

FACULDADE LABORO  
PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL  
PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO ESPORTIVA

**RELATO DE CASO: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ – MA**

SÃO LUÍS – MA

2016

EDIARA VERDE CUNHA  
THAYS CLAUDIA DA SILVA NASCIMENTO

**RELATO DE CASO: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ – MA**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado como requisito para obtenção de  
título de especialista em Nutrição Clínica e  
Funcional e Nutrição Esportiva.

Orientador (a): Msc Daniela Flexa

SÃO LUÍS – MA

2016

Ficha Catalográfica Elaborada por  
**Marcelo Diniz** - Bibliotecário CRB 2/1533

C972r

Cunha, Ediara Verde

Relato de caso: avaliação do programa Academia da Saúde no Município de Imperatriz-MA. / Ediara Cunha Verde; Thays Cláudia da Silva Nascimento. – São Luís, 2016.

45 p.; il

TCC (Pós-Graduação em Nutrição Clínica e Funcional. Pós-Graduação em Nutrição Esportiva) - Faculdade Laboro. 2016.

Impresso por computador (fotocópia)

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc Daniela Flexa

1. Nutrição – Esporte – Estudo de caso. 2. Programa – Saúde – Nutrição. 3. Nutrição – Imperatriz – Maranhão (Estado). I. Nascimento, Thays Cláudia da Silva. II. Título.

CDU 613.2:796 (812.1)

CDD 613.2981

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Identificação das usuárias do Programa Academia da Saúde de Imperatriz- MA, 2015.....	18
<b>Tabela 2 -</b>	Participação no Programa Academia da Saúde de Imperatriz- MA, 2015.....	19
<b>Tabela 3 -</b>	Profissionais que realizaram orientação nutricional.....	21
<b>Tabela 4 -</b>	Percepção de saúde dos participantes do Programa Academia da Saúde de Imperatriz- MA.....	21
<b>Tabela 5 -</b>	Nível de conhecimento em nutrição segundo a renda familiar das usuárias do Programa Academia da Saúde de Imperatriz- MA, 2015.....	22
<b>Tabela 6 -</b>	Avaliação do Programa Academia da Saúde de Imperatriz- MA, 2015 pelos entrevistados.....	23

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 -</b>	Motivos para adesão ao Programa.....	20
<b>Gráfico 2 -</b>	Orientação Nutricional.....	20

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSM	-	American College of Sports Medicine
AF	-	Atividade física
CBO	-	Código Brasileiro de Ocupação
CONFED	-	Conselho Federal de Educação Física
DAC's	-	Doenças do aparelho circulatório
DCNT's	-	Doenças Crônicas não transmissíveis
DP	-	Desvio Padrão
IF	-	Inatividade física
MA	-	Maranhão
MSC	-	Mestra
N	-	Número de participantes
NASF	-	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PAC	-	Programa Academia da Cidade
PNPS	-	Política Nacional de Promoção à Saúde
PPAS	-	Polos do Programa Academia da Saúde
SM	-	Salário Mínimo
SOE	-	Serviço de Orientação ao Exercício
SUS	-	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
3.1	Identificação da Instituição	14
3.2	Usuário	14
3.2.1	<i>Conhecimento em Nutrição</i>	14
3.2.2	<i>Percepção de Saúde</i>	15
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>16</b>
4.1	Identificação da instituição	16
4.2	Identificação dos usuários	17
4.2.1	<i>Participação no programa</i>	18
4.2.2	<i>Percepção de saúde</i>	21
4.2.3	<i>Escala de conhecimentos nutricionais</i>	22
4.2.4	<i>Avaliação do Programa</i>	22
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>25</b>
5.1	Caracterização do estudo de caso	25
5.2	Aspectos relativos à instituição e aos usuários	25
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>33</b>
	<b>APÊNDICE A – DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO</b>	<b>37</b>
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO</b>	<b>40</b>
	<b>APÊNDICE C –QUESTIONÁRIO DA PERCEPÇÃO DA SAÚDE E DO PROGRAMA</b>	<b>41</b>
	<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>42</b>
	<b>ANEXO B - ESCALA DE CONHECIMENTO NUTRICIONAL DO NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY CANCER EPIDEMIOLOGY (TRADUZIDA E ADAPTADA POR SCAGLIUSI ET AL., 2006)</b>	<b>44</b>

## 1.INTRODUÇÃO

Promover saúde perpassa a busca pela cura ou pela prevenção de doenças, se direcionando a procura por qualidade de vida no seu/ sentido global, a qual é influenciada por fatores socioambientais e pessoais. Para que esse processo seja posto em prática, é preciso que haja políticas públicas que intermedeiem os pressupostos estabelecidos, a fim de que possam dar continuidade aos seus objetivos (HALLAL, 2011).

Com a redução da desnutrição em detrimento da elevação de indivíduos com excesso de peso, a chamada transição nutricional, as doenças infecto-contagiosas deram lugar às Doenças Crônicas não-transmissíveis (DCNT's), processo este denominado transição epidemiológica. Além dos processos de urbanização, industrialização e mecanização, a alimentação inadequada e a inatividade física (IF) também contribuíram para que houvesse essa modificação no padrão de morbimortalidade mundial (COSTA et al, 2012; HALLAL et al, 2010).

As DCNT's correspondem a afecções de saúde, caracterizadas por uma etiologia incerta, longo período de permanência, múltiplos fatores de risco, origem não infecciosa, e por relacionarem-se com deficiências e incapacidades funcionais, havendo oscilações entre episódios agudos ou melhora sensível. (CASADO et al, 2009; MALTA e MERHY, 2010). Compreendem principalmente as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer e doenças respiratórias (ACHUTTI e AZAMBUJA, 2004).

As DCNT's correspondem no Brasil a cerca de 70% dos gastos assistenciais com saúde (COELHO, BURINI, 2009). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o Brasil gastará entre 2005 e 2015 cerca de 49 bilhões de dólares com assistência médica curativa (HALLAL, 2011). Além disso, em 2005 foram registrados a nível mundial 60% de casos de mortes por DCNT's, destacando as doenças cardiovasculares, que equivaliam a 30%. Já no Brasil, foram registrados 48,3% de mortes pela mesma causa, em 2003 (COSTA et al, 2012).

Vários estudos têm estabelecido a relação existente entre a inatividade física e o desenvolvimento de DCNT's, especialmente as doenças do aparelho circulatório (DAC's), sendo as mais comuns, as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração, que representaram 47% dos óbitos por DAC's no Brasil em 2004. Somado a isso, o aumento de peso, da circunferência abdominal e a redução da atividade física, também se relacionam ao aumento de doenças cardiovasculares (ALVES et al, 2012; PITANGA e LESSA, 2006).

De acordo com Ferreira et al., (2005), dentre os fatores que contribuem para o aumento da prevalência das DCNT's, o sedentarismo representa 25 a 30% na população brasileira. Além disso, segundo COELHO e BURINI (2009), há uma associação entre sedentarismo, acúmulo de tecido adiposo, baixo condicionamento cardiovascular, redução de massa muscular e mortalidade precoce, principalmente em decorrência das DCNT's.

Com isso, a preocupação com relação à prevenção desses agravos tem se tornado cada vez mais evidente. Nesse sentido, um dos focos para tal seria o estímulo à prática regular de atividade física, que gera entre outros benefícios, a redução e prevenção da morbimortalidade (DUCA et al, 2009).

A prática regular de atividade física gera uma melhora do bem-estar, podendo resultar inclusive num menor tempo de internação, diminuição das despesas com assistência médica e do uso de medicamentos. Há uma forte associação/correlação entre a atividade física (AF) e a promoção e recuperação da saúde, sendo a AF relevante em três níveis de atenção da saúde (primária, secundária e terciária). Entretanto, ainda existem práticas insuficientes de atividade física (COELHO, BURINI, 2009; SANTOS et al, 2009).

A AF humana consiste em movimentos voluntários do corpo, que geram um gasto energético superior à taxa de repouso. As características relativas a indivíduos ativos, poucos ativos ou inativos dependem de quatro contextos: lazer, trabalho, atividades domésticas e deslocamentos diários. A AF insuficiente refere-se ao sujeito inativo ou pouco ativo. Já a suficiente refere-se àquele que é ativo, e cuja prática atende suas necessidades e é condizente com ele. Além disso, o sujeito inativo é caracterizado por se encontrar sedentário nos quatro contextos (HALLAL, 2011).

Foi realizado um levantamento solicitado pela OMS a nível mundial para avaliar a classificação da atividade física, observando-se que 17,1% da população adulta era inativa nos quatro contextos, 40,6% era pouca ativa e 42,3% era ativa. No Brasil, foi percebido que 6 em cada 10 adultos eram insuficientemente ativos (HALLAL, 2011).

Existe uma variedade de causas que interferem na prática de atividade física, tais como escolaridade, estado civil, sexo, idade, a própria motivação pessoal e habilidade motora, o acesso ao trabalho ou espaços de lazer, a disponibilidade de tempo, questões socioculturais e financeiras, hábitos como assistir televisão e usar o computador, o consumo de tabaco e álcool, falta de companhia para a atividade, condições climáticas favoráveis ou não, dificuldade de acesso ao aconselhamento profissional, entre outras (ALVES et al, 2012; NETO et al, 2011; FERREIRA et al, 2005). Entretanto, atividades diárias podem ser

realizadas, seja nos âmbitos do lazer, trabalho, doméstico ou de deslocamentos, tornando as pessoas menos sedentárias (DUCA et al, 2009).

É preciso que a adoção de um estilo de vida mais saudável venha agregada com a escolha de atividades físicas afins com o indivíduo, que sejam prazerosas e possíveis de serem realizadas por ele, sem causar frustrações e sim a sensação de bem-estar. Porém, essa questão é limitada devido ao “costume pelo sedentarismo”, pelo cansaço diário e falta de disposição, que torna as pessoas desestimuladas a realizar tais práticas, precisando haver motivações que possam desencadear mudanças de comportamento e conseqüentemente a conscientização da importância de se tornarem sujeitos mais ativos (HALLAL, 2011).

Com relação às recomendações de AF, houve modificações ao longo do tempo, com reformulações dos protocolos estabelecidos, buscando-se concomitantemente benefícios à saúde e melhora do condicionamento físico. Entretanto, posteriormente, observou-se que, a quantidade e qualidade dos exercícios para que se obtivessem esses dois benefícios poderiam ser diferentes. Daí a necessidade de se individualizar as recomendações de exercícios físicos quanto ao tipo, à intensidade, à freqüência e à duração, tanto para indivíduos sadios quanto para enfermos (COELHO, BURINI, 2009).

Assim, em 2007, houve a reformulação da recomendação criada em 1995 pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças e pelo Colégio Americano de Medicina Esportiva, apoiada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil, que vigora até hoje e objetiva que as pessoas se tornem mais ativas, ao invés de mais condicionadas. Por isso, foram reestabelecidas atividades aeróbias com uma freqüência mínima de 5 vezes por semana com 30 minutos de duração para intensidades moderadas que podiam ser acumuladas em sessões de no mínimo 10 minutos; e 3 vezes por semana com 20 minutos de duração para intensidades fortes. Além disso, os exercícios de força muscular também foram inseridos, para serem praticados pelo menos duas vezes por semana, bem como as atividades leves do próprio cotidiano (COELHO, BURINI, 2009).

A baixa adesão à prática de exercícios físicos estimulou as organizações internacionais e nacionais a acrescentarem na Agenda Mundial de Saúde Pública a atividade física (AF), com o intuito de conscientizar a população acerca dos benefícios de tal prática, bem como estimular sua realização (HALLAL et al, 2010).

Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) traz em seu escopo diretrizes para a prática corporal e atividade física no âmbito das ações desenvolvidas pela saúde básica e na comunidade que, entre outras coisas, incluem oferta de atividades

físicas com prescrição de exercícios, caminhadas, práticas lúdicas, esportivas e de lazer (Ministério da Saúde, 2006).

Na Resolução nº218/1997 do Conselho Nacional de Saúde, os profissionais da Educação Física foram considerados profissionais da saúde, atuando em conformidade com equipes multiprofissionais, objetivando o atendimento integralizado, a promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde (Silva, 2010).

As DCNT's, decorrentes do sedentarismo afetam vários grupos etários e, em muitos países, sendo visto como um importante problema de saúde pública. Assim, é importante reforçar a necessidade de uma ampliação da prática regular de atividade física orientada por profissionais de Educação Física, contribuindo para a melhora da saúde pública, no que se refere à diminuição dos gastos com tratamento e internações hospitalares (Silva, 2010).

Além disso, os profissionais de Educação Física em associação com outros profissionais da saúde, compõem os chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem o intuito de ampliar a atuação das ações da atenção básica, apoiando Equipes e Unidades de Saúde da Família. (Silva, 2010).

Segundo Scabar, Pelicioni, Pelicioni (2012), a partir da criação do NASF, os profissionais de Educação Física passaram a compor também o quadro da Atenção Básica, atuando na implementação e consolidação da PNPS.

Assim, vale enfatizar segundo Silva et al., (2010, p. 23) que:

[...] cabe ao profissional de Educação Física, junto ao NASF e em outros espaços de intervenção, desenvolver ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e danos decorrentes das doenças não transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, objetivando a prevenção e promoção da saúde por meio de práticas corporais.

Aliado a isto, o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF, 2012, p.1), estabelece que:

Antes do início do desenvolvimento do programa de exercícios, de atividades físicas e/ou desportivas faz-se necessário a realização de avaliação física procedida por Profissional de Educação Física, de acordo com a sua respectiva área de intervenção, que analisará as condições para o desenvolvimento das atividades a serem realizadas.

Experiências anteriores de programas de atividade física como os Programas Academia da Cidade (PAC) de Recife, Aracaju e Belo Horizonte; e o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) de Vitória e Curitiba, foram imprescindíveis, uma vez que serviram de base para a criação de uma política pautada na articulação entre Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos estados e municípios dentro da perspectiva de promoção de atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS), até então inédita no âmbito da promoção de saúde no Brasil (KNUTH et al., 2010).

A análise de evidências da efetividade desses programas corroborou para instituição do Programa Academia da Saúde em 2011 em âmbito nacional, com o objetivo de integrar as ações da Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde, Prevenção e Atenção de DCNT's. Os Polos do Programa Academia da Saúde (PPAS) consistem em locais públicos cujas ações desenvolvidas objetivam o incentivo e a orientação às práticas de atividade física, bem como a promoção da saúde, sob instrução de profissionais qualificados. Deverão ainda, abranger 40 horas semanais, no mínimo, com funcionamento em pelo menos 2 turnos diariamente, em horários pré-estabelecidos, conforme a necessidade da população e território (BRASIL, 2013: Portaria 2684 de 8 de novembro de 2013).

De acordo com a Portaria 2681 de 7 de novembro de 2013, há princípios e atividades desenvolvidas que caracterizam este programa. Os princípios envolvem: “participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde, intersetorialidade, interdisciplinaridade, integralidade do cuidado, intergeracionalidade e territorialidade”. Já as atividades correspondem a: “práticas corporais e atividades físicas, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, promoção da alimentação saudável, práticas integrativas e complementares, práticas artísticas e culturais, educação em saúde, planejamento e gestão e mobilização da comunidade”.

Com base na Portaria 2684 de 8 de novembro de 2013, o Ministério da Saúde faz investimentos financeiros para a implantação dos PPAS e custeio de suas atividades, com uma infraestrutura adequada. Com isso, pode-se contemplar 3 modalidades de PAS, sendo elas: básica, intermediária ou ampliada. A modalidade básica se compõe por espaço de vivência, espaço com equipamentos e espaço multiuso. A modalidade intermediária e ampliada se compõe por espaço de vivência com infraestrutura de apoio, espaço com equipamentos e espaço multiuso, diferindo com relação à área de abrangência, que é maior na modalidade ampliada, a qual também requer mais disponibilização de recursos financeiros.

Além disso, essa mesma portaria estabelece que, para a realização das atividades no PAS, é necessário haver a presença de no mínimo 1 profissional da área da saúde com

nível superior cuja carga horária seja correspondente a 40 horas semanais ou a presença de 2 profissionais com nível superior com uma carga horária de 20 horas semanais cada um.

Desse modo, levando-se em consideração a recente inserção das iniciativas de promoção da saúde com ênfase nas políticas de incentivo à prática de atividade física na agenda de prioridades do governo brasileiro e considerando ainda que os dados sobre a eficácia dos programas de promoção da atividade física no Brasil são restritos aos grandes centros, o presente estudo busca conhecer o perfil dos usuários do Programa Academia da Saúde no município de Imperatriz e levantar dados que auxiliem na avaliação do impacto na qualidade de vida da população assistida por esse tipo de iniciativa no interior do Maranhão.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar a eficácia do Programa Academia da Saúde do município de Imperatriz-Maranhão, a partir da visão do usuário e dos padrões definidos pela Portaria N° 2684, de 8 de Novembro de 2013 (BRASIL, 2013) bem como o conhecimento sobre saúde e nutrição dos usuários.

### **2.2 Específicos**

- Verificar o padrão de estrutura disponibilizado na academia, conforme preconizado pela Portaria N° 2684, de 8 de Novembro de 2013, bem como a visão dos participantes em relação à estrutura e acesso ao Programa;
- Definir o perfil dos usuários do programa;
- Verificar o conhecimento dos entrevistados sobre saúde e nutrição;

### **3. METODOLOGIA**

O estudo do tipo descritivo quantitativo foi realizado no Pólo do Programa Academia da Saúde, Beira Rio do município de Imperatriz, estado do Maranhão, nos meses de junho e julho de 2015.

#### **3.1. Identificação da instituição**

A descrição da instituição foi realizada com o auxílio de questionário de identificação desenvolvido para essa finalidade (APÊNDICE A) no qual foram registradas informações acerca das estruturas de apoio para a prática de exercícios físicos tais como quantidade de salas e equipamentos disponíveis, além de outros aspectos pertinentes ao funcionamento do polo, como a composição da equipe multiprofissional e distribuição das atividades conforme determina a Portaria N° 2684 de 8 de Novembro de 2013. A instituição dispõe do turno vespertino e noturno para funcionamento (16:00 as 20:00 horas).

#### **3.2. Usuário**

O público alvo abrange adultas do sexo feminino, que se disponibilizaram a integrar a equipe de alunos, cuja faixa etária varia de 18 a 66 anos.

Os participantes foram informados sobre os procedimentos de coleta de dados e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) responderam a questionários com informações sócio-demográficas, contendo inclusive informações relativas ao tempo de permanência no polo, tipos de atividades praticadas, motivo de adesão ao programa e orientação nutricional (APÊNDICE B).

##### ***3.2.1. Conhecimento em nutrição***

A avaliação do conhecimento em nutrição realizou-se através da aplicação da escala de conhecimento nutricional utilizada no National Health Interview Survey Cancer Epidemiology traduzida e adaptada por Scagliusi et al., 2006 (ANEXO B), em que pôde-se avaliar o conhecimento nutricional das entrevistadas.

Este método é constituído por 12 questões, em que para cada resposta correta um ponto é contabilizado; ao final, somam-se todos os pontos, que variam de 0 a 14, já que uma

das questões possui três alternativas corretas. Caso a pontuação varie de 0 a 6 significa que, o indivíduo possui um baixo conhecimento nutricional; se variar de 7 a 10 significa que, há um moderado conhecimento nutricional; e se for acima de 10, corresponde a um alto conhecimento nutricional.

Foi realizada a análise estatística, havendo divisão das 12 questões em três grupos. O primeiro grupo abrangeu as questões de 1 a 4 relativas ao conhecimento da relação entre alimentação e o desenvolvimento de patologias, com pontuação variando de 0 a 6. O segundo grupo abarcava as questões de 5 a 11 associadas ao conhecimento sobre fibras e gorduras, com pontuação variando de 0 a 7. O terceiro grupo era constituído pela questão 12 que se referia ao conhecimento da quantidade adequada para ingestão de frutas e verduras diariamente, com pontuação variando de 0 a 1. Cada grupo de perguntas possuía pontuações diferentes, havendo um cálculo individualizado do percentual de acerto de cada um, considerando as maiores pontuações.

### ***3.2.2 Percepção da Saúde e do Programa***

A percepção de saúde foi avaliada por meio da aplicação de um Questionário (APÊNDICE C), que continha dados relativos à percepção que cada usuário tinha com relação à própria saúde, utilizando os seguintes quesitos: ruim, regular, boa, muito boa, excelente. Houve a abordagem também da presença ou ausência de comorbidades associadas com cada entrevistado.

A percepção do programa foi avaliada por meio da aplicação do mesmo Questionário (APÊNDICE C), que continha dados relativos à percepção que cada usuário tinha com relação à participação no Programa levando-se em consideração os quesitos grau de satisfação, estrutura física, equipamentos, acompanhamento profissional, segurança, localização, horário das aulas, tipos de atividades oferecidas, utilizando os seguintes critérios: excelente, muito bom/boa, bom/boa, médio, regular e ruim.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1. Identificação da instituição**

A instituição dispõe de um espaço multiuso, aonde é realizada a maioria das atividades (localizada, aeróbica, pilates em solo, caminhadas supervisionadas e treino funcional) servindo também como um espaço de vivência; de uma área de equipamentos, constituída por 3 barras horizontais, 3 espaldares, 9 pranchas para exercício abdominal (sendo 3 com inclinação mais elevada e 6 com inclinação mais baixa) e 2 bancos. Observou-se ainda a presença de uma placa com instruções variadas sobre alongamento. Não possui barras assimétricas e nem barras marinheiras.

Possui ainda banheiros (masculino e feminino) e uma estrutura de apoio, aonde se localizam tanto as salas para guarda de materiais (bola para abdominal, bambolês, pesos, entre outros) e para a realização de alguns exercícios, quanto às utilizadas pelos profissionais da saúde para avaliar os indivíduos. Dispõe ainda de uma copa pequena.

A sala de orientação consiste no espaço em que ocorre orientação e avaliação física e nutricional com elaboração de plano alimentar, avaliação postural, teste de glicemia e aferição de pressão arterial, peso, altura e circunferências da cintura e quadril. Este programa funciona com a participação de uma equipe multiprofissional, envolvendo nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem e psicólogo.

A duração das atividades compreende um tempo aproximado de 4 horas por dia, havendo variedade na aplicação delas, distribuídas em cinco vezes por semana. Quanto às ações educativas de promoção da saúde e prática de atividade física percebe-se que são realizadas ações informativas durante as aulas, organização de eventos, palestras e distribuição de materiais educativos (como panfletos, folders, cartilhas, etc.). Não houve descrição com relação à realização de capacitações profissionais.

Pelas características observadas e baseando-se na caracterização das modalidades de PAS, diz-se tratar-se de uma modalidade ampliada, dispondo de um espaço com dimensão mínima de 550 m<sup>2</sup>, dividido em espaço de vivência com estrutura de apoio, espaço com equipamentos e espaço multiuso (BRASIL, 2013). Observou-se que o Programa não possui registros das avaliações realizadas, dificultando a possibilidade de uma posterior comparação de dados e evoluções dos indivíduos atendidos.

## 4.2. Identificação dos usuários

Houve a participação de 45 voluntárias do Programa Academia da Saúde do Município de Imperatriz nas entrevistas realizadas, correspondendo a 64,3% do total de participantes deste programa, o qual equivalia a aproximadamente 70 pessoas com uma frequência regular. Todas as entrevistadas eram do sexo feminino, com uma média de idade de  $47,06 \pm 11,54$  anos (Tabela 1).

Neste grupo, havia com relação à ocupação, um quantitativo maior de donas de casa relativo a 35,6%, seguidos de pessoas aposentadas, costureiras, professoras e vendedoras, que equivaleram cada uma a 6,7%. Além disso, houve a categorização denominada “outros” relativa a 37,8%, que incluía estudantes, cozinheiras afastadas do trabalho, funcionárias públicas, cabeleireiras, secretária, agente de saúde, comerciante, auxiliar de escritório, gestora de escola, cuidadora social, microempreendedora, administrador/esteticista e zeladora, que representavam um menor quantitativo de indivíduos (Tabela 1).

No que tange ao estado civil, observou-se um percentual maior de mulheres casadas (57,8%), seguidas das solteiras (28,9%), das divorciadas (6,7%), das viúvas (4,4%) e da que estabeleceu união estável (2,2%) (Tabela 1).

Já com relação à renda familiar, notou-se que houve maior relato de recebimento de renda inferior a 3 salários mínimos (46,7%), seguida de renda superior a 3 salários mínimos (33,3%) e por conseguinte recebimento de 1 salário mínimo (20%) (Tabela 1).

**Tabela 1:** Identificação das usuárias do Programa Academia da Saúde de Imperatriz- MA, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (n=45)</b>		
<b>Média±DP</b>	47,06 ± 11,54 anos	
18 a 24	1	2,2
25 a 34	7	15,6
35 a 44	10	22,2
45 a 59	22	48,9
> ou= a 60	5	11,1
<b>Ocupação (n=45)</b>		
Dona de casa	16	35,6
Costureira	3	6,7
Professora	3	6,7
Vendedora	3	6,7
Aposentada	3	6,7
Outros*	17	37,8
<b>Estado civil (n=45)</b>		
Solteira	13	28,9
Casada	26	57,8
Divorciada	3	6,7
União estável	1	2,2
Viúva	2	4,4
<b>Renda Familiar (n=45)</b>		
< 3 salários mínimos	21	46,7
1 salário mínimo	9	20
> 3 salários mínimos	15	33,3

\* incluíam estudantes, cozinheiras afastadas do trabalho, funcionárias públicas, cabeleireiras, secretária, agente de saúde, comerciante, auxiliar de escritório, gestora de escola, cuidadora social, microempreendedora, administrador/esteticista e zeladora; n: número de participantes; DP: desvio padrão.

Fonte: Dados da pesquisa

#### **4.2.1 Participação no Programa**

Com relação à participação no programa, analisaram-se os seguintes aspectos: frequência semanal, tempo diário de permanência, tipos de atividades realizadas, motivo(s) de adesão e se houve orientação nutricional no momento da adesão ao programa e qual profissional a realizou.

Para a frequência semanal, percebeu-se que a maioria das entrevistadas (46,7%) frequentavam 5 vezes por semana o programa; enquanto que, 24,4% frequentavam 4 vezes por semana, 22,2% 3 vezes por semana, 2,2% 2 vezes por semana e 4,4% não relataram sua frequência (Tabela 2).

O tempo diário de permanência constatou que 51,1% dos indivíduos ficavam cerca de 1 hora na academia, enquanto que 33,3% ficavam entre 1 e 2 horas, e 11,1% ficavam cerca de 2 horas na academia (Tabela 2).

Quanto aos tipos de atividades realizadas, destacaram-se os seguintes exercícios: localizada, aeróbica, pilates, caminhada e treino funcional. As alunas realizavam mais de um tipo de atividade, notando-se que em sua maioria (53,3%) havia a realização de três tipos de atividades diversificadas (Tabela 2).

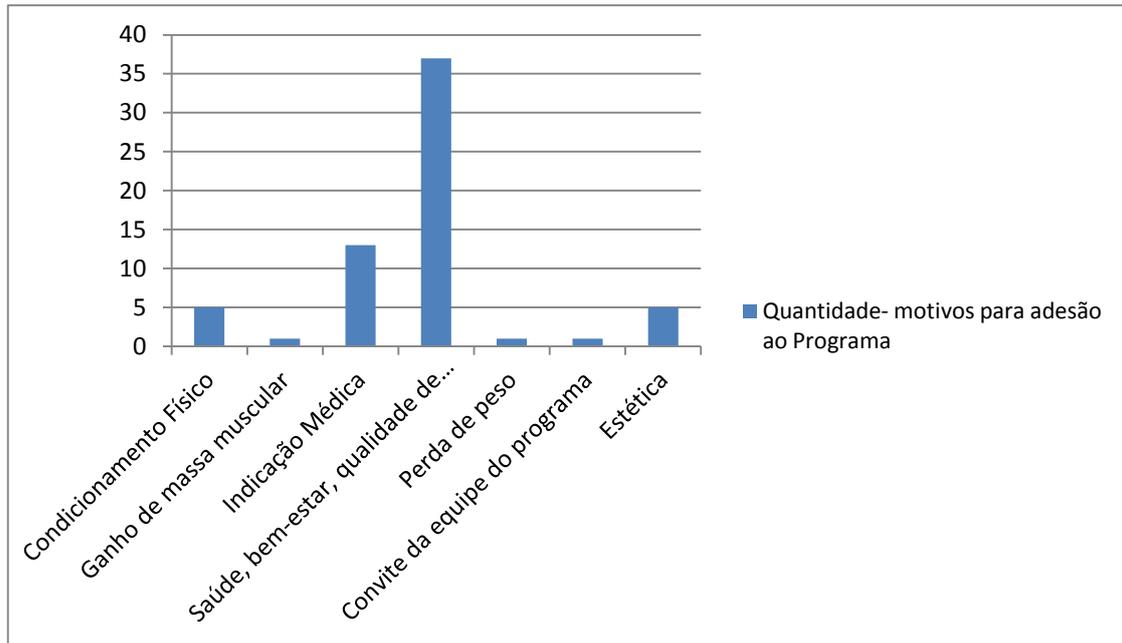
**Tabela 2:** Participação no Programa Academia da Saúde de Imperatriz- MA, 2015.

Variáveis	n	%
<b>Frequência semanal (n=43)</b>		
2 vezes por semana	1	2,2
3 vezes por semana	10	22,2
4 vezes por semana	11	24,4
5 vezes por semana	21	46,7
<b>Tempo diário de permanência (n=44)</b>		
< 1 hora	1	2,2
1 hora	23	51,1
> 1 hora e < 2 horas	15	33,3
2 horas	5	11,1
<b>Quantidades de atividades realizadas (n=43)</b>		
2 atividades	5	11,1
3 atividades	24	53,3
4 atividades	14	31,1

**n:** número de participantes

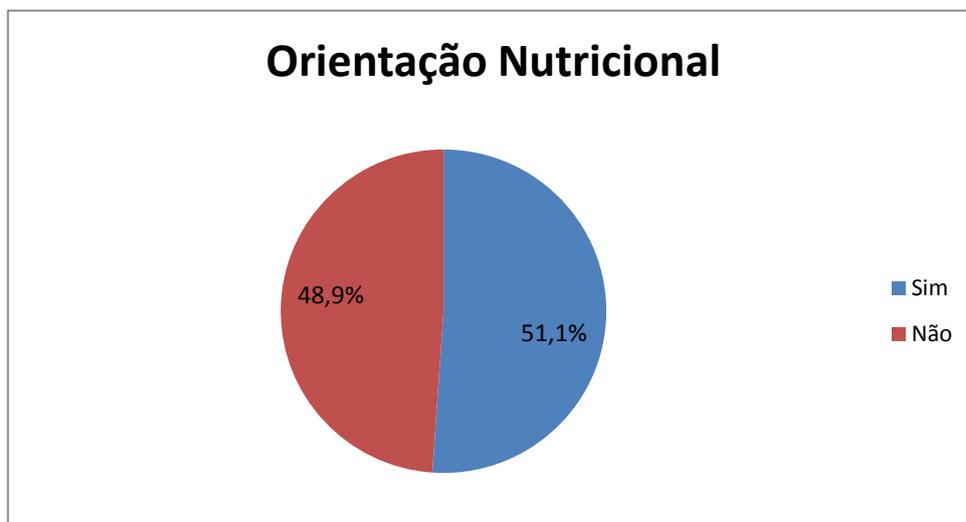
Fonte: Dados da pesquisa

Os motivos de adesão ao programa foram variados, sendo relatados mais de um motivo em sua maioria por pessoa. Entre eles estão: condicionamento físico; ganho de massa muscular; indicação médica; saúde, bem-estar e qualidade de vida; perda de peso; convite da equipe do programa e estética. Quanto aos resultados para este quesito, observou-se que 82,2% das entrevistadas objetivavam a busca por saúde, bem-estar e qualidade de vida, demonstrando uma preocupação maior pela promoção da saúde (Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Motivos para adesão ao Programa

Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere à orientação nutricional no momento da adesão ao programa, percebeu-se que 51,1% receberam esta orientação, enquanto que 48,9% não obtiveram (Gráfico 2). Quanto aos profissionais que realizaram esta orientação verificou-se que 78,3% foram feitas por nutricionistas, 13% pela associação entre nutricionistas e educadores físicos e 8,7% apenas por educadores físicos (Tabela 3).

**Gráfico 2:** Orientação Nutricional

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 3:** Profissionais que realizaram orientação nutricional

<b>Profissionais (n=23)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nutricionista	18	78,3
Educador Físico	2	8,7
Educador Físico + Nutricionista	3	13

**n: número de participantes; %: percentual**

Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.2.2 Percepção de Saúde

No que tange à classificação da saúde, verificou-se que 55,6% consideraram sua saúde boa, enquanto que 26,7% a consideraram regular, 13,3% a consideraram muito boa e 4,4% a consideraram ruim (Tabela 4).

Quanto às comorbidades, inferiu-se que 20% das entrevistadas relataram possuir doenças ósseas, 15,6% hipertensão arterial, 11,1% diabetes mellitus, 6,7% doenças cardiovasculares, e 20% classificados no quesito outros (problemas na coluna, rinite, hipercolesterolemia, labirintite, hipotireoidismo e constipação) por apresentarem um menor quantitativo de indivíduos acometidos por tais patologias/problemas (Tabela 4).

**Tabela 4:** Percepção de saúde dos participantes do Programa Academia da Saúde de Imperatriz- MA, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Classificação da sua saúde (n=45)</b>		
Muito bom/boa	6	13,3
Bom/boa	25	55,6
Regular	12	26,7
Ruim	2	4,4
<b>Comorbidades (n=33)</b>		
Doença Óssea	9	20
Hipertensão Arterial	7	15,6
Diabetes Mellitus	5	11,1
Doença Cardiovascular	3	6,7
Outros*	9	20

\* problemas na coluna, rinite, hipercolesterolemia, labirintite, hipotireoidismo e constipação

**n: número de participantes; %: percentual.**

Fonte: Dados da pesquisa

### 4.2.3 Escala de Conhecimentos Nutricionais

Os conhecimentos nutricionais revelaram que 57,8% possuíam um médio conhecimento nutricional, 40% um alto conhecimento nutricional e 2,2 um baixo conhecimento nutricional. Esses resultados acabaram tendo uma relação com a renda familiar, pois se observou que, para aquelas que recebiam mais que três salários mínimos o percentual geral de alto conhecimento nutricional foi maior; enquanto que para aquelas que recebiam menos que três salários mínimos o percentual de médio conhecimento nutricional foi maior, percebendo-se um decréscimo na escala de acordo com a condição financeira de cada indivíduo (Tabela 5).

**Tabela 5:** Nível de conhecimento em nutrição segundo a renda familiar das usuárias do Programa Academia da Saúde de Imperatriz- MA, 2015.

	<b>TODOS (n=45)</b>	<b>&lt; 3SM (n=21)</b>	<b>1 SM (n=9)</b>	<b>&gt; 3SM (n=15)</b>
<b>Conhecimentos</b>	<b>Média±DP</b>	<b>Média±DP</b>	<b>Média±DP</b>	<b>Média±DP</b>
<b>Geral</b>	10,04 ± 1,97	9,62 ± 1,85	10,11 ± 2,08	<b>10,60 ± 2,08</b>
<b>Específico</b>				
<b>Grupo 1 (1 a 4)</b>	4,13 ± 0,97	3,76 ± 0,89	4,56 ± 0,73	4,40 ± 1,06
% acerto	35,6	19,1	44,4	53,3
<b>Grupo 2 (5 a 11)</b>	5,27 ± 0,99	5,14 ± 0,85	5,11 ± 1,05	5,53 ± 1,13
% acerto	40	33,3	33,3	53,3
<b>Grupo 3 (12)</b>	0,64 ± 0,48	0,71 ± 0,46	0,44 ± 0,53	0,67 ± 0,49
% acerto	64,4	71,4	44,4	66,7

Grupo 1: conhecimento da alimentação no desenvolvimento de patologias. Grupo 2: Conhecimento de alimentos fontes de gordura e fibras. Grupo 3: Conhecimento da quantidade ideal da ingestão de frutas e verduras por dia.

**n:** número de participantes; **DP:** desvio padrão; **SM:** salário mínimo.

Fonte: Dados da pesquisa

### 4.2.4 Avaliação do Programa

Seguindo o percurso da avaliação do programa foram dispostos oito itens para análise pelas entrevistadas, dentre os quais: grau de satisfação, estrutura física, equipamentos, acompanhamento profissional, segurança, localização, horário das aulas e tipo de atividades oferecidas.

Estes itens se basearam numa classificação pautada nos seguintes critérios: excelente, muito bom/boa, bom/boa, médio, regular e ruim.

No que tange ao grau de satisfação, houve apenas a arguição levando-se em conta três critérios (baixo, médio e excelente), obtendo-se os seguintes resultados: 48,9% consideraram médio e 46,7% consideraram excelente (Tabela 6).

Pode-se observar na Tabela 6 que, a avaliação da maioria desses quesitos mostrou-se maior para o critério intitulado como bom/boa, demonstrando um grau de receptividade e conseqüente busca por aprimoramento para que o programa se desenvolva. Nesse ínterim, a maior pontuação relativa ao critério bom/boa correspondeu às características relativas à segurança e ao horário das aulas, equivalendo a 64,4%.

Os percentuais relativos aos indivíduos que não responderam estes questionamentos relativos à avaliação do programa em função da não compreensão das questões ou pela falta de tempo para arguição de todos os aspectos, oscilou entre 4,4% e 6,7%, correspondentes respectivamente a 2 e 3 pessoas (Tabela 6).

**Tabela 6:** Avaliação do Programa Academia da Saúde de Imperatriz- MA, 2015 pelos entrevistados.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Grau de Satisfação (n=45)</b>		
Excelente	21	46,7
Médio	22	48,9
Não respondeu	2	4,4
<b>Estrutura Física (n=45)</b>		
Excelente	4	8,9
Muito bom/boa	7	15,6
Bom/boa	27	60
Regular	5	11,1
Não respondeu	2	4,4
<b>Equipamentos (n=45)</b>		
Excelente	2	4,4
Muito bom/boa	6	13,3
Bom/boa	24	53,3
Regular	11	24,4
Não respondeu	2	4,4
<b>Acompanhamento Profissional (n=45)</b>		
Excelente	7	15,6
Muito bom/boa	8	17,8
Bom/boa	27	60
Não respondeu	3	6,7
<b>Segurança (n=45)</b>		
Muito bom/boa	2	4,4
Bom/boa	29	64,4
Regular	7	15,6
Ruim	5	11,1
Não respondeu	2	4,4
<b>Localização (n=45)</b>		
Excelente	8	17,8
Muito bom/boa	6	13,3
Bom/boa	28	62,2
Regular	1	2,2
Não respondeu	2	4,4

<b>Horário das aulas (n=45)</b>		
Excelente	3	6,7
Muito bom/boa	10	22,2
Bom/boa	29	64,4
Regular	1	2,2
Não respondeu	2	4,4
<b>Tipos de atividades oferecidas (n=45)</b>		
Excelente	5	11,1
Muito bom/boa	9	20
Bom/boa	28	62,2
Regular	1	2,2
Não respondeu	2	4,4
<b>n: número de participantes; %: percentual</b>		

Fonte: Dados da pesquisa

## **5. DISCUSSÃO**

### **5.1. Caracterização do estudo de caso**

O estudo de caso realizado foi caracterizado por ser do tipo descritivo quantitativo. O estudo do tipo descritivo abrange análises quantitativas e qualitativas, havendo levantamento de dados, questionamentos acerca destes e registro de como eles ocorrem (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008; HYMANN, 1967).

O estudo do tipo descritivo pode ser tanto qualitativo quanto quantitativo, se baseando no uso de questionários e entrevistas, que apresentem variáveis distintas e importantes para a pesquisa, representadas por meio de tabelas e gráficos (BOENTE; BRAGA, 2004; DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

Segundo Richardson (1989), o método da quantificação caracteriza-se pela coleta de informações e conseguinte tratamento dessas por meio da utilização de técnicas estatísticas, que compreendam as mais simples às mais complexas.

Além disso, essa abordagem quantitativa refere-se a tudo que pode ser mensurado em números, para então serem classificados e analisados (RAMOS; RAMOS; BUSNELLO, 2005).

O presente estudo acabou apresentando como empecilho um número amostral reduzido em comparação com o tamanho total da população atendida pelo Programa, em função de informações incompletas e ou desistências no momento das entrevistas.

### **5.2. Aspectos relativos à instituição e aos usuários**

O crescente aumento da população, da expectativa de vida e de indivíduos residindo nos espaços urbanos, atrelado ao processo de industrialização, trouxeram à tona questões direcionadas ao estilo de vida da população, mais especificamente à consequente elevação do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis ocasionadas por maus hábitos de vida (alcoolismo, tabagismo, alimentação inadequada, etc.), suscitando assim preocupações relativas à valorização da promoção da saúde, a qual agrega ações de cunho individual e comunitários, almejando obter qualidade de vida, indo além das medidas preventivas ou curativas (NAHAS; GARCIA, 2010).

O Programa Academia da Saúde (PAS) tem o intuito de fortalecer a promoção da saúde, a partir da adoção de modos de vida saudáveis. Para tanto, abrange a implantação de

polos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, visando estimular a participação no Programa, para que haja uma prática regular de atividade física, buscando com isso proporcionar possivelmente uma diminuição da gordura corporal tendo em vista um maior gasto calórico, um aumento da sensibilidade à insulina, a redução da pressão arterial e o fortalecimento do sistema imunológico (PADILHA, OLIVEIRA, FIGUEIRÓ, 2015).

A prática de atividade física é vista como uma sequência sistematizada de variados movimentos realizados com o corpo, cujo objetivo se direciona para a obtenção de vários benefícios corporais, tais como: prevenção de osteoporose, proteção contra doenças cardiovasculares, diabetes, entre outros, se os exercícios forem executados regularmente, com uma intensidade, frequência, tipo e tempo estabelecido e controlado (CALDEIRA, FIGUEIREDO, 2012).

Segundo a Portaria 2684 de 8 de novembro de 2013, para que ocorram as atividades no PAS, é necessário haver a presença de no mínimo 1 profissional da área da saúde com nível superior com uma carga horária correspondente a 40 horas semanais ou a presença de 2 profissionais com nível superior com uma carga horária de 20 horas semanais cada um.

Com base na legislação vigente do Código Brasileiro de Ocupação (CBO), a equipe do Programa Academia da Saúde deverá ser composta no mínimo por um dos seguintes profissionais: profissional de educação física na saúde, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta geral, fonoaudiólogo geral, nutricionista, psicólogo, sanitarista, educador social, musicoterapeuta e arteterapeuta (MATO GROSSO, 2014).

O Programa Academia da Saúde busca concretizar suas atividades nos espaços correspondentes aos polos, sem haver, no entanto, empecilhos para que sejam feitas atividades de extensão em outros equipamentos da saúde ou sociais (MATO GROSSO, 2014). Neste caso, se exemplifica as caminhadas supervisionadas, que ocorrem além do espaço aonde se localiza o polo do Programa que foi o foco neste estudo de caso.

No presente estudo, baseando-se no que a Portaria 2684/2013 preconiza, observou-se a participação de uma equipe multiprofissional (nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos e técnicos em enfermagem), cumprindo uma carga horária de cerca de 20 horas/ semanais. Além disso, a duração das atividades compreende um tempo aproximado de 4 horas/dia, distribuídas em cinco vezes por semana. Já a modalidade deste programa é ampliada, dispondo de um espaço com dimensão mínima de 550 m<sup>2</sup>.

Somado a isso, quanto à avaliação do Programa, todos os itens (grau de satisfação, estrutura física, equipamentos, acompanhamento profissional, segurança, localização, horário das aulas, tipos de atividades oferecidas) obtiveram a classificação direcionada para o quesito

**Bom**, demonstrando que há uma boa avaliação do Programa, cujos percentuais variaram de 48,9% a 64,4%.

Além disso, de acordo com o programa de Academia da Saúde do parque Sítio da Trindade em Recife, nota-se que, uma turma com cerca de 20 mulheres com mais de 40 anos resiste a exercícios pesados em sequência. Entre eles destacam-se: alongamento, agachamento e flexão. Observou-se inclusive neste mesmo grupo, uma baixa adesão dos homens às aulas, em que numa turma de 20 pessoas, raramente eles representaram mais que dois representantes. É preciso que sejam feitas atividades que chamem mais a atenção deste público, o qual muitas vezes acaba se limitando a correr na pista da própria praça (LEMOS, 2012).

Segundo SILVA e PUREZA (2015), em outro estudo da academia pública, do Bairro Jardim Felicidade, Macapá-Amapá, a população foi constituída por 46 indivíduos praticantes de atividade física, de ambos os sexos, sendo 38 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino, cuja média de idade foi de 39,27 anos.

O destaque para a presença feminina também foi relatado em outros estudos realizados em Academias da Cidade. Acredita-se que isto ocorre em função da maior preocupação das mulheres pela busca dos serviços de saúde, por conta do maior autocuidado associado à priorização de tempo para esta finalidade. Porém, contrariamente a estes resultados, a Política Nacional de Saúde do Homem vem reforçar a necessidade de rompimento desta barreira, para que indivíduos do sexo masculino tenham mais iniciativa na busca pelos serviços de saúde (GOMES et al, 2011; SIMOES et al 2009; BRASIL, 2008).

Além disso, no presente estudo, observou-se um quantitativo maior de entrevistadas cujo estado civil caracterizou-se por serem casadas. Na pesquisa de LEMOS (2012), a maioria das pessoas também era casada (42,7%), seguida de solteiras (33,8%).

Já a ocupação das entrevistadas do presente estudo, o percentual das pessoas que se encontravam ativas no trabalho, afastadas ou aposentadas foi de 60%, enquanto que o quantitativo das estudantes ou donas de casa foi de 40%. O estudo de SILVA e PUREZA (2015) apresentou valores condizentes com este, sendo o maior percentual das pessoas que trabalham, relativo a 54%, enquanto aquelas que não trabalham o percentual foi de 46%.

Quanto à renda familiar, notou-se que houve maior relato de recebimento de renda inferior a três salários mínimos. Para SILVA e PUREZA (2015), no que se refere a este quesito, a maioria (78%) dos praticantes de atividades físicas possui renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, enquanto que 18% possuem de 4 a 6, e 4% possuem renda acima de 6 salários mínimos; demonstrando similaridade com o estudo em questão.

Assim, baseado no decreto nº 8.381, de 29.12.2014 publicado *no Diário Oficial da União em 30.12.2014*, dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que estabelece o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Assim, a presidenta da república, decretou que, a partir de 1º de janeiro de 2015, o salário mínimo seria de R\$ 788,00 (setecentos e oitenta e oito reais) (BRASIL, 2014). Com isso, é possível ter-se uma noção acerca do valor recebido por cada participante, o qual se mostrou inferior a R\$ 2364,00.

De acordo com HALLAL (2010), num estudo feito na Academia da Cidade de Recife/Pernambuco, em relação à participação no programa, foi percebido que, a maioria dos indivíduos o frequenta quatro vezes ou mais por semana. Já LEMOS (2012), notou que, independente do grupo estudado, a maioria participava do Programa mais de três dias por semana. Enquanto que, neste estudo de caso, a maioria das entrevistadas frequentava cinco vezes por semana o programa, representando realidade próxima com o primeiro caso em questão.

Na Academia da Saúde de Imperatriz, o tempo diário de permanência era maior para aqueles indivíduos que permaneciam no programa cerca de 1 hora por dia (51,1%), ou seja, 60 minutos. Uma das diretrizes adotadas em todo o mundo, do American College of Sports Medicine (ACSM), instrui que adultos realizem 30 minutos ou mais de atividade física com intensidade moderada pelo menos 5 dias por semana, ou 20 minutos de atividade física de intensidade vigorosa pelo menos 3 dias por semana, além das atividades da vida diária. Com isso, percebe-se que a maioria das entrevistadas segue esta recomendação temporal.

Os motivos de adesão ao programa foram variados, observando-se que 82,2% das entrevistadas objetivavam a busca por saúde, bem-estar e qualidade de vida, demonstrando uma preocupação maior pela promoção da saúde; seguida por 28,9% de indicação médica. Para LEMOS (2012), dentre os cinco motivos mais apontados à adesão, “adotar um estilo de vida saudável” foi o mais prevalente (90,4%), seguido de “relaxar/ reduzir o nível de estresse” (46,9%), “melhorar seu desempenho físico” (46,%), “melhorar a saúde” (45,8%) e “atividades oferecidas pelo programa” (37,7%).

No que se refere à orientação nutricional no momento da adesão ao programa, percebeu-se que 51,1% receberam esta orientação, sendo que 78,3% foram feitas por nutricionistas e 13% pela associação entre nutricionistas e educadores físicos. Segundo FERRAZ e MACHADO (2008), é de suma importância a realização de uma orientação nutricional adequada e individualizada para quem pratica exercícios físicos, a fim de que se obtenha um equilíbrio entre o que se ingere e as alterações ocasionadas pela atividade física.

Corroborar ainda enfatizando que, a atuação combinada entre o educador físico e o nutricionista, auxilia para que as pessoas tenham comportamentos condizentes com que o propõe a promoção da saúde, sem extremismos.

No que tange à classificação da saúde, verificou-se que 55,6% das participantes do Programa consideraram sua saúde boa. Seguindo uma linha similar, no estudo de HALLAL (2010), há um quantitativo parecido de indivíduos com uma percepção excelente ou muito boa de saúde entre usuários e não usuários do Programa; enquanto que, o quantitativo de indivíduos com percepção de saúde regular ou ruim foi significativamente maior entre os não usuários (45,4%) do programa, em comparação aos usuários (28,5%).

Quanto ao relato das entrevistadas sobre comorbidades que possuíam, destacaram-se as doenças ósseas (20%), hipertensão arterial (15,6%) e diabetes mellitus (11,1%). Além disso, 53,3% relataram não ter nenhuma doença. No estudo de LEMOS (2012), sobre a presença de doenças na população estudada, 64,2% afirmaram não ter nenhuma doença e houve um quantitativo maior de relato de hipertensos (74,8%). O quantitativo de diabéticos registrado foi de 20%, demonstrando de acordo com ambos os estudos, associações entre as doenças crônicas não transmissíveis. Entre outras doenças citadas pelos entrevistados estão também os problemas osteoarticulares.

Segundo COSTA et al (2013), em seu estudo numa Academia da Cidade em Belo Horizonte, apesar das elevadas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis, aproximadamente 30% dos entrevistados classificaram sua saúde como regular, ruim e muito ruim, que podem associar-se a medidas relativas à morbidade, uso de serviços e padrão alimentar errôneo. A falta de acesso a alimentos qualitativamente e quantitativamente mais adequados em função de um menor poder de compra têm sido algo prejudicial à saúde.

De acordo com YAZBEK e NETO (2008), o exercício físico é um fator importante no tratamento da osteoporose, por exemplo. Os praticantes de exercício regular (aeróbico, contra resistência e com impacto) acabam possuindo melhores medidas densitométricas que os sedentários, bem como tendo maior possibilidade de ganho de massa muscular, otimização da agilidade, do equilíbrio e da sensação de bem-estar.

As Academias da Cidade correspondem a uma das principais estratégias em busca de promoção da saúde no município de Belo Horizonte, objetivando a melhoria da qualidade de vida da população, com adoção de hábitos de vida mais saudáveis relacionados, por exemplo, à prática de exercícios físicos e a uma harmonia alimentar (MENEZES et al, 2011).

O grau de satisfação do presente estudo de caso baseou-se nos seguintes critérios: baixo, médio e excelente, obtendo-se os seguintes resultados: 48,9% consideraram médio e

46,7% consideraram excelente. Para HALLAL (2010), quando avaliado o grau de satisfação com o programa, 72,8% dos usuários relataram um grau elevado (alto ou muito alto) e 23,2% grau de satisfação médio e apenas 4% consideraram baixo ou insatisfeito. Assim, observa-se que, a avaliação do estudo deste trabalho foi positiva.

Ao analisar o nível de conhecimento nutricional, as mulheres com maior renda apresentaram um padrão de conhecimento nutricional considerado alto, tanto a nível geral quanto específico para o grupo 2 de perguntas relativas a conhecimentos de alimentos fontes de gorduras e fibras; seguido por uma aproximação em termos quantitativos para o grupo 3, o qual voltou-se para conhecimentos da quantidade ideal da ingestão de frutas e verduras por dia (Tabela 7).

Para COSTA et al (2012), o resultado foi semelhante ao do estudo em questão, sendo que as mulheres com maior renda apresentaram um maior conhecimento geral e específico para o grupo 2 de perguntas e uma tendência significativa para o grupo 1. Aspectos socioculturais podem reforçar estes resultados, já que pessoas com maior poder aquisitivo tendem a ter maiores conhecimentos nutricionais, em virtude do mais facilitado acesso a informações sobre este assunto bem como aos serviços de saúde.

Além disso, é notório na literatura tanto o papel de “vilã” do consumo excessivo da gordura alimentar no que se refere ao risco para desenvolvimento de doenças crônicas, quanto os benefícios resultantes da ingestão de alimentos ricos em fibras para prevenção destes mesmos problemas e consequente promoção da saúde (COSTA et al, 2012).

Em suma, as Academias da Cidade constituem espaços direcionados à propagação da saúde, pautada em orientações realizadas por profissionais capacitados, objetivando o estímulo à prática esportiva aliada a uma alimentação condizente em termos nutricionais, a fim de promover saúde e prevenir o desenvolvimento de doenças, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis (COSTA et al, 2013).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no presente trabalho, um relato de caso que abordou a avaliação do programa academia da saúde do município de Imperatriz – MA, e levando-se em consideração os resultados obtidos, pode-se inferir que:

✓ A estrutura do Programa é condizente com o que preconiza a Portaria nº 2684, de 8 de novembro de 2013; entretanto, é necessário que hajam ações direcionadas ao estímulo à participação de mais indivíduos do sexo masculino, já que o intuito do programa abrange variados públicos alvos, bem como uma frequência regular e registro das avaliações realizadas para que o acompanhamento dos participantes seja de fato fidedigna, pautada nos resultados, objetivando incentivar à contínua busca pela promoção da saúde.

✓ Mulheres casadas (57,8%) tenderam a procurar mais essas atividades.

✓ A renda familiar corresponde a um dos fatores mais relevantes tanto para a aquisição de gêneros alimentícios, quanto para a predominância de maiores conhecimentos relativos à alimentação e nutrição, revelando que, na avaliação geral, 57,8% possuíam um médio conhecimento nutricional, 40% um alto conhecimento nutricional e 2,2 um baixo conhecimento nutricional. Para as entrevistadas que recebiam mais que três salários mínimos o percentual geral de alto conhecimento nutricional foi maior.

✓ Um bom quantitativo de indivíduos busca o programa mais vezes por semana (cinco vezes por semana=46,7%), denotando uma maior preocupação com a saúde, corpo e mente.

✓ O tempo diário de permanência na academia da maioria dos entrevistados correspondia a cerca de uma hora, se configurando como um quantitativo benéfico, por estar dentro dos limites evidenciado em estudos.

✓ As atividades realizadas eram variadas, não tornando o exercício monótono e estabelecendo vínculos mais firmes com o programa.

✓ A busca por promoção da saúde destacou-se em meio a outros motivos elencados para adesão ao programa.

✓ É preciso que haja mais ações que visem mostrar a importância da orientação nutricional e estimular esta busca, já que bons resultados buscam aliar alimentação saudável com a prática de exercícios físicos.

✓ A maioria das entrevistadas (55,6%) classificou sua saúde como sendo “boa”, sendo um quantitativo superior ao registrado para os relatos de ausência de problemas de saúde; mas este fato pode não estar relacionado necessariamente à presença ou ausência de

doenças, podendo representar a sensação de bem-estar com a doença em equilíbrio, visto que 46,7% relataram ter alguma patologia e 53,3% relataram não ter.

✓ A satisfação com o programa foi positiva, cujos critérios que mais se destacaram das análises foram médio, excelente e bom/boa.

✓ Este programa almeja integrar a população a uma dinâmica de vida mais saudável, visando implementar medidas de promoção da saúde, reduzindo a necessidade de medidas curativas e prevenir o aparecimento de patologias, a fim de melhorar a qualidade de vida, por meio da adoção de práticas de exercícios físicos e reeducação alimentar.

✓ Assim, a eficácia deste programa pode-se apresentar levando-se em consideração alguns pontos: deve atender a um público bem eclético, visto que durante a pesquisa constatou-se uma presença majoritária de mulheres, tendo a necessidade de amplitude do grupo do sexo masculino; a frequência efetiva semanal associada a diversidade de atividades oferecidas estimulou a participação intensiva, gerando uma satisfação positiva do Programa e de suas características. Vale citar ainda, que a categoria cognitiva dos participantes à questão nutricional foi um dado relevante e positivo (foi constatado a preocupação do público entrevistado com a valoração acerca de uma boa nutrição associada aos exercícios).

## REFERÊNCIAS

ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças Crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):833-840, 2004.

ALVES, Carlos Fernando de Amorim et al. Fatores associados à inatividade física em adolescentes de 10-14 anos de idade, matriculados na rede pública de ensino do município de Salvador, BA. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2012; 15 (4): 858-70. Salvador.

BLAIR SN, MONTE MJ, NICHMAN MZ. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? **Am J Clin Nutr.** 2004;79(5):913–20.

BOENTE, Alfredo; BRAGA, Gláucia. **Metodologia científica contemporânea**. Rio de Janeiro: Brasport, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 8381, de 29.12.2014. **Diário Oficial da União** em 30.12.2014, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2014. Art.84, caput, inciso IV, da Constituição.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Passo a passo para a implantação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[www.saude.gov.br/academiadasaude](http://www.saude.gov.br/academiadasaude)>. Acesso em: 1 ago. 2015.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politicanacionalhomem.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 2684 de 8 de novembro de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684\\_08\\_11\\_2013\\_rep.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684_08_11_2013_rep.html)>. Acesso em: 1 ago. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2681, de 7 de Novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CALDEIRA, Gisele Tolentino; FIGUEIREDO, Thaysa Zago Ázara. Ampliação da Aplicabilidade da Academias de Saúde Pública: Promoção da Saúde dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Goiás. In: **CURSO DE ATUALIZAÇÃO**, 1., 2012, Goiânia. Disponível em:<

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3557.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

CASADO, Leticia. et al. Fatores de risco para Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 55(4): 379-388, 2009, Rio de Janeiro.

COELHO, Christianne de Faria; BURINI, Roberto Carlos. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, Campinas, 22(6): 937-946, nov/dez, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA- CONFEF. **A avaliação física em programas de exercícios físicos e esportivos**. Nota técnica nº 002/2012. Julho, 2012. Disponível em: <<http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=837>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

COSTA, Bruna Vieira de Lima et al. ACADEMIA DA CIDADE: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100011)>. Acesso em: 15 ago. 2015.

COSTA, Jamille Oliveira et al. Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade- Aracaju, SE. **Rev. Bras. Ativ. Fís. e Saúde**. Pelotas/RS. 17(2): 93-99. Abril, 2012.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008 ISSN 1980-7031

DUCA, Giovâni Firpo Del et al. Associação entre nível econômico e inatividade física em diferentes domínios. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Vol 14, nº 2, 2009.

FERRAZ, Alex S. Marreiros; MACHADO, André Accioly. Atividade física e doenças crônico-degenerativas. **Rev. Diversa**, Piauí, v.1, n.1, p. 25-35. Jan/Jun. 2008. Disponível em: < [http://www.ufpi.br/subsiteFiles/parnaiba/arquivos/files/rd-ed1ano1-artigo2\\_alexsoares.PDF](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/parnaiba/arquivos/files/rd-ed1ano1-artigo2_alexsoares.PDF)>. Acesso em: 25 jun. 2015.

FERREIRA, Marcela et al. Efeito de um programa de orientação de atividade física e nutrição sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50-72 anos de idade. **Rev. Bras. Med. do Esporte**. Vol 11 (13), mai/jun, 2005.

FISBERG, R. M; MARCHIONI, D. M. L. **Manual de Avaliação do Consumo Alimentar em estudos populacionais: a experiência do inquérito de saúde em São Paulo (ISA)**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012.

GOMES R, MOREIRA MC, NASCIMENTO EF, REBELLO LEFS, COUTO MT, SCHRAIBER LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciências Saúde Coletiva** 2011; 16(Supl.1): 983-992.

HALLAL, Pedro C. et al. Avaliação do programa comunitário de promoção da atividade física: O caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Vol 14 (1), 2009.

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

HALLAL, Pedro C. Promoção de atividade física no Brasil: uma questão que vai além da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 27 (4): 620-621, abril, 2011.

HYMANN, Hebert. **Planejamento e análise da pesquisa: princípios, casos e processos**. Rio de Janeiro: Lidador, 1967.

LEMOS, Emmanuely Correia de. *Determinantes da adesão e não adesão ao Programa Academia da Cidade, Recife-PE*. 2012.90f. **Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública)**- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012lemos-ec.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2015.

KNUTH, A.G et al. Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas. In: **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

MATO GROSSO (Estado). Secretaria de estado de saúde de Mato Grosso. Coordenadoria de Atenção Primária. **Orientações quanto à implantação do Programa Academia da Saúde em Mato Grosso**. Mato Grosso, 2014. 37p.

NAHAS, Markus Vinicius; GARCIA, Leandro Martin Totaro. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.24, n.1, p.135-48, jan./mar. 2010

NETO, Paulo da Fonseca Valença. et al. Inatividade física e obesidade central entre estudantes de educação física de uma instituição de ensino superior. **Rev. Bras. De Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo, v.5, nº27, p. 162-168, maio/jun, 2011.

PADILHA, Monique Alves; OLIVEIRA, Cátia Martins de; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.375-386, Abr./Jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00375.pdf>>. Acesso em: 20 Jun. 2015.

PITANGA, Francisco José Gondim; LESSA, Inês. Razão cintura-estatura como discriminador o rico coronariano de adultos. **Rev. Da Assoc. Médica Brasileira**. vol. 52, nº3, São Paulo. may/june, 2006.

RAMOS, Paulo; RAMOS, Magda Maria; BUSNELLO, Saul José. **Manual prático de metodologia da pesquisa: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese**. 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.  
SANTOS, Carla Menêzes et al. Atividade física no contexto dos deslocamentos: revisão sistemática dos estudos epidemiológicos realizados no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. V1 14 (1), 2009.

SCABAR, Thaís Guerreiro; PELICIONI, Andrea Focesi; PELICIONI, Maria Cecília 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 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. São Paulo: J Health Sci Inst. 2012, 30(4): 411-8. Disponível em: <[http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04\\_out-dez/V30\\_n4\\_2012\\_p411a418.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p411a418.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2015.

SCAGLIUSI et al. Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da Escala de Conhecimento Nutricional do National Health Interview Survey Cancer Epidemiology. **Rev. Nutr.**, Campinas, 19(4):425-436, jul./ago., 2006.

SILVA, F.M. da (Org.). **Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física na atenção básica à saúde**. Rio de Janeiro: CONFEEF, 2010. Disponível em: <[http://www.listasconfef.org.br/arquivos/Livro\\_Recomendacoes.pdf](http://www.listasconfef.org.br/arquivos/Livro_Recomendacoes.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2015.

SILVA, Renan Negrão da; PUREZA, Demilto Yamaguchi da. Perfil dos praticantes de atividades físicas da academia da praça do município de Macapá. **Special Edition**, Macapá, v.85, 2015. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/85.a1.118/10532>>. Acesso em: 22 Jun. 2015.

SIMOES EJ, et al. Effects of a Community-Based, Professionally Supervised Intervention on Physical Activity Levels Among Residents of Recife, Brazil. **Am J Public Health** 2009; 99(1):68-75.

WHO - World Health Organization. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: 1995.

YAZBEK, Michel Alexandre; NETO, João Francisco Marques. **Osteoporose e outras doenças osteometabólicas no idoso**. São Paulo: Einstein, 2008; 6 (Supl 1):S74-S8.

## APÊNDICE A – DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Questionário de Identificação da Instituição											
Localização: _____											
Data do início do funcionamento do polo (mês / ano): _____ / _____											
Horário de funcionamento: _____											
Público alvo / faixa etária: _____											
Estrutura Física											
<b>Área com equipamentos</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barra horizontal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Espaldar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bancos											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prancha p/ exercícios Abdominal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prancha p/ exercícios Abdominal											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barras assimétricas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barras marinheiro											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____											
Observações: _____											
_____											
_____											
<b>Sala de vivência</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não											
Observações: _____											
_____											
_____											
<b>Estrutura de apoio</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sala de orientação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depósito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sanitário masculino											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sanitário feminino <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DML <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Copa											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____											
Observações: _____											
_____											



<b>Capacitação profissional</b>
---------------------------------

Frequência: \_\_\_\_\_

Duração (carga horária): \_\_\_\_\_

Responsável pela capacitação: \_\_\_\_\_

Profissionais envolvidos: \_\_\_\_\_

Temas abordados: \_\_\_\_\_

Outras observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO**

Questionário nº: \_\_\_\_\_

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

**Identificação do usuário**

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

Sexo:  masculino  feminino

Idade (anos completos): \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  solteiro(a)  casado(a)  viúvo(a)  divorciado(a)  outros: \_\_\_\_\_

Renda familiar líquida: R\$ \_\_\_\_\_

**Participação no Programa**

Frequência semanal: \_\_\_\_\_

Tempo diário de permanência (minutos): \_\_\_\_\_

Tipos de atividades realizadas: \_\_\_\_\_

Motivo de adesão ao programa:  indicação médica  saúde, bem-estar e qualidade de vida  
 condicionamento físico  estética  outro: especificar: \_\_\_\_\_Orientação nutricional:  Sim  NãoProfissional que orientou:  nutricionista  médico  educador físico  
 outro: especificar: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C –QUESTIONÁRIO DA PERCEPÇÃO DA SAÚDE E DO PROGRAMA

### Percepção da saúde

Como você classifica sua saúde?

ruim  regular  boa  muito boa  excelente

Comorbidades auto-referidas:

Diabetes  Hipertensão  Doenças Ósseas  Doença Cardíaca  Câncer

Outras:

especificar: \_\_\_\_\_

### Percepção do Programa

Qual o grau de satisfação?  Baixo  Médio  Elevado

Como você classifica o Pólo em relação a:

**Estrutura Física:**

ruim  regular  bom/boa  muito boa/boa  excelente

**Equipamentos:**

ruim  regular  bom/boa  muito boa/boa  excelente

**Acompanhamento profissional:**

ruim  regular  bom/boa  muito boa/boa  excelente

**Segurança:**

ruim  regular  bom/boa  muito boa/boa  excelente

**Localização:**

ruim  regular  bom/boa  muito boa/boa  excelente

**Horário das aulas:**

ruim  regular  bom/boa  muito boa/boa  excelente

**Tipos de atividades oferecidas:**

ruim  regular  bom/boa  muito boa/boa  excelente

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### FACULDADE LABORO PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO ESPORTIVA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado (a) a participar do projeto de trabalho monográfico intitulado “Perfil nutricional de usuários do Programa Academia da Saúde do município de Imperatriz – Ma”, tendo como pesquisador responsável a Prof<sup>a</sup> Daniela Flexa.

Tal pesquisa tem como principal objetivo avaliar o perfil nutricional de usuários do Programa Academia da Cidade, por meio da realização de avaliação antropométrica (peso, altura, circunferência da cintura e circunferência do quadril) e aplicação de 3 questionários. Sua participação será devesas importante para o sucesso deste estudo. A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, você estará ajudando no entendimento acerca dos benefícios advindos da prática regular de atividade física e conseqüente atenuação quanto ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

A duração da pesquisa ocorrerá em aproximadamente 2 a 3 dias. As informações colhidas serão mantidas em sigilo, seu nome não será divulgado ou revelado em nenhum momento, e todos os dados obtidos serão usados exclusivamente para a pesquisa.

Os procedimentos não são invasivos e não provocarão constrangimento, no entanto, você poderá desistir ou se recusar a participar desta pesquisa a qualquer tempo. Você poderá fazer questionamentos sobre a pesquisa antes e durante o teste.

Sua participação será voluntária após a assinatura deste Termo de Consentimento. Este será assinado em duas vias, uma ficará com você e outra ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável por este estudo. Além disso, você não receberá qualquer incentivo financeiro e não terá nenhuma responsabilidade sobre os recursos financeiros necessários para o desenvolvimento desta pesquisa.

Em caso de dúvidas ou denúncias você poderá entrar em contato com o *Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD)*, localizado na Rua Barão do Itapary, nº 227, Centro – São Luís – MA, com a equipe executora desta pesquisa de acordo com os dados apresentados abaixo:

Daniela Flexa (pesquisadora responsável):

Telefone: 981260022

E-mail: daniela@faculdadelaboro.com.br

Ediara Cunha Verde (pesquisadora)

Telefone: 982888323

E-mail: ediara\_cvnutri@hotmail.com

Thays Claudia Da Silva Nascimento (pesquisadora)

Telefone: 988556648

E-mail: tha.clau@yahoo.com.br

Imperatriz, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Declaro que li e entendi o que me foi explicado e me coloco a disposição para participar voluntariamente desta pesquisa.

---

Sujeito da Pesquisa

---

Pesquisador (a) responsável

**ANEXO B - ESCALA DE CONHECIMENTO NUTRICIONAL DO NATIONAL  
HEALTH INTERVIEW SURVEY CANCER EPIDEMIOLOGY (TRADUZIDA E  
ADAPTADA POR SCAGLIUSI ET AL., 2006)**

1. Eu vou ler duas sentenças. Por favor, diga-me com qual delas você concorda mais:
  - a) O que as pessoas comem ou bebem têm pouca influência sobre o desenvolvimento das principais doenças;
  - b) Comendo os tipos certos de alimentos, as pessoas podem reduzir suas chances de desenvolver as principais doenças.
  - c) Não sei.
  
2. Na sua opinião, quais doenças podem estar relacionadas com o que as pessoas comem e bebem?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. Você acha que o câncer pode estar relacionado com o que as pessoas comem e bebem?
  - a) Sim
  - b) Não
  - c) Provavelmente
  - d) Não sei
  
4. Quais dessas atitudes ajudariam se uma pessoa quisesse reduzir suas chances de ter certos tipos de câncer (assinale quantas alternativas quiser):
  - a) Comer mais fibras
  - b) Comer menos gordura
  - c) Comer mais frutas e hortaliças
  - d) Mudar o consumo de outros alimentos/nutrientes (por exemplo, sal e açúcar)
  - e) Nenhuma dessas mudanças ajudaria
  - f) Não sei
  
5. Alguns alimentos contêm fibras. Você já ouviu falar de fibras?
  - a) Sim
  - b) Não
  - c) Não sei
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
6. O que contém mais fibras: 1 tigela de farelo de trigo ou 1 tigela de cereal matinal?
  - a) Farelo de trigo
  - b) Cereal matinal
  - c) Ambos
  - d) Não sei/não tenho certeza

7. O que contém mais fibras: 1 xícara de alface ou 1 xícara de cenouras?

- a) Alface
- b) Cenoura
- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza

8. O que contém mais fibras: 1 xícara de espaguete com almôndegas ou 1 xícara de feijão?

- a) Espaguete com almôndegas
- b) Feijão
- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza

9. O que contém mais gordura: batatas chips ou biscoitos de polvilho?

- a) Batatas chips
- b) Biscoitos de polvilho
- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza

10. O que contém mais gordura: 1 copo de refrigerante ou 1 copo de leite integral?

- a) Refrigerante
- b) Leite integral
- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza.

11. O que contém mais gordura: 1 pedaço pequeno de bolo simples ou 1 fatia de pão integral?

- a) Bolo simples
- b) Pão integral
- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza

12. Quantas porções de frutas e hortaliças você acha que uma pessoa deve comer por dia para ter boa saúde?