congresso of Critical Applied Linguistics. Brasília**, Brasil, 2015.

ROSA, Maria Cristina; FERREIRA, Erick Allan Moreira. **Intervenções em equipamentos públicos de lazer em Ouro Preto** in Equipamentos de Lazer e Esporte de Ouro Preto. 1. ed. Universidade Federal de Minas Gerais, 2017. [148p].

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. 1º Ed. Brasília. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de ciências da administração, 2009.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para Aprender Políticas Públicas. IGEPP–Instituto de Gestão Econômica e Políticas Públicas**, 2013.

RUSSEL, Robert Pate *et al.* The Evolving Definition of “Sedentary”. **Exercise & Sport Sciences Reviews**. v.36, n.4, p. 173-178, 2008.

SALIN, Mauren da Silva. **Espaços Públicos para a prática de atividade física : o caso das academias da melhor idade de Joinville-SC**. 2013. 114f. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano)- Programa de Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano- UDESC- Florianópolis, 2013.

SALIN, Mauren da Silva *et al.* Golden Age Gym: reasons for entry, permanence and satisfaction among participating older adults. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 16, n. 2, p. 152-160, 2014.

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

SANTOS, Priscila Mari; MARINHO, Alcyane. Conteúdos culturais do Lazer e participação masculina em grupos de convivência para idosos de Florianópolis (SC). **Licere**, v.18,n.4, p.281- 321, dez/ 2015.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; LIMA, Helder de Pádua. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto – enferm**. Florianópolis , v. 17, n. 1, p. 90-97, Mar. 2008.

SARAIVA, Henrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas Públicas**. 2.Ed: Brasília. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 2006.

SARDINHA, Aline *et al.* Tradução e adaptação transcultural do questionário de atividade física habitual. **Revista de Psicologia Clínica**. v.37, n.1,p.16-22, 2010.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. 1. ed: São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.

SAVASTANO, Helena. Abordagem do Binômio Saúde-Doença e do conceito de personalidade no ecossistema. **Revista de Saúde Pública**. v.14, n.1, p.137-142, 1980. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v14n1/11.pdf>> Acesso em: 22. Mar. 2018.

SCABAR, Thais Guerreiro; PELLICIONI, Andrea Focesi; PELLICIONI, Maria Cecilia Focesi. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Health Sci Institution**. v.30, n.4,p. 411-418, 2012.

SCHMIDT, Maria Inês *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**: Carga e desafios atuais. The Lancet, 2011.

SCHUH, Laisa Xavier *et al.* A inserção do profissional de Educação Física nas equipes multiprofissionais da estratégia saúde da família. **Revista Saúde (Santa Maria)**. v.41, n.1, p.29-36, 2015.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de Saúde. **Revista Physis**. v.17, n.1. p-29-41 Fev/Mar, 2007.

SEBASTIÃO, Émerson. **Nível de atividade física e principais barreiras percebidas por indivíduos adultos: um levantamento no município de Rio Claro-SP**. 2009. 144f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Motricidade)- Universidade Estadual Paulista- UNESP- Rio Claro, 2009.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flavio Carvalho. O Conceito de Saúde. **Revista Saúde Pública**, v.31, n.5, p.538-42, ago/set. 1997.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de Vida: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, n.2, p-580-588, Mar/Abril, 2004.

SELA, Vilma Meurer; SELA, Francis Ernesto Ramos. A academia da terceira idade como um projeto do governo municipal de Maringá-pr para solucionar as falhas de mercado. **Caderno de Administração**, v. 20, n. 1, p. 82-90, 2013.

SILVA FILHO, José Nunes *et al.* Efeitos do exercício físico de força sobre o desenvolvimento ósseo em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 9, n. 51, p. 40-47, 2015.

SILVA, Érika Correia; HELENO, Maria Geralda Viana. Qualidade de vida e bem estar subjetivo de estudantes universitários. **Revista psicologia e Saúde**. v.4, n.1, p. 69-76, Jan/Jun, 2012.

SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam *et al.* Espaços públicos de lazer: distribuição, qualidade e adequação a prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.20, n.1, p. 82-92, jan. 2015.

SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam. Associação entre prática de atividade física e características do ambiente. 2015. 211f. Tese (Doutorado em Ciências Epidemiológicas)- Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

SILVA, Jaqueline Aragoni *et al.* Estágios de mudança de comportamento para atividade física em adolescentes catarinenses: prevalência e fatores associados. **Revista Paulista de Pediatria**. v.34, n.4, p.476-483, Mar/Abril, 2016.

SILVA, Jorge Luiz Lima da. Educação em saúde e promoção da saúde: a caminhada dupla para a qualidade de vida do cliente. **Informe-se em promoção da saúde**. v.1, n.1, p.03, Jul/Dez. 2006.

SILVA, Ana Roberta Vilarouca *et al.* Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.10, n.3, p-146-151. Jul/Set. 2009.

SILVA, Diego Augusto Santos *et al.* Barreiras e facilitadores de atividades físicas em frequentadores de parques públicos. **Motriz**. v.15, n.2, p.219-227, Abr/Jun, 2009.

SILVA, Diego Augusto Santos; PETROSKI, Edio Luiz; REIS, Rodrigo Siqueira. Barreiras e facilitadores de atividades físicas em frequentadores de parques públicos. **Motriz**, v.15, n.2, p.219-227, abr/jun. 2009. Disponível em: < https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo_Reis3/publication/277879170_Barriers_to_and_facilitators_of_physical_activity_among_public_park_visitors/links/557fe95008aeea18b7798996/Barriers-to-and-facilitators-of-physical-activity-among-public-park-visitors.pdf > Acesso em: 16. Jun. 2015.

SILVA, Emilia Amelia Pinto Costa da *et al.* Percepção da qualidade do ambiente e vivência em espaços públicos de lazer. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 38, n.3, p. 251- 258. jul./set, 2016.

SILVA, Guilhermina Castro; LOPES, Wilza Gomes Reis; LOPES, João Batista. Evolução, mudanças de uso e apropriação de espaços públicos em áreas centrais urbanas. **Ambiente Construído**. v.11, n.3, p.197-212, Jul/Set, 2011.

SILVA, Igor Joaquim Oliveira da *et al.* Atividade física: espaços e condições ambientais para sua prática em uma capital brasileira. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 22, p. 53-62, 2014.

SILVA, Rafaela Niels. **Avaliabilidade do programa academia da saúde no recife: um estudo de caso**. 105f. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Recife, 2015.

SILVA, Junior Vagner Pereira da. **Políticas Públicas de Esporte: Pessoas com deficiência, Hierarquização de prioridades e direitos sociais** in Educação Física e seus diversos olhares. 1. Ed: UFMS, 2016.

SILVA, Junior Vagner Pereira da. **Parques esportivos como espaço e lugar de in(ex)clusão de pessoas com deficiência física e visual**. 2014. 288 f. Tese (Doutorado em Educação Física) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2014.

SILVA, Junior Vagner Pereira da; SARAIVA, Joel Ferreira. **Lazer e saúde: uma interface ainda por fazer no âmbito acadêmico/científico do lazer?** in Lazer e esporte no século XXI. 2018. [p.83-100].

SILVA, Junior Vagner Pereira; SAMPAIO, Tania Maria Vieira. **Lazer e cidadania: Horizontes de uma construção coletiva**. 1. Ed: Universa, Brasília 2011. [180p].

SILVA, Kelly Samara *et al.* Atividade física no deslocamento a escola e no tempo livre em crianças e adolescentes da cidade de João Pessoa, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v.1, n.3, p.61-70, 2007.

SILVA, Kelly; LOPES, Adair. Excesso de Peso, Pressão Arterial e Atividade Física no deslocamento a escola. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.9, n.1, p.93-101, 2008.

SILVA, Nádia *et al.* Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 13, n. 2, 2014.

SIMÕES, Eduardo Jorge *et al.* Effects of a community-based professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife. Brazil. *American Journal of Public Health*. **Pubmed**, v.99, n.1, p.68-75, 2009.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias; PADOVAM, Valquiria Aparecida Rossi. Bases teóricas de bem estar subjetivo, bem estar psicológico e bem estar no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.24, n.2, p-201-209, 2008.

SKOWNROSKI, Marcelo. **Educação física e saúde: a mobilização de saberes para atuação nos polos do Programa Academia da Saúde no Brasil**, 2014. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciência do Movimento Humano)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ UFRGS, Porto Alegre, 2014.

SKYCRAPERCITY, Infraestrutura. **Mapa de Campo Grande - MS**. 2018. Disponível em: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=1496908> Acesso em: 22. Mai. 2018.

SOUZA, Thiago Ferreira de. *et al.* Barreiras percebidas á pratica de atividade física no nordeste do Brasil. **Pensar a prática**. v.13, n.1, p. 1-15, Jan/Abr, 2010.

SOUZA, Carla Adriane de. *et al.* Perfil dos frequentadores e padrão de uso das academias ao ar livre em bairros de baixa e alta renda de Curitiba- PR . **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 19, n.1, p. 86-97, Jan/ 2014.

SOUZA, Gustavo de Sá; DUARTE, Maria de Fátima. Estágio de mudança de comportamento relacionados á atividade física em adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v.11, n.2, Mar/Abril, 2005.

SOUZA, Antonio Lisboa Leitão. O Significado do público na oferta educacional estatal: um pressuposto na realização do direito. **Revista Educação e Políticas em Debate**, v.1, n1. p.16-35, Jan/jul, 2012.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, Doralice Lange; VENDRUSCULO Rosecler. Fatores determinantes para a continuidade da participação de idosos em programas de atividade física: a experiência dos participantes do projeto “sem fronteiras”. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. v.24, n.1, p.95-105, Jan/Mar, 2010.

SOUZA, Elton Bicalho de. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Caderno UniFOA**. v.1, n.13, p-49-53, Agosto, 2010.

STOPPA, Eduardo Antonio *et al.* O lazer do brasileiro em período de férias: representações e concretizações de atividades turísticas. **Caderno Visual de Turismo**.v.17, n.1, p. 138-154, 2017.

SYDOW, Elisabeth. **Os espaços e equipamentos públicos de lazer da cidade de Araguaína (TO) sob a ótica de seus moradores**. 2017.135f. Tese (Doutorado em Estudos do Lazer)- Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFGM, Belo Horizonte, 2017.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. Políticas Públicas- O papel das políticas públicas. **Salvador: AATR**, 2002.

TROTTA, Wellington. Política social: perspectivas de medidas efetivamente públicas. **Achegas**, n.43, p.81-99, Jan/Dez 2010.

TSCHOKE, Aline; MARANHO, Marina Ciminelli; RECHIA Simone. O espaço público de esporte e lazer: o espaço do (des)encontro da comunidade. In. Congresso sulbrasileiro de ciências do esporte. **Anais eletrônicos**. Disponível em: <<http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/vcsbce/vcsbce/schedConf/presentations>> Acesso em : 12. Jun.2018.

VELHO, Gilberto. Estilo de vida urbano e modernidade. **Estudos Históricos**. v,8 n.16, p.227-234 1995.

VIANNA, Lucia Amaral Carneiro. **Processo Saúde -Doença**. 1º Ed: Distribuição e Informações. Universidade Federal de São Paulo, 2012.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **Em torno do conceito de política social** : notas introdutórias. Escola Nacional de Administração Pública. Disponível em : <<http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>>. Acesso em: 01.Nov.2016.

WARBUTON, Darren; NICOL, Crystal Withney; BREDIN, Shannon. Health benefits of physical activity: the evidence. **Canadian Medical Association Journal**. v.174, n.6, p. 801-808, 2006.

WHO, World Health Organization. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. 1.ed: japan, 2004.

WHO. World Health Organization. **Physical Inactivity: A Global Public Health Problem**. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/ . Acesso em : 25. Jul. 2017.

ZENITH, Andrezza Resende *et al*. Avaliação da percepção e satisfação da imagem corporal em usuários do Programa Academia da Cidade em Belo Horizonte Minas Gerais. **e-Scientia**, v. 5, n. 1, p. 09-17, Jul/Ago, 2012.

ZIOBER, Academia para todos. **Equipamentos disponíveis para a construção de academias ao ar livre**. Disponível em: <http://www.zioberbrasil.com.br/kits.php?id=1> < Acesso em: 06. Ago. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/TCLE

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“Academias ao Ar Livre: Avaliação dos impactos subjetivos ao estilo de vida fisicamente ativo dos usuários”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Vitor Avila Alexandre dos Anjos e Junior Vagner Pereira da Silva e, a qual pretende analisar os impactos subjetivos das Academias ao Ar Livre na Cidade de Campo Grande - MS ao estilo de vida fisicamente ativo dos usuários.

Sua participação é voluntária e se dará caso aceite responder um formulário elaborado pelos pesquisadores. Caso você aceite participar, estará contribuindo para avaliar uma política municipal de promoção de saúde e consequentemente contribuir para uma devolutiva a você, ou aos futuros gestores responsáveis para tomar ou não, as providências cabíveis aos possíveis problemas.

A participação no estudo não oferece nenhum risco à saúde ou a sua integridade, haja vista que seu posicionamento e as respostas das perguntas serão mantidos em sigilo, pois serão usadas única e exclusivamente para os objetivos da pesquisa, sendo as informações pessoais preservadas e não divulgadas em quaisquer circunstâncias. Caso depois de consentir sua participação por intermédio da assinatura deste TCLE não mais desejar participar, poderá a qualquer momento desistir e retirar seu consentimento em participar da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

A participação nesta pesquisa, não oferece nenhum tipo de remuneração, assim como não resultará em nenhum prejuízo, haja vista que a participação será realizada no local de sua escolha, podendo inclusive ser em seu ambiente de trabalho . Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com os pesquisadores no endereço vitoranjos1@gmail.com e jr_lazer@yahoo.com.br, pelo telefone (67)99126-5811 e (67) 98138-7098 ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em

Pesquisa –PROPP- UFMS, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação PROPP, Cidade Universitária, Caixa Postal 549, CEP 79070-900 Campo Grande - MS – Brasil, Tel: 67 3345-7186, Fax: 67 3345 – 7190, E-mail: gabinete@propp.ufms.br

Rubrica do participante	Rubrica do Pesquisador
-------------------------	------------------------

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e compreendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não obterei nenhum tipo de benefício e que tenho a liberdade de não fazer parte mais da pesquisa quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B.

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



**FORMULÁRIO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA: GESTOR (A)
COORDENADOR (A).**

1. Há quanto tempo você atua como gestor(a) ou coordenador (a) das Academias ao Ar livre ?
2. Quantos polos existem na Cidade de Campo Grande- MS?
3. Em todos os polos existem orientação e acompanhamento dos usuários por professores de Educação Física? Caso não tenham, justifique.
4. Caso não, quais polos dispõem de acompanhamento e orientação por professores de Educação Física? Quais são os critérios utilizados para determinar os polos que terão ou não o serviço?
5. Qual é o horário de atendimento das orientações e acompanhamento por professores de Educação Física nos polos que dispõem deste atendimento?
6. Os acompanhamentos e orientações são realizados de forma permanente, intervalada ou em formato de rodízio? Caso não seja permanente, de quanto em quanto tempo ocorre o acompanhamento e orientação em cada polo?
7. Em relação aos aparelhos, os mesmos possuem manutenção? Se sim, qual é a periodicidade da manutenção? Caso não exista manutenção, justifique.
8. Existe alguma informação que não tenha sido contemplada nas questões anteriores e você acredita ser importante explicar?

APÊNDICE C.



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



**FORMULÁRIO AVALIATIVO DOS IMPACTOS DAS ACADEMIAS
CONSTRUÍDAS AO AR LIVRE EM CAMPO GRANDE - MS .**

Localização Da Academia: _____

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

1.1. Idade : _____ 1.2. Sexo: _____ 1.3. Estado Civil: _____

1.4. Bairro de residência: _____

1.5. A quanto tempo frequenta a academia construída ao ar livre ? _____

1.6. Frequenta quantos dias por semana? _____ 1.7 Por quantos minutos? _____

1.7. Além daqui, prática atividade física de lazer em outros locais? Sim () Não ()

1.8. Caso tenha respondido Sim, Em qual? _____

2. AVALIAÇÃO DOS IMPACTOS

2.1. Em relação a existência das Academias Construídas ao Ar Livre

2.1.1. A existência das Academias Construídas ao Ar Livre estimula você a realizar a prática de atividade física no lazer ? Sim () Não () Por que ?

2.1.2. Se não existissem as Academias Construídas ao Ar Livre você praticaria atividade física no lazer da mesma forma? Sim () Não (). Se sim, em qual local ?

2.1.3. Você considera importante a existência das Academias Construídas ao Ar Livre neste local para prática de atividade física no lazer ?

2.2. Sobre o uso autônomo das Academias Construídas ao Ar Livre:

2.2.1. Quais são as dificuldades que você sente em usar os aparelhos disponíveis?

2.2.2. Você sabe para que serve cada um destes aparelhos ? () Sim () Não. Caso a resposta seja Sim, compreende qual(is) grupamento(s) muscular(es) cada aparelho trabalha?

2.2.3. Como usuário das Academias Construídas ao Ar Livre, você possui alguma sugestão, elogio ou até mesmo reclamações em relação ao serviço disponibilizado?

2.3. Sobre as orientações à prática de atividade física de lazer disponibilizadas:

2.3.1. Com base em quais informações você executa os movimentos ?

2.3.2. Você já leu alguma vez a placa de orientação existente nas Academias Construídas ao Ar Livre? Sim () Não (). Se sim, as informações foram suficientes para executar a prática de atividade física de lazer nos aparelhos com segurança e de forma adequada?

2.3.3. Você possui orientação ou acompanhamento de algum professor de Educação Física sobre como utilizar os equipamentos disponibilizados na Academia Construída ao Ar Livre? Sim () Não () Caso sim, quantas vezes por semana?

2.3.4. Se possui orientação e acompanhamento, o número de aulas e o horário das orientações disponibilizadas são suficientes para que você faça uso de maneira adequada dos equipamentos sem a presença do professor ?

APÊNDICE D.

Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



FICHA DE AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DAS ACADEMIAS AO AR LIVRE

1. Dados gerais e Localização

1.1. Ruas :

1.2. Espaço de Inserção: _____

1.3. Ano de criação: _____

1.4. Órgão responsável: _____

2. Características do Espaço:

2.1. Limpeza: _____

2.2. Corte de Grama _____

2.3. Tipo de Piso: _____

2.4. Tipo do espaço: Aberto () Fechado ()

2.5. Lixeira: () Sim () Não

2.6. Bebedouro: () Sim () Não

2.7. Banheiro/Vestuário: () Sim () Não

2.8. Observações gerais:

3. Estrutura dos aparelhos:

3.1. Quantidade de aparelhos:



3.2. Nível de conservação dos aparelhos (pintura, parafusos, estado do aparelho e Lubrificação).

3.3. Observações Gerais:

APÊNDICE E.

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



**MAPEAMENTO- ACADEMIAS CONSTRUÍDAS AO AR LIVRE- CAMPO
GRANDE - MS (SISGRAM, 2018).**

Região Segredo (8)

1. R: Tarcília do Amaral
2. R: Avenida Abraao Anache
3. R: Firmo Cristaldo
4. R: Doutor Jivago- (Praça Professor José Barbosa Rodrigues)
5. R: Atílio Banduci- (Praça José Carlos da Silva)
6. R: São Manoel- (Complexo Poliesportivo Nasser)
7. R: Santo Anastácio- (Campo de Futebol Waldir Nunes)
8. R: Armando Holanda- Praça Manoel da Cruz

Região Imbirussu (5)

9. R: Terlita Garcia
10. R: Itaporanga (Praça Ramão de Souza Gomes)
11. R: Avenida José Barbosa Rodrigues (Praça da Figueira)
12. R: Beirute- (Praça da República)
13. R: Taquari – Santo Antonio

Região Lagoa (6)

14. R: Albert Sabin- (Praça Elias Gadia)
15. R: Villalobos- Praça Brasilina de Aguiar
16. R: Pampulha
17. R: Praia Grande- São Conrado
18. R: Av: Marinha
19. R: FarnoteUBSF- Emilio Garbellioti Mello

Região Anhanduizinho (13)

20. R: Jose Paulino- Centenário

- 21. R: Evelina Selingardi- UBSF- Doutor Benjamim Asato
- 22. R: Santa Quitéria- UBSF- Doutor Mario Rogério de Barros Vanderley
- 23. R: Engenheiro Luter Lopes
- 24. R: Parque Ayrton Senna
- 25. R: General Gentil Marcondes-
- 26. R: Rua do Touro
- 27. R: Avenida Manoel da Costa Lima (Centro de Convivência Edmund Sheunmman)
- 28. R: (UBS- Jorge David Nasser)
- 29. R: Deolinda Pereira de Souza- Praça Reiz Peres Nunes
- 30. R: Avenida Sousa Lima
- 31. R: Catiguá
- 32. R: Do Hipódromo- Vila Piratinga

Região Bandeira (11)

- 33. R: Copaiba- Jacques da Luz
- 34. R: Av: Baobá
- 35. R: Barreiras
- 36. R: Dolores Duran
- 37. R: Ana Basília
- 38. R: Heitor Laburu- Parque Doutor Anisio
- 39. R: Silvio Romero: Praça Teófilo Jose Rodrigues
- 40. R: Professor Xandinho- Praça Jorge Razuk
- 41- R: Da Planice
- 42. R: Travessa dos Ferreiros
- 43. R: Av: Orlando Barros- (Maria Aparecida Pedrossian)

Região Centro (5)

- 44. R: Av Noroeste Orla
- 45. R: Joel Dibo (Horto Florestal)
- 46. R: 15 de Novembro (Praça Ary Coelho)
- 47. R: Dom Aquino (Praça Belmar Fidalgo)
- 48. R: Chaad Scaf Praça Ludio Martins Coelho

Região Prosa (5)

- 49. R: Joaquim Murtinho (Centro de Convivência Vovó Ziza)
- 50. R: Tolueno
- 51: R: Genebra
- 52. R: Antonio Rahe (Soter)
- 53. R: Marquês de Leão Praça Severino Gonçalves

Total : (53)

APÊNDICE F.

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

**RELATO ENTREVISTA- GESTOR(A)/COORDENADOR(A)-FUNESP**

1. Há quanto tempo você atua como gestor(a) ou coordenador (a) das academias ao ar livre?

R: Bom, estou aqui na FUNESP faz 10 anos e a gente esta com este trabalho tem 7 anos que a gente já iniciou com os professores nas academias ao ar livre

2. Quantos polos das Academias ao Ar Livre existem na Cidade de Campo Grande-MS?

R: Olha, a gente tem em todos os parques e praças de campo grande, temos uma academia ao ar livre instalada, em alguns postos da SESAU, postos de Saúde, existem alguns equipamentos da SESAU e outros particulares como da UNIMED como na Ceará perto da São Bento, mas da prefeitura são somente em parques, praças e alguns polos da SESAU.

3. Em todos os polos existem orientação e acompanhamento dos usuários por professores de Educação Física? Caso não tenham, justifique.

R: Infelizmente todos não né? Há 5 anos a gente conseguiu colocar um projeto na FUNESP onde contamos com professores específicos para atuar nas AAL, então cada professor tinha em média de 3 a 4 academias, a gente tinha uma cobertura boa, só que esse projeto não se estendeu, foi extinto, e hoje a gente tem alguns professores atuando em algumas academias que são nos parques e praças como já disse, e não são todos os horários que a gente gostaria, são em alguns horários e a dificuldade é viabilizar a contratação desses professores né? por que não pode ser estagiário, por que precisaria de alguém para acompanhar, então a gente opta por ter o profissional mesmo e acaba tendo um custo muito caro, e agente também tem que priorizar para as outras atividades, como ginástica, pilates e treinamento funcional e daí a gente encaixa alguns

horários para atender as academias ao ar livre , mas é uma pena, por que, como eu já fui gestor(a) de outro projeto a 5 anos, a gente via que tinha bastante retorno.

4. Caso não, quais polos dispõem de acompanhamento e orientação por professores de Educação Física? Quais são os critérios utilizados para determinar os polos que terão ou não o serviço?

R: Então, hoje em dia a gente esta optando pelos parques que a gente tem atendimento no Ayrton Sena Aerorrancho, temos profissional trabalhando nas moreninhas no parque Jacques da Luz, temos no Tarsilia Amaral na vila nova, no parque Soter, no Elias Gadia, no Guanandizão, no... é... eu falei no centro olímpico da Vila Nasser? No centro olímpico da Vila Nasser. E o critério é a procura da população nesses espaços, então a gente sabe que tem alguns lugares que a população gosta de frequentar as academias, eu falei Belmar Fidalgo? Belmar fidalgo também tem um grupo grande lá. A gente sabe que a população principalmente da terceira idade gosta de usar esses equipamentos, e o critério foi justamente esse, a procura, e a academia estar em bom estado, arborizada, com sombra né? O critério é esse.

5. Qual é o horário de atendimento das orientações e acompanhamento por professores de Educação Física nos polos que dispõem deste atendimento?

R: São sempre nos primeiros horários da manha, 6 horas da manha, 7 horas da manha, no máximo até 08:30 e retornando geralmente depois das 16:30 que o sol já esta mais brando e é o horário que volta a ter procura né? por que das 09:00 da manhã até as 15:30, 16:00h é um horário bem, bem vago mesmo, por que todas são ao ar livre então é muito sol e fica complicado frequentar.

6. Os acompanhamentos e orientações são realizados de forma permanente, intervalada ou em formato de rodízio? Caso não seja permanente, de quanto em quanto tempo ocorre o acompanhamento e orientação em cada polo?

R: Não, o atendimento é permanente, são horários fixos já dentro da grade do parque, então todos os parques, estes que eu citei, possui uma grade horária de atendimento com todas as oficinas que acontece, inclusive as academias ao ar livre , então tem o horário que ta o profissional, o dia e o horário, e a maioria desses professores não ficam restrito a esses equipamentos, eles levam colchonetes, halteres, caneleiras, então pra fazer também, por que dependendo do horários tem uma procura tão grande de pessoas que

só aqueles aparelhos não contemplam, fica aquele pessoal ocioso, então eles optam por esses tipo de materiais alternativos pra dar conta da procura que tem nesses horários de pico né ?

7. Em relação aos aparelhos, os mesmos possuem manutenção? Se sim, qual é a periodicidade da manutenção? Caso não exista manutenção, justifique.

R: Na verdade não tem uma manutenção programa por parte da prefeitura, o que a gente acaba fazendo é que a própria comunidade auxilia nesse sentido, principalmente na questão de óleo, por que as engrenagens vão ficando mais rígidas né? Alguns parafusos que afrouxam, coisas mais simples, aquelas luvinhas que nem de bicicleta, por que muitos equipamentos tem essa luvinha, a própria comunidade acaba se organizando e repondo isso, a questão de grama e iluminação a gente tem o apoio da prefeitura, mas, infelizmente para a assistência dos aparelhos a gente não tem. Então, muitas vezes quando o aparelho quebra mesmo, ele fica muito tempo quebrado, isso não é parceria da comunidade e nem por uma iniciativa privada, permanece quebrado, por que a prefeitura não tem ainda um calendário ou uma verba disposta para esse tipo de gasto.

8. Existe alguma informação que não tenha sido contemplada nas questões anteriores e você acredita ser importante explicar?

R: É, as questão das academias assim, como elas são ao ar livre, as que ficam dentro de parques e praças elas ficam um pouco mais protegidas na questão do vandalismo, por que estão dentro de um espaço fechado, mas o que a gente percebe infelizmente, quando a gente teve esse projeto há 5 anos quando a gente tava nas academias nos bairros, é a grande depredação do espaço, a má ocupação por pessoas usando drogas e bebidas e acaba afastando quem realmente ta interessado em utilizar os aparelhos, por que chega um senhor ou uma senhora que quer utilizar e tem lá um pessoal fumando e bebendo né? Então falta a conscientização da população em deixar esses aparelhos realmente para o que eles realmente foram pensados, para melhorar a qualidade de vida, para tornar as pessoas mais ativas principalmente as pessoas acima de 60 anos, então falta muito, a gente percebeu muito essa questão quando a gente foi pros bairros né? da má utilização e da falta de conservação, a depredação, o vandalismo, é uma pena, o pessoal não tem a conscientização de preservar esses espaços, é isso.

APÊNDICE G.

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

**RELATO ENTREVISTA- GESTOR(A)/COORDENADOR(A)-SESAU.**

1. Há quanto tempo você atua como gestor(a) ou coordenador (a) das academias ao ar livre?

R: Desde Outubro de 2015... isso da uns... 2 anos e 4 meses...

2. Quantos polos das Academias ao Ar Livre existem na Cidade de Campo Grande-MS?

R: Olha, na cidade de Campo Grande não consigo te falar com exatidão, mas, sob a coordenação da Secretaria da Saúde, são 25 unidades de saúde que possuem academia ao ar livre, porém, existem mais 40 em praças que foram compradas por meio de emenda parlamentar junto a Secretária da saúde, porém em nossa responsabilidade são 25.

3. Em todos os polos existem orientação e acompanhamento dos usuários por professores de Educação Física? Caso não tenham, justifique.

R: Não, nem todos os polos existem acompanhamento, até por que são 20 profissionais de Educação Física nas secretarias de saúde e alguns atuam em apenas uma unidade de saúde, então algumas unidades não estão cobertas por falta de profissional, inclusive não existe nem concurso aberto para chamar profissionais de educação física para essa atuação, então não tem com a gente cobrir todas essas academias.

4. Caso não, quais polos dispõem de acompanhamento e orientação por professores de Educação Física? Quais são os critérios utilizados para determinar os polos que terão ou não o serviço?

R: Bom, os polos são 25 unidades de saúde que possuem academias, destas, 20 unidades que possuem profissionais. O que levou a gente colocar esses profissionais foram a cobertura, a população, o pedido da população né ? A necessidade, e... o mapeamento das doenças e agravos não transmissíveis, então aonde estavam a comunidade com o maior número de hipertenso, o maior número de obeso.. e maior número de diabéticos, então a população que estava com esse número, com o maior número né ? daí a gente colocou os profissionais de Educação Física para acompanhar.

5. Qual é o horário de atendimento das orientações e acompanhamento por professores de Educação Física nos polos que dispõem deste atendimento?

R: A grande maioria na parte da manhã, começando as 6 da manhã até as 09 da manhã, por conta do tempo e do horário de clima mesmo né, algumas unidades oferecem a partir das 16:00 da tarde, outras até as 18:00 da tarde, porém depende muito do local que esta instalada, se tem cobertura se não tem cobertura e do programa de hipertenso... o programa da unidade, lembrando que essas academias estão junto, que os profissionais de Educação Física trabalham em conjunto com a Unidade de Saúde, então tem mais um profissional de saúde ali.

6. Os acompanhamentos e orientações são realizados de forma permanente, intervalada ou em formato de rodízio? Caso não seja permanente, de quanto em quanto tempo ocorre o acompanhamento e orientação em cada polo?

R: Bom, cada unidade tem sua característica né ? com a população, existe unidade que é diariamente, feito diariamente, com horários específicos, das 7 as 8 um grupo, das 8 as 9 um grupo e assim, já tem outras unidades que possuem orientação intervalada, segunda, quarta e sexta, terça e quinta. Depende muito da população e também assim, do direcionamento da população, existe população que é mais obesa, existe população que é mais hipertensa, então dependendo da característica da população é como o programa se instala ali.

7. Em relação aos aparelhos, os mesmos possuem manutenção? Se sim, qual é a periodicidade da manutenção? Caso não exista manutenção, justifique.

R: Ah, Os que estão dentro da unidade de saúde, são feito a manutenção da secretaria da saúde junto com a secretaria de obras, mas mesmo assim, não existe verba, não existe verba própria para a manutenção dessas academias, a gente depende da verba, do fundo da prefeitura para a manutenção delas e como depende da verba a gente não tem um período, não existe um período cronologicamente falando, existe necessidade, tem unidade que demora 1 ano pra ter manutenção em um aparelho quebrado, tem unidade que em dois meses eu consigo essa manutenção, tem unidade que já esta com algum tempo com aparelho quebrado e não teve manutenção por mais de dois anos, então depende muito da verba da prefeitura mesmo.

8. Existe alguma informação que não tenha sido contemplada nas questões anteriores e você acredita ser importante explicar?

R: Sobre as academias ao ar livre, acho que as questões foram bem elaboradas, penso que não tem mais nada a ser dito não. A não ser que a gente precise de mais profissionais, quanto mais profissionais tiver, mais acompanhamento terá, lembrando que a população de Campo Grande é uma população hipertensa, uma população diabética, uma população obesa, então quanto mais academias dessas tiver, mais profissionais de educação física terá para o acompanhamento da população.