



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Fernandes, Amanda Paula; de Souza Andrade, Amanda Cristina; Alves da Silva Costa,
Dário; de Salles Dias, Maria Angélica; Carvalho Malta, Deborah; Teixeira Caiaffa,
Waleska

Programa Academias da Saúde e a promoção da atividade física na cidade: a experiência
de Belo Horizonte, MG, Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 12, diciembre, 2017, pp. 3903-3914
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053795032>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Programa Academias da Saúde e a promoção da atividade física na cidade: a experiência de Belo Horizonte, MG, Brasil

Health Academies Program and the promotion of physical activity in the city: the experience of Belo Horizonte, Minas Gerais state, Brazil

Amanda Paula Fernandes ¹

Amanda Cristina de Souza Andrade ¹

Dário Alves da Silva Costa ¹

Maria Angélica de Salles Dias ¹

Deborah Carvalho Malta ²

Waleska Teixeira Caiaffa ¹

Abstract The objectives of this study were to describe the history and evaluation methodology of the Brazilian Health Academy Program (PAS) in Belo Horizonte, MG and discuss it as an experience of health promotion and equity. Data from 4,048 non-users (2008-09) and 402 users (2014-15) were analyzed from two cross-sectional surveys. Socio-demographic profile and level of physical activity were described for both groups. Social interaction, satisfaction with life, quality of life, and social organization in the neighborhood were compared between < 3 and ≥ 3 monthly minimum wages income and conducted only for women aged 40 years and older. Chi-square test of Person was performed ($p \leq 0.05$). Prevalence of leisure-time physical activity among non-users was of 30.2% and users of 53.7%. Better perception of quality of life, positive satisfaction with life, greater social interactions and participation in the neighborhood were observed among women with higher income compared to their counterparts ($p < 0.001$). In turn, for all evaluated constructs, users reported better perception of the lower income group. The PAS has opportunized physical activity to the vulnerable population and seems to act on other outcomes besides the lifestyle.

Key words Motor activity, Health promotion, Health programs and plans, Urban health

Resumo Descrever o histórico e metodologia de avaliação do Programa Academia da Saúde (PAS) em Belo Horizonte, MG e discuti-lo como experiência de promoção da saúde e equidade. A partir de dois inquéritos foram obtidos dados de 4.048 não usuários (2008-09) e 402 usuários (2014-15), sendo descritos perfil sócio demográfico e nível de atividade física para ambos grupos. Comparou-se percepção da qualidade de vida, satisfação com a vida, convívio social e participação na vizinhança apenas entre usuários e não usuários do sexo feminino e com 40 anos e mais. Além disso, o grupo de não usuárias foi estratificado em renda familiar < 3 e ≥ 3 salários mínimos. Teste qui-quadrado de Person foi utilizado para comparação entre grupos e estratos ($p \leq 0,05$). A prevalência de ativos no lazer entre não usuários foi de 30,2% e usuários de 53,7%. Melhor percepção de qualidade de vida, satisfação com a vida positiva, maior relato de convívio social e participação na vizinhança foram observados entre mulheres com maior renda comparadas aos seus contrapartes ($p < 0,001$). Ao contrário, usuárias reportaram melhor percepção para todos os construtos avaliados em relação aos pares de menor renda. O PAS tem oportunizado atividade física à população vulnerável e parece atuar sobre outros desfechos além do estilo de vida.

Palavras-chave Atividade motora, Promoção da saúde, Programas de saúde, Saúde urbana

¹ Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Alfredo Balena 190, Centro, 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. amandapaula.fernandez@gmail.com

² Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte MG Brasil.

Introdução

O desigual e acelerado processo de urbanização aponta para a relevância do tema da saúde urbana^{1,2}. A cidade é, em si, fator de exposição à saúde e modula, de forma interdependente e injusta, a vida de seus habitantes³. A promoção da saúde tem papel de transmutar a fragmentação dos espaços de cuidado e reivindicar as funções sociais da cidade, sobretudo para aqueles que mais precisam, fortalecendo a lógica da universalidade e integralidade⁴.

Entre as frentes globais de promoção da saúde, a atividade física é tema prioritário^{5,6}, dado a importância epidemiológica e os gradientes sociais desse comportamento na população^{7,8}. Aumentar o acesso a espaços públicos de atividade física ou esporte tem sido uma política urbana de estímulo à prática². A acessibilidade espacial, mensurada pela densidade e proximidade a equipamentos de esporte e lazer⁹, bem como melhor avaliação do ambiente¹⁰, já foram associadas à atividade física. No entanto, a distribuição desses facilitadores constitui importante fator de segregação socioespacial¹¹, sobretudo, no contexto da América Latina¹².

No Brasil, a urbanização e as iniquidades em saúde são marcantes, bem como a prevalência de inatividade física no tempo livre – maior entre o sexo feminino, idosos e nas faixas de menor escolaridade e renda¹³. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) atua sobre tal cenário trazendo à tona a discussão do planejamento urbano, a corresponsabilização no processo saúde-doença e atuação sobre os condicionantes e determinantes sociais¹⁴. A institucionalização da atividade física como parte da agenda prioritária da PNPS garantiu repasses financeiros para iniciativas locais e criou redes de monitoramento dessas ações através de parcerias com universidades no Brasil e exterior⁶. Esse percurso tornou possível a implantação nacional de um programa comunitário de incentivo à atividade física: o Programa Academias da Saúde (PAS)¹⁵.

Criado em 2011, o PAS é equipamento público diferenciado na Atenção Básica, atuando como porta de entrada para o serviço de saúde e promovendo autocuidado por meio de atividades físicas orientadas e outras temáticas¹⁵. A incorporação de programas municipais pré-existentes ao PAS, habilitados como polos similares, permitiu a horizontalidade no processo de implantação e a continuidade das ações bem-sucedidas no país¹⁵. Esse é o caso de Belo Horizonte, MG, onde esse modelo de intervenção opera há

mais de dez anos na condição de “Academias da Cidade”, atualmente integrado ao PAS^{16,17}.

Além de mitigar iniquidades em atividade física¹⁶, o PAS tem potencial alcance da população residindo no entorno com efeito adstrito relacionado à sua presença e proximidade^{18,19}. No entanto, recente monitoramento retratou um cenário de implantação desafiador com inúmeros polos inoperantes, inacabados ou sequer construídos¹⁵. A compreensão do programa em contextos urbanos diversos, medidas de efetividade e impacto são recomendadas pela PNPS para qualificar e subsidiar a sustentabilidade do PAS^{14,15}.

A partir do entendimento que a avaliação de políticas de promoção da saúde oferece ferramentas de aprimoramento, gestão e fortalecimento da atenção básica no país⁴, sobretudo em tempos de instabilidade político-econômica e ameaça a direitos sociais, este estudo propõe descrever o histórico e metodologia de avaliação do programa Academias da Saúde em Belo Horizonte, MG (2008-2009 e 2014-2015), e discuti-lo como experiência de promoção da saúde e equidade voltadas ao direito à cidade sob o marco teórico da saúde urbana³. A hipótese é que um programa comunitário de promoção da saúde instalado em área de vulnerabilidade colabore na mitigação das iniquidades relacionadas ao acesso à atividade física e atue sobre aspectos do convívio social, bem-estar e envolvimento com as questões da vizinhança.

Promoção da atividade física e o direito à cidade: um olhar a partir do modelo teórico da saúde urbana

Historicamente, o sistema capitalista encontrou na urbanização o pretexto necessário para sustentar seu desenvolvimento, instaurando um processo civilizatório mediado pelas relações de consumo^{3,20}. As cidades nascem para absorver excedentes de produção, criam-se espaços cada vez mais especializados e funcionais tipificando os modos de transporte, lazer, estilo de vida^{3,20,21}.

Vários mecanismos estão relacionados à produção e perpetuação das desigualdades em saúde nos centros urbanos³, incluindo a segregação e isolamento socioespacial^{2,20}. A especulação imobiliária (re)estabelece as fronteiras da cidade formal em favor da “revitalização” e “desenvolvimento urbano”²⁰ cartografando uma espécie de *cidade-camarote*, repleta de espaços exclusivos daqueles que podem pagar.

De forma complexa e dinâmica, a população de excluídos se adensa ou dispersa em torno de

tais centralidades³ que, geralmente, concentram desde os polos financeiros de poder, decisão, infraestrutura e serviços até a produção cultural e artística, incluindo também oportunidades de atividade física^{2,20,22}.

A realização do direito à cidade torna-se paradigma imprescindível para combater as iniquidades nas metrópoles²². O conceito fundante em Lefebvre²¹ é definido como *direito à vida urbana, à centralidade renovada, aos locais de encontro e de trocas, aos ritmos de vida e empregos do tempo que permitem o uso pleno e inteiro desses momentos e locais*. Trata-se, portanto, de direito da esfera coletiva que só acontece com participação e apropriação plena do direito de moldar e reinventar a cidade enquanto parte dela²⁰⁻²².

Na perspectiva de órgãos internacionais, esse direito se operacionaliza, entre outros fatores, na distribuição espacial justa de recursos sociais e materiais ao longo dos ciclos de vida, sobretudo para aqueles em desvantagem socioeconômica²². Também, a partir do acesso a locais públicos, transporte, áreas verdes e pelo reconhecimento das vizinhanças como agentes da coesão e capital social, sendo a recreação e lazer atributos indispensáveis para uma vida plena²².

As políticas de estímulo à atividade física, foco deste estudo, devem perpassar o direito de ocupação, construção e fruição do território urbano^{20,22} contribuindo para a materialização do direito à cidade a partir de espaços de produção de saúde e fortalecimento comunitário^{4,5}. A disponibilidade equânime de recursos é imprescindível, tem como ponto de partida a descentralização dos locais de atividade física criando oportunidades no cotidiano das populações, principalmente as mais vulneráveis^{2,22}.

O modelo teórico da saúde urbana proposto por Caiaffa et al.⁹ comprehende intervenções comunitárias de atividade física como intermediárias no processo de produção da saúde, à medida que tem promissora influência sobre as condições urbanas relacionadas a serviços, infraestrutura e, sobretudo, modificações no ambiente físico e social.

Tendo como exemplo o Programa Academias da Saúde (PAS), a implantação da intervenção afetaria a disponibilidade de espaços para prática de atividade física e convivência comunitária, atuando como catalisador de um contexto mais favorável a mudanças no estilo de vida e, também, na maneira como os moradores percebem e se apropriam da vizinhança. De tal maneira, que os efeitos do PAS podem perpassar o aumento das redes sociais (ex: convívio social), empoderan-

mento (ex: equidade ao acesso à atividade física para mulheres), conhecimento (ex: benefícios da atividade física, organização e participação para solucionar problemas na vizinhança) e estilos de vida (ex: aumento níveis recomendados de atividade física). Como previsto no modelo, características socioeconômicas e individuais modulam todo esse processo, bem como as políticas em diferentes setores e escalas, afetando tanto a intervenção, o ambiente e os hábitos em si³.

Programa Academia da Saúde (PAS) em Belo Horizonte, MG

Em 2005, as “Academias da cidade” foram planejadas pela Secretaria Municipal de Saúde como espaços intersetoriais com infraestrutura para a prática de exercícios físicos orientados, prioritariamente instalados em áreas de elevado ou muito elevado risco à saúde¹⁶. Entre 2007 e 2008 ocorreu a expansão do programa no município, potencializadas pelo Orçamento Participativo, sendo gradativamente habilitado pela política nacional a partir de 2011^{15,16}.

Atualmente, coexistem em Belo Horizonte, MG, polos da Academia da Saúde similares e Academias da Cidade, nominalmente denominados PAS. Até o primeiro semestre de 2017, dos 76 polos existentes, 57 foram habilitadas como similares conforme apresentado na Figura 1 (dados da gestão do programa).

O PAS recebe a população encaminhada pelos Centros de Saúde e também demanda espontânea. Cerca de 400 pessoas são atendidas por polo, que opera em locais públicos próprios ou compartilhados em até três turnos¹⁶.

Acompanhando a redefinição do programa, as atribuições do PAS foram ampliadas para além da atividade física e alimentação saudável, sendo espaços recomendados para produção do cuidado e de modos de vida saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, práticas integrativas complementares, planejamento e gestão¹⁵.

O Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, é membro da rede de monitoramento em atividade física do Ministério da Saúde¹⁷, assumindo a avaliação do programa na capital a partir de 2006, antes mesmo do primeiro polo ser inaugurado¹⁶. Dessa parceria surgiram dois grandes estudos transversais: *Saúde em Beagá* (2008-09), que criou linha de base para avaliação do impacto do programa, e *Modos, estilos de vida e saúde – estudo das Academias da Saúde e simi-*

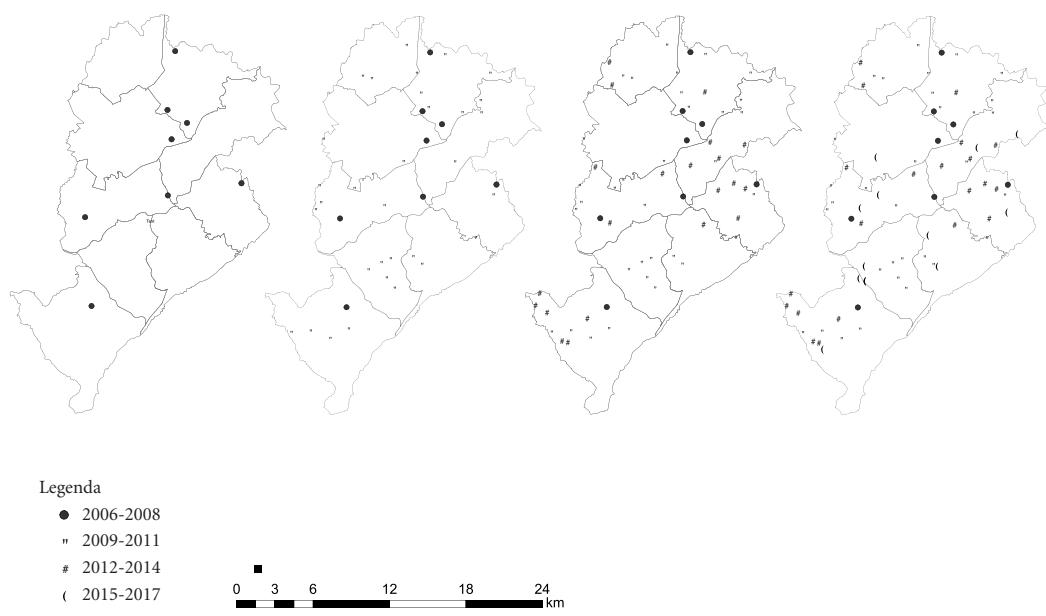


Figura 1. Histórico de implementação do Programa Academia da Saúde em Belo Horizonte, MG 2006-2017.

lares em municípios brasileiros: da compreensão do programa à efetividade das ações – MOVE-SE Academias (2014-15), que consolida a avaliação após seis anos do primeiro estudo.

Metodologia

Base de dados

Estudo Saúde em Beagá (2008-09)

O estudo Saúde em Beagá criou uma linha de base para avaliar o impacto do programa PAS, mensurando efeitos diretos, a partir de mudanças individuais entre seus usuários, mas também efeito populacional entre não usuários¹⁹. Na ocasião, a política municipal era recente e a conjugação de esforços com gestores e outros atores do serviço de saúde viabilizou a condução de um estudo a partir de informações prévias sobre os locais onde o programa seria implantado^{17,19}.

Duas entre as nove Regionais de Belo Horizonte (MG) foram selecionadas para o inquérito. Nesses territórios foram delimitadas áreas no entorno de quatro pontos geográficos estratégicos: uma academia recém-inaugurada e outros três locais onde seriam implantados futuros polos. No total, 4.048 adultos, com 18 anos adstritos

a esses quatro pontos, e todos os 319 usuários do polo em funcionamento, foram entrevistados (Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais)^{17,19}. Mais informações podem ser obtidas em estudos prévios^{10,16,17,19}.

Projeto MOVE-SE Academias (2014-15)

O MOVE-SE Academias integra o projeto guarda-chuva “Academia da Saúde: avaliação de programas de promoção da atividade física no Brasil”, para monitoramento da implantação do programa quanto à gestão, governança e impacto conforme prevê o “Plano de Enfrentamento Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022”¹⁴.

O MOVE-SE instituiu uma segunda fase de avaliação e ampliou o número de polos incluídos ao estudo anterior, com o objetivo de representar a expressiva expansão e heterogeneidade do programa. Além disso, permitiu retornar às regionais investigadas no inquérito Saúde em Beagá (2008-09) compondo um painel histórico cerca de seis anos após a implementação dos polos no mesmo território. A amostra do MOVE-SE seguiu as mesmas premissas do inquérito anterior incluindo usuários e população.

Para a seleção da amostra da população de não usuários, adotou-se um delineamento pro-

babilístico por conglomerados em três estágios: (a) dez polos selecionados a partir da lista disponibilizada pela gestão do programa, onde três deles, herdados do inquérito de base Saúde em Beagá (2008-09), tiveram probabilidade 1; (b) setores censitários, selecionados com probabilidades distintas e com tamanho amostral proporcional ao total de setores no entorno de cada polo amostrado; (c) domicílios, selecionados por meio de amostragem sistemática, com base no número de domicílios por setor censitário do Censo 2010. Em cada domicílio um morador adulto (18 anos ou mais) selecionado, de acordo com a cota estabelecida por sexo e faixa etária, foi entrevistado, totalizando 1.376 entrevistas.

Os endereços dos polos amostrados foram georreferenciados e, em seguida, calculadas as distâncias euclidianas entre o centróide de cada setor censitário e o polo mais próximo. Foram elegíveis aqueles contidos no raio de 1.000 metros no entorno de cada um dos dez polos e com mais de 50 domicílios no setor censitário. Da mesma maneira, as probabilidades de seleção de cada setor foram diferenciadas de acordo com a proximidade ao polo, sendo incluído com probabilidade 1 os setores onde os polos estavam localizados. Aqueles setores censitários localizados até 500 metros de qualquer polo tiveram 2,4 vezes mais chance de serem sorteados em relação àqueles localizados a mais de 500 metros¹⁹.

Foram incluídos todos os usuários que residiam nos setores, previamente, sorteados para compor a amostra da população de não usuários, citada acima. Em alguns polos foi necessário adicionar outros setores para completar o tamanho da amostra, desde que contidos no raio de 1.000 metros e com maior número de usuários. Adotou-se uma distribuição proporcional dos usuários de acordo com número de indivíduos por polo, sexo, faixa etária e turno da academia. Um total de 402 entrevistas foram realizadas.

Entre novembro de 2014 e março de 2015 ocorreu a coleta de dados. Adicionalmente, 12 meses depois foi realizado follow-up em uma sub-amostra de 731 indivíduos (552 não usuários e 179 usuários). O estudo incluiu, em ambas as etapas, entrevista face a face, medidas de pressão arterial e antropometria (peso, altura e circunferência da cintura). Também foram realizados exames bioquímicos para determinar o perfil glicêmico por hemoglobina glicada e perfil lipídico, avaliado pelos valores dos triglicerídeos, colesterol total e suas frações¹⁶. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Amostra do estudo

Para este estudo foram conduzidas análises a partir dos dois inquéritos descritos anteriormente. Os dados da população, não usuários do programa, foi proveniente do estudo “Saúde em Beagá (2008-09)” (n = 4.408) considerando que naquele período o programa era recente permitindo potencial controle de fatores de confusão relacionados à exposição adstrita. Por sua vez, os dados dos usuários foram provenientes do estudo MOVE-SE Academias (2015-16) (n = 402) por incluir uma amostra maior de polos e o período de implantação da política nacional¹⁵.

Variáveis

As variáveis sóciodemográficas sexo, idade (18-29; 30-39; 40-49; 50-59; ≥ 60 anos), escolaridade (0-8; 9-11 e ≥ 12 anos de estudo) e renda familiar (menos de 2; 2-menos de 3; 3- menos de 5; ≥ 5 salários mínimos) foram descritas para usuários (MOVE-SE Academias 2015-16) e não usuários (Saúde em Beagá 2008-09).

Adicionalmente, para os usuários foi avaliado: a) tempo que frequentava o polo (anos); b) frequência com que participava de atividades artísticas e culturais (teatro, música, pintura, artesanato) na academia; c) frequência com que participava de eventos/festas/ confraternizações organizados pela academia em escala de cinco itens (sempre/nunca e atividade não oferecida) categorizada em “Sempre/ às vezes”, “Raramente/ nunca” ou atividade não oferecida; d) *Depois que começou a frequentar a academia o(a) Sr(a) acha que sua saúde* dada em escala de cinco itens (piorou muito/melhorou muito) categorizada em “Piorou/Piorou muito”, “Não alterou”, “Melhorou/Melhorou muito”; e, por fim, e) *Em relação a presença do Programa Academia da Cidade na sua vizinhança o(a) Sr(a) acha que o convívio entre os vizinhos: diminuiu, não alterou, aumentou.*

Foram descritos os níveis de atividade física mensurada pelo *Questionário Internacional de Atividade Física* (IPAQ) versão longa²³. O tempo em atividade física foi obtido pela multiplicação da frequência (dias/semana) e da duração média (minutos/dia) de caminhada, atividades leves, moderadas e vigorosas, esta última multiplicada por dois. Considerados ativos aqueles com escore de atividade física ≥ 150 minutos/semana^{24,25}. Todos aqueles com informações completas para a variável atividade física foram incluídos nesta análise.

As variáveis convívio social, satisfação com a vida, qualidade de vida e organização social na

vizinhança foram descritas para mulheres com 40 anos e mais, na tentativa de assemelhar o grupo proveniente da população (Saúde em Beagá 2008-09) ao perfil de frequentadores do programa (MOVE-SE 2014-15), minimizando o viés de informação sobre os resultados descritos. Essas variáveis foram selecionadas por representarem constructos relevantes em saúde² potencialmente afetados pelas condições e iniquidades urbanas³. Para entender o impacto dos determinantes sociais da saúde sobre esses construtos, a renda familiar foi utilizada como marcador de vulnerabilidade sendo categorizada em < 3 e ≥ 3 salários mínimos considerando a distribuição da renda familiar bruta. Essa estratificação não foi conduzida para usuárias com 40 anos e mais por concentrarem renda < 3 salários mínimos (64%). Essa proporção foi significativamente maior comparada ao grupo de não usuárias com 40 anos e mais no menor estrato de renda (53%) ($p < 0,001$).

A variável convívio social foi obtida a partir de uma análise de componentes principais das seguintes perguntas: *Com que frequência o(a) senhor(a) frequenta: bares, botecos, boates ou casa de show; festas populares ou de rua; clubes ou associações recreativas; campo de futebol; cinema; shopping; teatro; parque/praca; grupo cultural*²⁶. O escore da primeira componente foi dividido em tercis e classificado como convívio social baixo, médio e alto.

Satisfação com a vida²⁷ foi medida por escala ascendente de 1 a 10, representada esquematicamente por desenho de uma escada, na qual o menor valor representa a pior vida, e o maior valor, a melhor vida. A avaliação foi feita em relação à satisfação com a vida atual. Adotou-se como ponto de corte a mediana dos degraus escolhidos e as respostas foram categorizadas em negativo/insatisfeito (degraus 1 a 6) e positivo/satisfeito (degraus 7 a 10).

Qualidade de vida foi mensurada pela pergunta: *O que o(a) sr(a) acha da sua qualidade de vida?*, dada em escala likert cinco itens (muito ruim a muito boa), categorizada em “Muito ruim/ruim”, “Nem boa ou ruim”/ “Muito boa/boa”. Por fim, a pergunta *O(a) sr(a) já se juntou a vizinhos para tentar resolver algum problema que afeta a vizinhança em que vivem* (sim/não).

Análise dos dados

Análise descritiva dos dados por meio de distribuição de frequências, médias e desvio padrão (DP), foi realizada no software Stata (Corpora-

tion, College Station, Texas) versão 12.0. O teste qui-quadrado de Pearson foi usado para testar diferenças entre os estratos de renda familiar na população ($p \leq 0,05$).

Resultados

Foram entrevistados 4.048 não usuários e 402 usuários a partir dos dois inquéritos avaliativos mencionados. Os não usuários, em sua maioria, eram do sexo feminino (53,11%), 14,4%, tinham 60 anos e mais, 22,5% relataram 12 anos e mais de estudos e 35,9% renda familiar maior ou igual a cinco salários mínimos. Em contraste, os usuários eram 85,3% do sexo feminino, a maioria com mais de 50 anos (70,9%), menos de 8 anos de estudo (57,2%) e renda familiar menor que três salários mínimos (64,1%) (Tabela 1).

Usuários, como esperado, relataram longo tempo de participação no PAS, com cerca de 41,0% inscritos há três anos e mais. O relato de participação em festas/eventos/confraternizações organizadas pelo programa (66,2%) foi maior quando comparado àquele relacionado a atividades culturais e artísticas (33,1%). Esse resultado ainda sugere que, no âmbito dos dez polos investigados, tais atividades vêm sendo oferecidas tendo em vista a discreta frequência da categoria “atividade não oferecida”. Além disso, 51,8% dos usuários referiram que o PAS aumentou o convívio entre os vizinhos (Tabela 1).

A prevalência de ativos no lazer entre os não usuários foi de 30,2% (IC 95%: 27,4-33,1), sendo maior entre os indivíduos do sexo masculino, com idade menor que 29 anos e escolaridade acima de 9 anos. Entre os usuários, a prevalência total de ativos foi de 53,7% (IC95% 48,8-58,6) e apresentou uma distribuição por sexo, idade e escolaridade distinta da população geral, sendo mais frequente entre mulheres, com idade igual ou acima de 60 anos e não diferindo entre os níveis de escolaridade (Figura 2).

Na Figura 3 é apresentada a análise para o sexo feminino e idade de 40 anos e mais. Cada quadrante representa uma das variáveis avaliadas e, ao centro da figura, são apresentadas as proporções observadas para as usuárias do PAS. Os níveis seguintes dimensionam as discrepâncias por renda familiar observadas entre as não usuárias ($p < 0,001$). Usuárias reportaram significativamente melhor percepção de qualidade de vida (83,2%), satisfação com a vida positiva (67,9%) e maior relato de convívio social (24,0%) quando comparadas aos seus pares da população, mulhe-

Tabela 1. Distribuição das características sócio demográficas população e usuários do PAS. Belo Horizonte, 2008-09 / 2014-15.

Variáveis	População ^a (Saúde BH 2008-09)		Usuários (MOVE-SE 2014-15)	
	n = 4.048		n = 402	
	n	%	n	%
Características sócio demográficas				
Sexo				
Feminino	2.389	53,11	343	85,32
Idade (média ± dp)	40,95 ± 16,14		57,16 ± 12,63	
Idade				
18 – 29	955	30,72	11	2,74
30 – 39	801	20,64	24	5,97
40 – 49	787	19,22	82	20,40
50 – 59	671	14,93	108	26,87
60 e mais	834	14,49	177	44,02
Anos de estudo*				
0 – 8 anos	1.934	40,80	230	57,21
9 – 11 anos	1.409	36,68	138	34,33
≥ 12 anos	701	22,52	34	8,46
Renda familiar ^{b*}				
Menos 2	1.056	19,45	127	32,65
2 a menos 3	915	20,58	122	31,36
3 a menos de 5	896	24,07	74	19,02
≥ 5	1.083	35,90	66	16,97
Sexo feminino ≥ 40 anos	1.384	54,72	309	84,20
Variáveis PASS				
Tempo frequenta PAS*				
Menos de um ano	-	-	54	13,5
De 1 a menos de 2 anos	-	-	84	21,0
De 2 a menos de 3 anos	-	-	98	24,5
3 anos e mais	-	-	164	41,0
Participa atividades artísticas/culturais no PAS				
Sempre/às vezes	-	-	133	33,08
Raramente/nunca	-	-	224	55,72
Não oferece	-	-	45	11,20
Participa festas/eventos do PAS	-	-		
Sempre/às vezes	-	-	266	66,17
Raramente/nunca	-	-	135	33,58
Não oferece	-	-	1	0,25
Presença PAS alterou convívio vizinhos*				
Diminuiu	-	-	3	0,81
Não alterou	-	-	175	47,43
Aumentou	-	-	191	51,76
Após o PAS a saúde				
Piorou/Piorou muito	-	-	1	0,25
Não alterou	-	-	25	6,22
Melhorou/melhorou muito	-	-	376	93,53

^aDados ponderados; ^bSalários mínimos. R\$ 415,00 2008-09 / R\$ 724,00 2014/15. *1 a 98 missing values

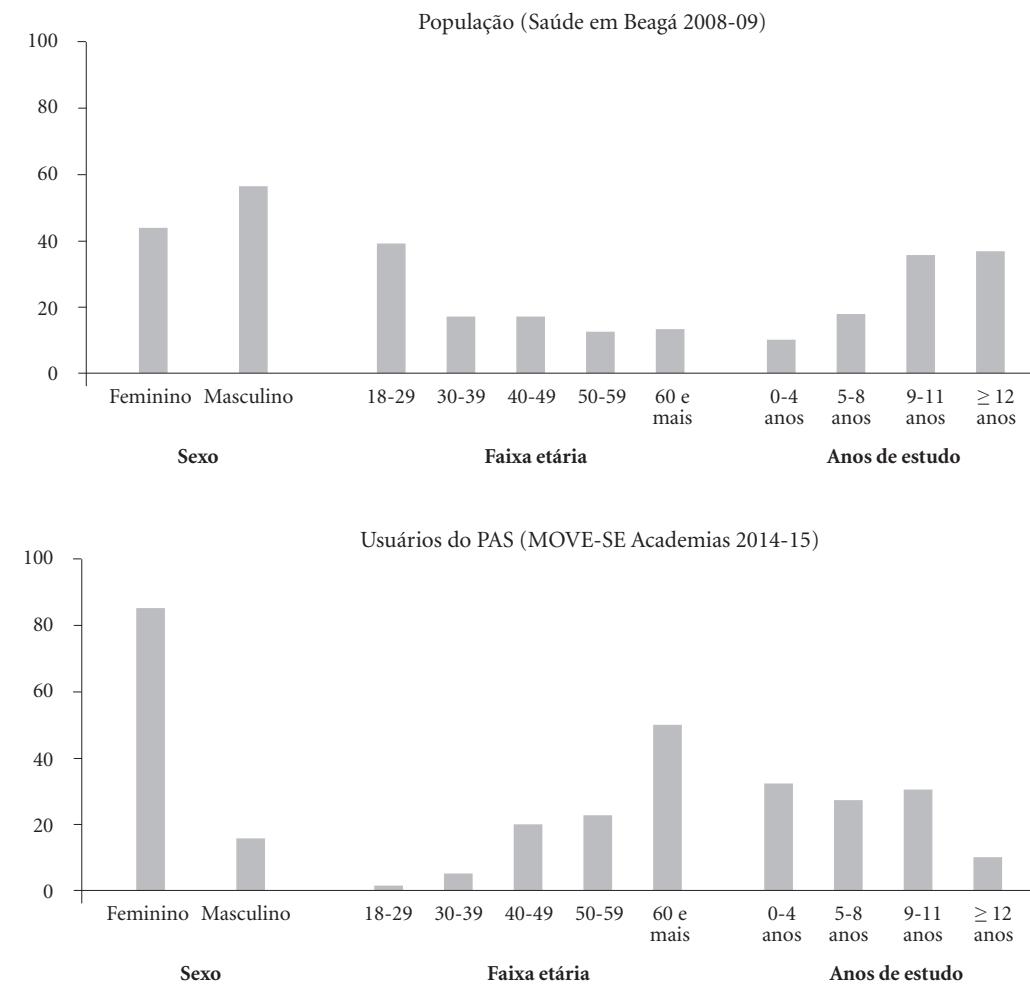


Figura 2. Distribuição de frequência da proporção de sexo, faixa etária e anos de estudo, entre usuários e não usuários do PAS ativos no lazer. Belo Horizonte, MG, 2008-09/2014-15.

res com menor renda, exceto para organização na vizinhança com proporções similares entre os grupos, superiores a 20% (Figura 3). Não houve diferença significativa para qualidade de vida boa/muito boa e satisfação com a vida entre usuárias e mulheres com maior renda.

Discussão

A avaliação do PAS em Belo Horizonte, MG, acompanhou a expansão do programa estabelecendo linha de base a partir de delineamento robusto seguido por monitoramento transversal, com componente longitudinal, dos polos do programa na cidade. Os resultados deste estudo cor-

roboram o PAS como intervenção de promoção da saúde urbana e equidade. Além de oportunizar atividade física à população mais vulnerável, promovendo o direito à saúde na cidade, parece atuar sobre outros desfechos para além do estilo de vida.

Assim como em outras capitais, o PAS tem mitigado as desigualdades injustas no acesso e fruição dos benefícios da prática de atividade física^{16,18}. A maior participação de mulheres pode estar relacionada à natureza das atividades físicas ofertadas ou à maior participação nos serviços de saúde e, possivelmente, maior captação pelo programa²⁸. Ademais, esse grupo já foi identificado como uma “demanda reprimida” em atividade física no lazer já que, em comparação ao sexo

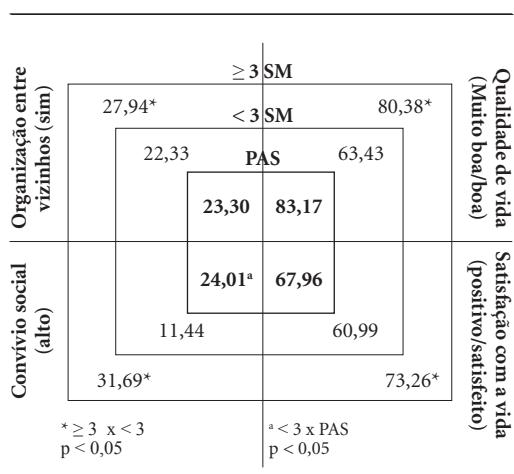


Figura 3. Distribuição de frequência da proporção de convívio social, satisfação com a vida, qualidade de vida e organização social na vizinhança, entre usuários e não usuários do PAS estratificado pela renda familiar. Belo Horizonte, MG, 2008-09 / 2014-15.

masculino, as mulheres são menos ativas nesse domínio^{13,25}.

As iniquidades de renda observadas para convívio social, organização na vizinhança, satisfação com a vida e qualidade de vida foram alarmantes e demonstram a relevância das políticas de Promoção da Saúde na reivindicação por justiça social e condições de vida plena nas cidades.

Em relação ao convívio social, em vizinhanças pobres as oportunidades de envolvimento em atividades sociais e disponibilidade de serviços tende a ser escassa e homogênea, desconsiderando a composição e as demandas da população local^{2,22,29}. A renda tem um impacto preponderante nesse desfecho, pois mesmo gratuitos, os eventos culturais, artísticos e de lazer estão centralizados e demandam gastos com transporte, por exemplo.

Como local de convivência comunitária, o PAS pode estreitar redes de coesão social e estabelecimento de novos vínculos, o que faz sentido a percepção de aumento de convívio entre vizinhos depois do programa¹⁹. Tal aspecto incidiria, por exemplo, sobre os níveis de organização e engajamento com as questões da vizinhança²². Reforça-se a atuação do programa ao oferecer nos polos atividades para além da atividade física, conforme relato dos usuários. É necessário avaliar os conteúdos oferecidos, como recomendado em estudo avaliativo recente¹⁵, para qualificar tais ações e níveis de participação.

Ressalta-se que os construtos avaliados neste estudo são multidimensionais e se sobrepõem à medida que a percepção positiva sobre aspectos da qualidade de vida podem refletir dimensões da satisfação com a vida²⁹ que, por sua vez, já foi correlacionada ao maior convívio social³⁰. Independente da condição de saúde, estudos transversais reportaram associação entre maior nível de atividade física e melhor percepção de qualidade de vida em idosos e adultos²⁹. Os instrumentos e dimensões avaliadas, bem como as populações envolvidas, dificultam a comparabilidade de resultados na literatura²⁹.

Em estudo prévio, usando a base de dados do estudo Saúde em Beagá (2008-09), a insatisfação com a vida foi relacionada de forma independente com a pior percepção da saúde, mesmo controlando pela ausência de morbidades²⁶. Tal indicador poderia elucidar os resultados sobre satisfação com a vida encontrados neste estudo. Entre as mulheres que relataram renda menor que três salários mínimos, autoavaliação da saúde foi significativamente pior (15,8%, p < 0,001), comparada àquelas com renda superior (5,5%) (dados não mostrados). Entre as usuárias do PAS, autoavaliação bom/muito bom foi 71,5% (dados não mostrados), podendo influenciar, portanto, os níveis de satisfação, que apesar de inferiores não apresentou diferença significativa em relação ao estrato de maior renda. Usuárias referiram, de forma expressiva, melhora na condição de saúde após o ingresso na academia, demonstrado que, para além do estado de saúde objetivo, outros aspectos influenciam tal percepção.

É possível que, entre as mulheres em contexto de vulnerabilidade, aquelas com maior suporte social¹⁹, mais preocupadas com a saúde ou com longo tempo de residência na vizinhança procurem com maior frequência o PAS. O delineamento desse estudo não permite tal inferência. No entanto, considerando o efeito expressivo da renda familiar, apesar da desvantagem socioeconômica usuários do PAS reportaram melhor percepção para os construtos avaliados, inclusive com proporções similares ao estrato de maior renda sugerindo que o programa é capaz de mitigar iniquidades em saúde.

Além das limitações mencionadas quanto ao delineamento, este estudo utilizou medidas autoreferidas de atividade física que podem ser sub ou superestimadas²³. Viés de informação por falsa-resposta, respostas considerada socialmente aceitas, podem ser um problema. A qualidade de vida foi avaliada por meio de uma única questão, desconsiderando suas dimensões específicas²⁹ e,

ainda, os dados de usuários e não usuários foram obtidos de painéis avaliativos distintos. Por outro lado, o instrumento utilizado para mensurar atividade física foi validado para população brasileira²³, sendo as entrevistas realizadas no domicílio com auxílio de cartões de resposta para padronizar a coleta de dados¹⁷. O uso da análise estratificada minimiza o efeito de confusão clássicos, sendo os achados consistentes com as iniquidades reportadas na literatura¹³. Ademais, este estudo utilizou dados de linha de base e amostra de polos do programa em Belo Horizonte, MG, a

partir de inquéritos, especificamente, delineados para avaliação dessas intervenções.

Este estudo avança em termos de avaliação do PAS, ao expandir desfechos analisados para outros domínios da saúde. Os achados sinalizam que o programa tem atuado sobre fatores distais, priorizando os determinantes sociais da atividade física, reivindicado os espaços públicos para para a promoção e ressignificação da saúde e vida na cidade. A avaliação contínua e mensuração dos efeitos em longo prazo são fundamentais para o aprimoramento da política¹⁵.

Colaboradores

AP Fernandes participou da concepção e do delineamento, realizou a análise dos dados, elaborou a versão inicial, a redação crítica e aprovou a versão final; ACS Andrade participou da concepção e do delineamento, contribuiu na análise dos dados, redação crítica, revisou e aprovou a versão final; DAS Costa realizou análise dos dados, redação crítica, revisou e aprovou a versão final; MAS Dias participou da concepção e o delineamento; DC Malta participou da concepção e do delineamento e desenvolvimento do projeto e aprovação da versão final; WT Caiaffa participou da concepção e do delineamento e desenvolvimento do projeto, análises de dados, redação crítica e aprovação da versão final.

Referências

- Vlahov D. A pivotal moment for urban health. *Cad Saude Publica* 2016; 31(Supl. 1):7-8.
- Giles-Corti B, Vernez-Moudon A, Reis R, Turrell G, Dannenberg AL, Badland H, Foster S, Lowe M, Sallis JF, Stevenson M, Owen N. City planning and population health: a global challenge. *Lancet* 2016; 388(10062):2912-2924.
- Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CDL, Camargos VP, Projetti FA. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora.” *Cien Saude Colet* 2008; 13(6):1785-1796.
- Malta DC, Moraes Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, Akerman M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. 2015:1683-1694. *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):1683-1694.
- Sallis JF, Bull F, Burdett R, Frank LD, Griffiths P, Giles-Corti B, Stevenson M. Use of science to guide city planning policy and practice: how to achieve healthy and sustainable future cities. *Lancet* 2016; 388(10062):2936-2947.
- Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz D, Bressan A, Nogueira JD, Moraes Neto OL, Temporão JG. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS National. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2009; 18(1):79-86.
- Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, Pratt M. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet* 2016; 388(1051):1311-1324.
- Althoff T, Sosić R, Hicks JL, King AC, Delp SL, Leskovec J. Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature* 2017; 547(7663):336-339.
- Karussi N, Thomas F, Meline J, Chaix B. Spatial accessibility to specific sport facilities and corresponding sport practice: the RECORD Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2013; 10(48):1-10.
- Andrade A, Peixoto SV, Friche AA, Goston JL, Cesar CC, Xavier CC, Projetti FA, Diez Roux A, Caiaffa WT. Social context of neighborhood and socioeconomic status on leisure-time physical activity in a Brazilian urban center: the Beagá Health Study. *Cad Saude Pública* 2015; 31(Supl. 1):136-147.
- Billaudeau N, Oppert JM, Simon C, Charreire H, Cassey R, Salzez P, Badariotti D, Banos A, Weber C, Chaix B. Investigating disparities in spatial accessibility to and characteristics of sport facilities: Direction, strength, and spatial scale of associations with area income. *Health & Place* 2010; 17:114-121.
- Gomez LF, Sarmiento R, Ordoñez MF, Pardo CF, de Sá TH, Mallarino CH, Miranda JJ, Mosquera J, Parra DC, Reis R, Quistberg DA. Urban environment interventions linked to the promotion of physical activity: A mixed methods study applied to the urban context of Latin America. *Soc Sci Med* 2015; 131:18-30.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. [acessado 2017 Ago 30]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/>
- Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima C, Cavalcante T, Jaime P, Silva Junior JB. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4301-4312.
- De Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, Amorim RCA, Andrade SSCA, Oliveira TP, Silva MMA, Malta DC, Souza MFM. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Cien Saude Colet* 2014; 21(6):1849-1859.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil*. Brasília: MS; 2013.
- Friche AA, Xavier CC, Projetti FA, Caiaffa WC. *Saúde urbana em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: UFMG; 2015.
- Simões EJ, Hallal PC, Siqueira FV, Schmaltz C, Menor D, Malta DC, Duarte H, Hino AA, Mielke GI, Pratt M, Reis RS. Effectiveness of a scaled up physical activity intervention in Brazil: A natural experiment. *Prev Med* 2016.
- Fernandes AP, Andrade AC de S, Ramos CGC, Friche AA, Dias MAS, Xavier CC, Projetti FA, Caiaffa WT. Leisure-time physical activity in the vicinity of Academias da Cidade Program in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: the impact of a health promotion program on the community. *Cad Saude Pública* 2015; 31(Supl. 1):195-207.
- Harvey D. O direito à cidade. *Lutas sociais* 2012; 29(jul/dez):73-89.
- Lefebvre H. *O direito à cidade*. 5º ed. São Paulo: Centauro; 2001.
- Organização das Nações Unidas. ONU Habitat. Right to the City and Cities for All. *Habitat III Policy Pap*. Brasília IPEA; 2016. [acessado 2017 Ago 30]. Disponível em: <https://www.csb.gov.tr/db/habitat/editordosya>
- Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(8):1381-1395.
- World Health Organization (WHO). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2013.
- Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Friche AA, Projetti FA, Caiaffa WC. Autoavaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: Estudo Saúde em Beagá. *Cad Saude Pública* 2015; 31(Supl. 1):120-135.
- McDowell I, Newell C. *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. 3º Ed. New York: Oxford University Press; 1996.
- Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SV, Alves M, Lopes, AC. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):95-102.

29. Pucci GC, Rech CR, Fermino RC, Reis RS. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. *Rev Saude Publica* 2012; 46(1):166-179.
30. Palmore E, Luikart C. Health and Social Factors Related to Life Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior* 1972; 13(1):68-80

Artigo apresentado em 30/08/2017

Aprovado em 04/09/2017

Versão final apresentada em 05/10/2017