

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

RAIANE DE MELO FLOR

**QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA “MOVIMENTA
VITÓRIA” DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE
2024

RAIANE DE MELO FLOR

**QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA “MOVIMENTA
VITÓRIA” DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora Dr^a. Luciana Gonçalves de Orange.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Flor, Raiane de Melo.

Qualidade de vida dos usuários do Programa ?Movimenta Vitória? do município de Vitória de Santo Antão / Raiane de Melo Flor. - Vitória de Santo Antão, 2024.

49, tab.

Orientador(a): Luciana Gonçalves de Orange

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Nutrição - Bacharelado, 2024.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Qualidade de vida. 2. Participantes. 3. Programa de saúde . 4. Mulheres.
I. Orange, Luciana Gonçalves de. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

RAIANE DE MELO FLOR

QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA “MOVIMENTA VITÓRIA”
DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

TCC apresentado ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em: 03/04/2024

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Prof. Dr^a. Luciana Gonçalves de Orange

Prof. Dr^a Rebeca Gonçalves de Melo

Mestre Cristiane de Moura Freitas

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a minha mãe, pelo amor, apoio e compreensão durante estes quatro anos de formação, mas também pela educação, pelos conselhos e valores em que acredito.

É com muito apreço e gratidão que enuncio também a Professora Luciana Gonçalves de Orange, orientadora deste trabalho, pois sem o seu tempo e sua instrução não teria sido possível a realização deste.

De grande importância também são as pessoas especiais que encontrei no decorrer de todo o percurso acadêmico e, por isso, não posso deixar de referir a Alessandra, Alisson, Camila, Edna, Eraldo, Giullia, Laís, Maria Renata, Maria Raynne, Raldney e Yasmim, que tal como em todas as outras etapas deste percurso se mantiveram ao meu lado e me apoiaram.

Quero agradecer também à Universidade Federal de Pernambuco e aos professores que tive ao longo do curso por me terem proporcionado um ensino de excelência e por me terem apoiado e ajudado a chegar ao final desta etapa com a sensação de dever cumprido.

RESUMO

O conceito qualidade de vida tornou-se foco de vários estudos em diversas áreas do conhecimento, com definições distintas, dependendo do contexto de sua utilização. Atualmente as definições mais aceitas baseiam-se no princípio de que o conceito de qualidade de vida apresenta uma ampla dimensionalidade, com organização complexa e dinâmica. Avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos, participantes do Programa “Movimenta Vitória” do município de Vitória de Santo Antão-PE. Estudo de caráter transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado com os participantes do programa “Movimenta Vitória” em Vitória de Santo Antão-PE. Para a avaliação dos aspectos sociodemográficos, foi utilizado um questionário adaptado (ABEP, 2018). A qualidade de vida (QV) foi avaliada utilizando o questionário WHOQOL-bref (OMS, 1998) e para cálculo do índice de massa corporal, foi utilizado o (IMC) segundo a técnica original recomendada por Lohman (1988). Participaram da pesquisa 51 indivíduos, todos do sexo feminino e integrantes do programa da academia da saúde, “Movimenta Vitória” do município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco. Houve uma maior participação de mulheres entre 49 a 59 anos (62,7%). A maioria autodeclaradas pardas, pretas ou indígenas (74,5%), possuindo renda familiar de até 2 salários mínimos (74,5%), casadas (72,5%), com número de filhos entre 0 a 2 (74,5%). Quanto à empregabilidade, 76,5% das participantes estavam desempregadas, moravam em casa própria (70,6%) de alvenaria com revestimento (100%), com número de 3 ou mais pessoas na residência (54,9%). Além disso, de acordo com os dados, referentes à avaliação do estado nutricional foi verificado que 78,4% dos avaliados foram classificados com excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Em relação a qualidade de vida, os usuários apresentaram qualidade de vida regular. O presente estudo demonstrou que os usuários do programa de academia da saúde, “Movimenta Vitória”, do município de Vitória de Santo Antão - PE, possuem uma percepção geral de qualidade de vida regular, predominantemente do sexo feminino. Embora os participantes tenham acesso aos serviços oferecidos pelo programa, os resultados sugerem que a qualidade de vida ainda não atingiu níveis considerados satisfatórios.

Palavras-chaves: qualidade de vida; participantes; programa de saúde; mulheres.

ABSTRACT

The concept of quality of life has become the focus of various studies in different areas of knowledge, with different definitions depending on the context in which it is used. Currently, the most accepted definitions are based on the principle that the concept of quality of life has a broad dimensionality, with a complex and dynamic organization. To assess the quality of life of adult individuals participating in the "Movimenta Vitória" program in the municipality of Vitória de Santo Antão-PE. A cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, carried out with participants in the "Movimenta Vitória" program in Vitória de Santo Antão-PE. An adapted questionnaire (ABEP, 2018) was used to assess sociodemographic aspects. Quality of life (QoL) was assessed using the WHOQOL-bref questionnaire (WHO, 1998) and body mass index (BMI) was calculated using the original technique recommended by Lohman (1988). 51 individuals took part in the study, all female and members of the "Movimenta Vitória" health academy program in the municipality of Vitória de Santo Antão - Pernambuco. There was a greater participation of women aged between 49 and 59 (62.7%). The majority were self-declared brown, black or indigenous (74.5%), had a family income of up to 2 minimum wages (74.5%), were married (72.5%), and had between 0 and 2 children (74.5%). In terms of employability, 76.5% of the participants were unemployed, lived in their own home (70.6%) with masonry and cladding (100%), with 3 or more people in the household (54.9%). In addition, according to the data on nutritional status, 78.4% of those assessed were classified as overweight or obese. In terms of quality of life, users had a regular quality of life. This study showed that users of the "Movimenta Vitória" health gym program in the municipality of Vitória de Santo Antão - PE, have a general perception of regular quality of life, predominantly females. Although the participants have access to the services offered by the program, the results suggest that their quality of life has not yet reached levels considered satisfactory.

Keywords: quality of life; participants; health program; women.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	13
3 JUSTIFICATIVA	14
4 REVISÃO DA LITERATURA	15
5 METODOLOGIA	20
5.1 Desenho do estudo	20
5.2 Local do estudo	20
5.3 Período do estudo	20
5.4 Amostra	20
5.4.1 Caracterização e Tamanho amostral	20
5.5 Critérios de inclusão e exclusão	20
5.5.1 Critérios de Inclusão	20
5.5.2 Critérios de Exclusão	21
5.6 Procedimentos	21
5.6.1 Dados socioeconômicos e de estilo de vida	21
5.6.2 Questionário de qualidade de vida	21
5.6.3 Avaliação do estado nutricional	22
5.7 Análises estatísticas	23
5.8 Aspectos Éticos	23
6 RESULTADOS	24
7 DISCUSSÃO	28
8 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS	41
ANEXO A - FICHA DE REGISTRO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA (ADAPTADO, ABEP 2018)	41
ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA	43
APÊNDICES	47
APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS	47

APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA COMPROVANDO AUTORIZAÇÃO 48

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
49**

1. INTRODUÇÃO

O conceito qualidade de vida tornou-se foco de vários estudos em diversas áreas do conhecimento, com definições distintas, dependendo do contexto de sua utilização. Atualmente, as definições mais aceitas baseiam-se no princípio de que o conceito de qualidade de vida apresenta uma ampla dimensionalidade, com organização complexa e dinâmica, diferindo de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente ou até mesmo sendo diferente entre duas pessoas inseridas em um mesmo ambiente. Diante disso, a definição de qualidade de vida é apresentada como sendo constituída por aspectos psicológicos, físicos, sociais e ambientais (Silva *et al.*, 2021).

O conceito de saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), envolve muito mais do que a ausência de doença, mas inclui também a questão física ou biológica, psicológica e social. O método *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar a qualidade de vida, está organizado em seis domínios, revelando assim a sua natureza multidimensional. Tais domínios são: físico, psicológico, nível de independência, relações socioambientais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais (OMS, 1995).

Nesse sentido, sabe-se que a saúde contribui para a melhora da qualidade de vida, mas só ter saúde parece não ser o suficiente quando se observa a diversidade de fatores que influenciam diretamente e indiretamente a qualidade de vida das pessoas. O sedentarismo, por exemplo, relacionado à saúde física do indivíduo, afeta diretamente a qualidade de vida, visto que uma gama de morbidades clínicas podem ser desencadeadas pela ausência da prática de atividades físicas, gerando impactos negativos ao bem-estar do indivíduo (Belvis *et al.*, 2008).

A adoção de um estilo de vida mais saudável é uma necessidade urgente e de abordagem complexa, por envolver aspectos culturais e subjetivos. O estímulo à atividade física impacta positivamente na qualidade de vida, consideradas a modalidade escolhida, a sua duração e frequência, em conformidade com a condição clínica e a faixa etária de cada indivíduo (Katzmarzyk *et al.*, 2019; Meneguci *et al.*, 2015).

Uma pesquisa feita pelo IBGE mostrou que os brasileiros apresentaram padrão alimentar pouco saudável, evidenciando grande consumo de alimentos industrializados, ricos em gorduras, açúcares e de sal, enquanto a ingestão de alimentos protetores como frutas, verduras, produtos integrais foram considerados baixos (Souza *et al.*, 2013). Dessa forma, orientações para uma dieta equilibrada, baseada principalmente na redução do consumo de

gorduras totais e saturadas, impactam positivamente a qualidade de vida de indivíduos com sobrepeso ou obesidade (Ma *et. al.*, 2017).

Dentre outros fatores, o fator psicológico também pode ser visto como um fator de risco, como o estresse, que pode afetar a saúde e conseqüentemente a qualidade de vida e a sensação de bem-estar. (Sadir, Bignotto, Lipp, 2010). O estresse pode influenciar o desenvolvimento de patologias como ansiedade, depressão, síndrome de burnout e esgotamento profissional. Todos sendo decorrentes ao estresse prolongado (Gomes, Silva, Bergamini, 2017).

Além do fator psicológico, é importante considerar os desafios socioambientais que também são diversos e têm um impacto significativo na qualidade de vida das comunidades. A desigualdade socioeconômica, a falta de acesso a serviços básicos de saúde e educação, a violência urbana e a degradação ambiental são apenas algumas das questões que afetam negativamente o bem-estar da população (Marinho *et al.*, 2020).

Os aspectos sociais, como coesão comunitária, apoio social, igualdade de gênero e inclusão social, desempenham um papel fundamental na promoção da qualidade de vida. Comunidades onde há uma forte rede de apoio social e oportunidades de engajamento cívico tendem a prosperar e apresentar níveis mais elevados de bem-estar (Diener; Oishi; Tay, 2018).

Em paralelo, a espiritualidade nos últimos anos tem recebido mais atenção, sendo um dos componentes para avaliar a QV. A espiritualidade é definida como “o aspecto da humanidade que se refere à maneira como os indivíduos buscam e expressam significado, propósito e a maneira como eles experimentam sua conexão com o momento, consigo mesmo, com os outros, com a natureza ou com o sagrado” (Jafari *et al.*, 2014). Existe uma forte associação entre espiritualidade e enfrentamento da doença crônica, vontade de viver, redução da ansiedade, da depressão e melhoria da qualidade de vida (Faustino *et al.*, 2022).

Um importante aspecto a ser considerado também é o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS). Ele traz a intersecção entre dois conceitos – qualidade de vida e saúde – que se desvelam e relevam não apenas através do processo saúde-doença, mas também, e sobretudo, como um processo de viver essencialmente humano (Vasconcelos *et al.*, 2020). Após a ampliação do conceito de saúde, que passou a ser vista não apenas como a ausência de doenças, e sim o viver em sociedade acompanhado de bem-estar nas mais diversas acepções, tem sido reforçado o uso da qualidade de vida como um conceito necessário na prática de cuidados para os mais diversos grupos de pessoas (Rola *et al.* 2018). A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) pode fornecer uma visão mais ampla e

completa do efeito que as condições de saúde têm no dia a dia das pessoas (Azevedo *et al.*, 2013).

Sendo assim, na atenção primária, destacam-se as ações de promoção da saúde que visam o empoderamento e a autonomia do usuário para o alcance de melhores condições de vida e saúde (Bezerra; Sorpreso, 2016). O modo de trabalho da Atenção Primária proposto em suas diretrizes tenta oferecer um atendimento integral ao indivíduo, e os profissionais de saúde podem através de ações interdisciplinares contribuir para promoção do bem estar físico, mental e social de seus usuários (Barros, 2013).

Dentro desse contexto, destaca-se também a implantação do Programa Academia da Saúde (PAS). O PAS é uma iniciativa do Ministério da Saúde instituído em 2011 com o objetivo de promover a qualidade de vida e o bem-estar da população com a criação de espaços públicos para o desenvolvimento de atividades em benefício da promoção e prevenção da saúde. Em detrimento das orientações emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a implementação do PAS intensificou a criação de polos com infraestrutura e equipamentos adequados para a concretização dos objetivos almejados para os seus usuários (Neto; Lima, 2021).

O PAS busca fortalecer, integrar e ampliar o acesso da população às ações de promoção da saúde. Para tanto, ele se propõe a gerir suas ações de forma a assegurar o acesso a todos os cidadãos, devendo, para isso, ser organizado e localizado próximo à Unidade Básica de Saúde (UBS), serviço de saúde responsável pela ordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2011).

As ações do PAS em articulação com os demais serviços da rede de atenção tem a perspectiva de aprimorar a integralidade nos projetos terapêuticos, e o estabelecimento de vínculos e corresponsabilização entre a comunidade local e os serviços públicos, com atividades desenvolvidas, culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios, contemplando os seguintes eixos: 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 (Brasil, 2013).

O município de Vitória de Santo Antão, localizado no estado de Pernambuco, na região Nordeste do Brasil, tem implementado diversos programas de exercício físico e atividades esportivas no contexto das ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida. Entre esses programas, destaca-se o "Movimenta Vitória", que tem como objetivo incentivar a prática de atividades físicas entre os moradores, especialmente as mulheres

adultas e funciona gratuitamente desde 2021. Esse programa busca não apenas proporcionar acesso facilitado a espaços e atividades físicas, mas também promover a integração social e o fortalecimento dos vínculos comunitários.

Portanto, a avaliação da qualidade de vida (QV) dos usuários do programa Movimenta Vitória-PE desempenha um papel crucial na compreensão do impacto das intervenções oferecidas pelo programa. Essas ações voltadas ao incentivo à prática de exercícios físicos no município de Vitória de Santo Antão são fundamentais para contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população, reduzindo os índices de sedentarismo e promovendo hábitos saudáveis de vida.

Além de permitir o acompanhamento do progresso dos participantes ao longo do tempo, essa avaliação identifica áreas específicas onde podem surgir dificuldades ou insatisfações. Os resultados obtidos não apenas orientam o desenvolvimento de futuras intervenções de saúde, mas também fornecem dados importantes que podem subsidiar outras ações de saúde além do próprio programa. Compartilhar essas informações com profissionais de saúde locais, autoridades de saúde pública e organizações comunitárias amplia o alcance dos benefícios gerados pelo Movimenta Vitória-PE, promovendo uma abordagem integrada e abrangente para a melhoria da qualidade de vida dos participantes e da comunidade como um todo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos, participantes do Programa “Movimenta Vitória” do município de Vitória de Santo Antão-PE.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população quanto às condições socioeconômicas;
- Avaliar o estado nutricional dos participantes;
- Correlacionar a qualidade de vida às condições socioeconômicas e estado nutricional.

3. JUSTIFICATIVA

Atualmente, têm-se observado uma tendência em grande parte da população brasileira de apresentar comportamentos que impactam em sua qualidade de vida de forma negativa, como por exemplo a negligência com a saúde física, mental e emocional, que tem refletido no aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis, transtornos psicológicos, alterações no comportamento alimentar e baixa qualidade do sono. Este cenário tornou-se ainda mais alarmante, somadas a fatores externos como a violência urbana e a falta de infraestrutura de lazer e saúde, o que tende a influenciar os níveis de saúde e na própria expectativa de vida.

Assim, acredita-se que a relevância desse tema reside na necessidade de compreendermos mais profundamente os diversos domínios que influenciam a qualidade de vida dos indivíduos, permitindo uma análise precisa das áreas que demandam maior atenção e intervenção por parte dos profissionais de saúde e gestores públicos. A partir da análise das informações e dados coletados, será possível identificar lacunas e oportunidades de melhoria nos serviços de saúde oferecidos na atenção primária, além de contribuir para a consolidação de novos paradigmas no processo saúde-doença e políticas públicas.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Qualidade de vida da população brasileira

Durante as últimas três décadas, o Brasil apresentou mudanças significativas em seu padrão de saúde da população. De 1990 a 2016 houve um acréscimo de 6,8 anos na expectativa de vida, elevando-se de 68,4 para 75,2 anos em média. Paralelamente, a expectativa de vida saudável do brasileiro também aumentou em 5,7 anos nesse mesmo período, refletindo uma transição epidemiológica, marcada pelo envelhecimento populacional e redução da mortalidade (GBD, 2018).

Neste contexto, o padrão de adoecimento da população brasileira se transformou devido ao aumento progressivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Doenças como as cardiovasculares, diabetes, neoplasias e enfermidades respiratórias crônicas, compõem esse conjunto de condições, que responderam por 75,8% das causas de óbitos na população brasileira em 2015. De forma ainda mais preocupante, as mortes prematuras associadas a essas doenças tornam-se mais evidentes na faixa etária entre 30 e 69 anos, representando 15 das 20 principais causas de morte (Malta *et al.*, 2017).

Ao analisar os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008-2009 em comparação com os dados do Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) de 1974-1975, nota-se um aumento expressivo no índice de excesso de peso na população adulta ao longo das últimas décadas. Entre os homens, a prevalência de sobrepeso saltou de 18,5% para 50,1%, enquanto que, a obesidade passou de 2,8% para 12,4%. Já no grupo feminino, a frequência de sobrepeso subiu de 28,7% para 48,0% e a obesidade aumentou de 8,0% para 16,9% (IBGE, 2010).

Os resultados do inquérito do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), conduzido em 2017, indicaram que a prevalência de excesso de peso (54%) e obesidade (18,9%) na população adulta (≥ 18 anos) continua aumentando. Observou-se também que o excesso de peso foi mais comum entre os homens do que entre as mulheres, enquanto a frequência de adultos obesos não apresentou diferença significativa entre os sexos (Brasil, 2018).

Essas mudanças no estilo de vida, incluindo uma alimentação inadequada, caracterizada, principalmente pelo aumento do consumo de alimentos industrializados, ricos em calorias e pobres em nutrientes e fibras, juntamente com a redução no gasto calórico diário, devido à redução da atividade física, tem sido apontadas como os principais

impulsionadores do crescimento da obesidade (Santos et al., 2019; Ortolani, Goulart, 2015). Nesse contexto, o estado nutricional desempenha um papel fundamental na qualidade de vida e de saúde da população (Tomas *et al.*, 2014).

4.2 Qualidade de vida relacionada à saúde: conceitos e determinantes

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é conceituada como uma medida que engloba o bem-estar físico e emocional, nível de independência, relações sociais e relacionamento do indivíduo com o ambiente em que está inserido. Para quantificar a QVRS, foram sugeridos múltiplos instrumentos, ou seja, converter sensações subjetivas em valores numéricos, que possam ser mensurados, analisados e comparados (Limongi; Jardine, 2019).

Os instrumentos mais frequentemente utilizados são de natureza genérica, ou seja, abrangem diversos aspectos do impacto decorrente de uma condição de saúde, tais como a capacidade funcional, a dor e o estado geral da saúde. Nesse contexto, destacam-se o *Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form* (MOS SF-36), o *Medical Outcomes Studies 12-item Short-Form* (MOS SF-12), o EuroQol (EQ-5D) e o WHOQOL-100. O WHOQOL-bref, uma versão compacta do WHOQOL-100, criado e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatiza a percepção individual, sendo capaz de avaliar a QV em diferentes grupos e situações, sem se limitar ao nível de escolaridade (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017).

A qualidade de vida é um aspecto que pode ser mensurado e comparado através de instrumentos estatísticos. Entretanto, é importante considerar a necessidade de revitalizar culturalmente esses instrumentos de avaliação ao longo do tempo e espaço (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Todos os instrumentos empregados devem possuir características fundamentais de reprodutibilidade, validade e sensibilidade às alterações. A reprodutibilidade refere-se à consistência dos resultados ao repetir o questionário em momentos distintos ou com observadores diferentes, resultando em dados semelhantes. Por sua vez, validade é a capacidade de um instrumento de medir com precisão o que propõe a medir. Na seleção ou construção de uma medida de qualidade de vida, é essencial considerar os tipos de validade, que incluem: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construção. A sensibilidade a mudanças é entendida como a capacidade da escala de detectar alterações decorrentes de um tratamento ou alterações associadas à evolução natural da doença (Campo; Neto, 2008).

Baseado na análise do conceito e dos métodos de avaliação da qualidade de vida, percebe-se que este se firma como uma variável significativa tanto na prática clínica quanto na pesquisa em saúde e áreas relacionadas. Apesar das controvérsias em torno de sua definição e estratégias de medição, os estudos conduzidos até o momento têm auxiliado na compreensão mais clara do conceito e sua consequente evolução. Acredita-se que a investigação desse tema pode colaborar para o desenvolvimento de abordagens de atendimento à saúde mais adequadas e humanizadas, bem como para o estabelecimento de novos paradigmas no entendimento do processo saúde-doença e das políticas públicas (Seidl; Zannon, 2004).

Sobre os estudos publicados referentes ao tema, nota-se que a tendência das publicações consiste em examinar os aspectos mais relevantes da qualidade de vida para uma análise mais abrangente, como, por exemplo, condições sociais, físicas ou psicológicas, bem como preocupações com a cultura e contexto social dos indivíduos (Pereira et. al, 2006; Schmidt *et al.*, 2005). Além disso, está intimamente ligada à avaliação do estado de saúde, a qualidade de vida, influenciada pelo gênero, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades (Pereira *et al.*, 2006).

Ainda nesse contexto, pesquisas em diversos países, inclusive no Brasil, conforme aborda Nahas (2010), evidenciam que o estilo de vida também passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, uma vez que o estilo de vida é o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Sendo composto por comportamentos relacionados à saúde que podem ser positivos ou negativos.

4.3 Atenção primária à saúde: espaço de promoção à qualidade de vida

O estudo das práticas de cuidado em saúde no contexto brasileiro, especialmente aquelas realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS), é digno de atenção. A APS não apenas representa um dos maiores modelos de atenção à saúde e de organização dos sistemas de saúde do mundo, mas também tem contribuído significativamente para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para melhoria dos resultados em saúde e equidade (Tasca, 2020; Andrade, 2018).

A APS desempenha o papel fundamental de ser o ponto inicial de acesso dos pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo 85% das necessidades e dos quadros de saúde da população em geral. Por meio da oferta de serviços preventivos, curativos e de promoção à

saúde, a APS não apenas atende às necessidades imediatas dos pacientes, mas também integra os cuidados de saúde, considerando o contexto de vida de cada indivíduo (CONASS, 2007).

A Promoção da Saúde (PS), compreende um conjunto de estratégias e abordagens destinadas a promover a saúde, abordando as complexidades relacionadas à saúde e à vida em níveis individuais e coletivos. Isso envolve a promoção de modos de vida (mais) saudáveis e a consideração dos fatores sociais que influenciam as escolhas individuais, sobre os referidos modos. Em outras palavras, busca entender o que influencia a capacidade das pessoas de adotar comportamentos mais saudáveis, se assim desejarem (Carvalho; Akerman; Cohen, 2022).

Assim, como em um campo de atuação que promove políticas e práticas diferenciadas relacionadas à atenção à saúde, a PS enfrenta o desafio de desenvolver abordagens que promovam e incorporem estratégias de cuidado baseadas nos princípios da integralidade e da equidade (Bagrichevsky, 2021). Para além da relevância do acesso a serviços de saúde de excelência, é imprescindível lidar com toda a amplitude dos determinantes da saúde, o que demanda políticas públicas saudáveis, articulação intersetorial e mobilização da comunidade (Buss *et al.*, 2020).

Além disso, o envelhecimento da população, a urbanização, as transformações sociais e econômicas, juntamente com a globalização, têm causado impactos significativos nos padrões de vida, trabalho e alimentação das pessoas. Como consequência, essas mudanças têm contribuído para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), transtornos psicológicos, alterações no comportamento alimentar e baixa qualidade do sono (Beaglehole *et al.*, 2011).

Dessa forma, para fortalecer as práticas de cuidado na APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental, sendo a principal tática e política de saúde com foco nos cuidados primários. Pois, se baseia em elementos estruturantes, como equipe multiprofissional, porta de entrada, estabelecimento de vínculo e responsabilidade, centralidade na família/comunidade, adscrição da clientela, longitudinalidade e coordenação do cuidado (Silva; Casotti; Chaves, 2013; Santos; Mishima; Merhy, 2018).

Segundo Pimentel *et al.* (2011), a maior demanda de atendimentos na ESF é representada pela população adulta. Isso pode estar relacionado com a alta frequência de doenças crônicas não transmissíveis que acometem essa faixa etária, além das mudanças demográficas que vêm ocorrendo no Brasil com a diminuição da fecundidade e da mortalidade infantil e com o aumento da expectativa de vida. Além disso, ressalta-se a importância de compreender as intervenções aplicadas na população adulta nos serviços de

saúde da atenção primária e como tal fato é relevante para a promoção da saúde desse grupo específico.

Uma das formas de prevenir agravos e promover a saúde está relacionada à educação em saúde, a qual abrange um conjunto de conhecimentos e práticas aplicado por profissionais da área, proporcionando espaço para reflexão e empoderamento, estimulando mudanças nos hábitos de vida (Domingues; Pinto; Pereira, 2018).

Em uma intervenção nutricional educativa realizada com mulheres hipertensas, no estudo de Ribeiro *et al.* (2012), observou-se que aquelas que receberam orientação nutricional a domicílio apresentaram melhorias na avaliação clínica, comparado ao grupo que não recebeu orientações domiciliares. A educação nutricional para o autocuidado mostrou bom resultado, constituindo um aspecto fundamental e de considerável importância no tratamento, sendo que sua prática estimulou o desenvolvimento da autonomia e, conseqüentemente, maior confiança das pacientes. Além disso, o acompanhamento individual, ocasionado por meio de visitas domiciliares, permitiu trabalhar de forma mais detalhada questões importantes, como o fracionamento das refeições e as recomendações de cada grupo de alimentos, o que refletiu nos melhores resultados do tratamento deste grupo (Kessler *et al.*, 2018).

Em um outro estudo, de Maia, Torres e Chaves (2012), também realizado com diabéticos, foi possível observar que a proximidade do usuário com o profissional no grupo de promoção à saúde gerou um vínculo de confiança, que refletiu na forma de autocuidado e estimulou o usuário na condução de sua saúde por meio da busca pelo conhecimento para o melhor controle da sua doença.

Por fim, em um estudo realizado com mulheres participantes do Programa Academia da Saúde, foi evidenciado um impacto positivo no perfil alimentar e antropométrico das usuárias, utilizando intervenções com ações de promoção da saúde, incluindo atividades relacionadas à alimentação, cidadania e lazer. Essas ações coletivas conduzidas visavam construir conceitos para a realização de escolhas saudáveis pelas usuárias, realizadas de forma ilustrativa com materiais educativos e lúdicos, como réplicas, fotos de alimentos e medidas caseiras, além de jogos e teatro (Deus *et al.*, 2015).

5. METODOLOGIA

5.1. Desenho do estudo

Estudo de caráter transversal, descritivo e de abordagem quantitativa.

5.2. Local do estudo

O estudo foi realizado com os participantes do programa “Movimenta Vitória” em Vitória de Santo Antão-PE.

O programa Movimenta Vitória é uma iniciativa que visa promover a saúde e o bem-estar da população, oferecendo acesso a atividades físicas e exercícios em áreas públicas da cidade, como praças. Além disso, as academias das cidades desempenham um papel fundamental ao proporcionar espaços dedicados à prática de atividades físicas, contribuindo para a promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças.

5.3. Período do estudo

O estudo foi realizado no período de maio a dezembro de 2023.

5.4. Amostra

5.4.1 Caracterização e Tamanho amostral

O recrutamento dos participantes foi realizado a partir da demanda espontânea dos usuários acompanhados pelo programa “ Movimenta Vitória”. A amostra foi constituída pela livre demanda dos participantes do Programa, que aceitaram participar da pesquisa.

5.5. Critérios de inclusão e exclusão

5.5.1 Critérios de Inclusão

- Indivíduos entre 18 e 59 anos;
- Ambos os sexos;

- Participantes do programa “Movimenta Vitória” durante o período da pesquisa.

5.5.2 Critérios de Exclusão

- Indivíduos com comprometimento cognitivo moderado a grave, quadro de descompensação ou agudização de DCNT, gestantes, idosos e indivíduos que tinham alguma psicopatologia grave (por exemplo, transtorno psicótico, depressão profunda ou transtorno por uso de substâncias).

5.6 Procedimentos

Todos os questionários e avaliações a seguir, foram aplicados aos participantes e antes de seu preenchimento, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Todos os participantes responderam a um questionário aplicado em formato de entrevista, utilizando a plataforma *Google Forms*. O questionário contemplou perguntas abertas e fechadas sobre: aspectos socioeconômicos (raça, renda familiar per capita, escolaridade, número de filhos, tipo de moradia, estado civil). Também foram coletadas informações sobre o estado nutricional e estilo de vida.

5.6.1 Dados socioeconômicos e de estilo de vida

Para a avaliação dos aspectos sociodemográficos (raça, renda familiar *per capita*, escolaridade, número de filhos, tipo de moradia, estado civil) foi utilizado um questionário adaptado seguindo o sistema de classificação de acordo com os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP, 2018)(ANEXO I).

5.6.2 Questionário de qualidade de vida

A qualidade de vida (QV) foi avaliada utilizando o questionário WHOQOL-bref (OMS, 1998), com 26 questões (ANEXO II), sendo duas a respeito da qualidade de vida em geral (QV geral) e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o

instrumento original e estão divididas em quatro domínios: “físico” (e.g. dor física e desconforto, dependência de medicação/tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, capacidade para o trabalho), “psicológico” (e.g. sentimentos positivos e negativos, espiritualidade/crenças pessoais, aprendizado/memória/concentração, aceitação da imagem corporal e aparência, autoestima), “relações sociais” (e.g. relações pessoais, atividade sexual, suporte/apoio social) e “ambiente” (e.g. segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, novas informações/habilidades, recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde, transporte).

As questões do WHOQOL-bref são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”). As pontuações de cada domínio foram transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias, conforme preconiza o manual produzido pela equipe do WHOQOL-7, sendo que médias mais altas sugerem melhor percepção de QV. A classificação da qualidade de vida, expressa em média, foi categorizada da seguinte forma: Necessita melhorar - quando for 1 até 2,9; Regular - 3 até 3,9; Boa - 4 até 4,9 e Muito boa - 5 (OMS, 1998).

5.6.3 Avaliação do estado nutricional

- *Avaliação antropométrica*

Para aferir o peso dos participantes foi utilizada uma balança eletrônica digital da marca G-Tech, com capacidade máxima de 150 Kg de precisão e através de uma fita métrica fixada à parede, foi possível verificar a estatura. Os indivíduos foram avaliados com roupas leves, descalços, sem adornos, na posição ereta e posicionados no centro da balança. O peso e a altura foram registrados (ANEXO I) e analisados, para cálculo do índice de massa corporal (IMC) segundo a técnica original recomendada por Lohman (1988). Por meio do cálculo do IMC, foi avaliado o estado nutricional dos participantes pela divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado (kg/m^2), pelo fato de apresentar facilidade de sua mensuração e ser considerando a referência da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2014) para sua classificação. Os dados foram classificados de acordo com os valores de IMC estabelecidos para adultos, como baixo peso $\text{IMC} < 18,5 \text{kg}/\text{m}^2$, eutrofia de 18,5 a 24,9 kg/m^2 ,

sobrepeso de 25 a 29,9 kg/m², obeso grau I de 30 a 34,9, obeso grau II de 35 a 39,9 e grau III > 40.

5.7 Análises estatísticas

Quanto ao processamento e análise de dados, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences - SPSS, versão 19.0. Na criação do banco de dados e dos gráficos foi utilizado a planilha eletrônica Microsoft Excel, versão 2013. Para caracterizar o perfil sociodemográfico das participantes foram realizadas análises descritivas como frequências e percentuais. Para relacionar a qualidade de vida com os dados socioeconômicos e IMC, foi aplicado o teste qui-quadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste qui-quadrado não foram satisfeitas, foi aplicado o teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5% (p de erro $\alpha \leq 0,05$) e significância limítrofe ($p > 0,05$ e $< 0,10$).

5.8 Aspectos Éticos

O estudo seguiu as diretrizes e normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que versa sobre os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos e a pesquisa será submetida previamente para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa. A presente pesquisa também foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória, obtendo parecer favorável sob registro de nº 220419308 e CAAE 60248222.8.0000.9430.

A coleta dos dados foi realizada mediante anuência da pesquisa realizada pela Secretaria de Saúde de Vitória de Santo Antão. Os participantes foram os usuários do programa Academia da Saúde, intitulado “Movimenta Vitória”, sendo informados dos procedimentos e objetivos da pesquisa. Apenas participaram os que firmarem participação voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Também foram solicitadas a assinatura dos termos relacionados a realização de gravações de voz e imagens conforme o APÊNDICE B.

6. RESULTADOS

Participaram da pesquisa 51 indivíduos, todos do sexo feminino e integrantes do programa da academia da saúde, “Movimenta Vitória” do município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco. Houve uma maior participação de mulheres entre 49 a 59 anos (62,7%). A maioria autodeclaradas pardas, pretas ou indígenas (74,5%), possuindo renda familiar de até 2 salários mínimos (74,5%), casadas (72,5%), com número de filhos entre 0 a 2 (74,5%). Quanto à empregabilidade, 76,5% das participantes estavam desempregadas, moravam em casa própria (70,6%) de alvenaria com revestimento (100%), com número de 3 ou mais pessoas na residência (54,9%). Além disso, de acordo com os dados, referentes à avaliação do estado nutricional foi verificado que 78,4% das avaliadas foram classificadas com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) (Tabela 1).

Tabela 01. Caracterização do perfil socioeconômico e de estilo de vida de indivíduos adultos participantes do projeto Movimenta Vitória-PE, Brasil, 2023.

Variáveis	N (=51)	(%)
Sexo		
Masculino	-	-
Feminino	51	100
Idade		
20-49	19	37,3
49-59	32	62,7
IMC		
Eutrofia	11	21,6
Excesso de peso/obesidade	40	78,4
Cor da pele/Raça		
Branca/Amarela	13	25,5
Parda/Preta/Indígena	38	74,5
Renda Familiar		
Até 2 SM	38	74,5
3 SM até 10 SM	13	25,5

Estado Civil		
Casada/Viúva	37	72,5
Solteira/Desquitada/Divorciada	14	27,5
Nº de Filhos		
Até 2 filhos	38	74,5
3 ou mais filhos	13	25,5
Situação de empregabilidade		
Trabalha	12	23,5
Não trabalha	39	76,5
Nº de moradores na residência		
Até 2 pessoas	23	45,1
3 pessoas ou mais	28	54,9
Moradia		
Própria	36	70,6
Alugada/Cedida	15	29,4
Tipo de Moradia		
Alvenaria com revestimento/Madeira apropriada p/ construção	51	100
Taipa revestida/Taipa não revestida/Madeira aproveitada/Palha/outros	-	-

*N=51. SM = Salário Mínimo; Fonte: A autora (2024).

No que se refere a qualidade de vida, os resultados, expressos em média, foram classificados de acordo com uma percepção geral e mais 4 domínios distintos, como apresentado na tabela 2, que apontam para uma qualidade de vida regular desses usuários.

Tabela 2. Caracterização da amostra quanto a qualidade de vida de indivíduos adultos participantes do projeto Movimenta Vitória- PE, Brasil, 2023.

Variáveis (N=51)	Média
Percepção Geral da Qualidade de Vida	3,676470
Domínio Físico	3,854342
Domínio Psicológico	3,826797
Domínio de Relações Sociais	3,960784
Domínio de Meio Ambiente	3,379902

Fonte: A autora (2024).

Na tabela 3, estão apresentadas as associações entre a qualidade de vida e os dados socioeconômicos dos indivíduos adultos participantes do projeto, que demonstra que não foi verificada associações entre as variáveis socioeconômicas e a QV.

Tabela 03. Associação da qualidade de vida com os dados socioeconômicos dos indivíduos adultos participantes do projeto Movimenta Vitória-PE, Brasil, 2023.

Variáveis	N (%)	P-Valor
Idade		0,156²
20-49	19 (37,3)	
49-59	32 (62,7)	
IMC		0,483²
Eutrofia	11 (21,6)	
Excesso de peso/obesidade	40 (78,4)	
Cor da pele/Raça		0,440²
Branca/Amarela	13 (25,5)	
Parda/Preta/Indígena	38 (74,5)	
Renda Familiar		0,440²
Até 2 SM	38 (74,5)	

3 SM até 10 SM	13 (25,5)	
Estado Civil		0,420²
Casada/Viúva	37 (72,5)	
Solteira/Desquitada/Divorciada	14 (27,5)	
Nº de Filhos		0,440²
Até 2 filhos	38 (74,5)	
3 ou mais filhos	13 (25,5)	
Situação de empregabilidade		0,461²
Trabalha	12 (23,5)	
Não trabalha	39 (76,5)	
Nº de moradores na residência		0,204²
Até 2 pessoas	23 (45,1)	
3 pessoas ou mais	28 (54,9)	
Moradia		0,401²
Própria	36 (70,6)	
Alugada/Cedida	15 (29,4)	
Tipo de Moradia		-
Alvenaria com revestimento/Madeira apropriada p/ construção	51 (100)	
Taipa revestida/Taipa não revestida/Madeira aproveitada/Palha/outros	-	

¹ p-valor do teste qui-quadrado para independência pela correlação de Pearson; ² p-valor do teste qui-quadrado para independência pelo Exato de Fisher; SM = Salário Mínimo; Fonte: A autora (2024).

7. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar a qualidade de vida dos usuários do programa “Movimenta Vitória” no município de Vitória de Santo Antão, de uma amostragem de participantes adultos, do sexo feminino. Neste recorte a população estudada demonstrou possuir uma qualidade de vida regular. Esse resultado sugere que, apesar do acesso aos serviços oferecidos pelo programa, a qualidade de vida dos participantes ainda não atingiu níveis considerados satisfatórios. Desse modo, é importante destacar que a qualidade de vida é influenciada por uma variedade de fatores, incluindo condições socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde, práticas de autocuidado e nível de atividade física, entre outros fatores (Santos, 2023).

Foi possível observar também neste estudo uma desigualdade de gênero na participação de usuários do Programa Academia da Saúde, o “Movimenta Vitória”, sendo toda a população estudada composta por mulheres. A maior participação das mulheres nos programas e intervenções, já é esperada, uma vez que levantamentos nacionais relacionados a programas de saúde, relatam que existe essa disparidade entre homens e mulheres participantes. Assim como em outras cidades, o programa academia da saúde tem apresentado uma maior participação de usuários do sexo feminino, podendo estar relacionada com a maior utilização dos serviços de saúde e com ambiente onde as atividades são ofertadas, uma vez que, as mulheres normalmente estão mais presentes nos serviços de saúde em virtude de maior autocuidado (Costa *et al.*, 2013).

Em estudo de Fernandes et al. (2017), realizado em Belo Horizonte- MG, 85,3% dos usuários do Programa de Academia da Saúde eram do sexo feminino. Do mesmo modo, corroborando esse resultado, uma pesquisa desenvolvida por Sousa (2015), com participantes do programa Academia da Saúde na cidade de Santa Cruz – PB, contou com a participação de 3 homens (25%) e 9 mulheres (75%). A ausência de usuários do sexo masculino nos serviços ofertados pela atenção básica não é algo incomum, esbarrando em contextos relativos à estrutura dos serviços e da própria sociedade, prática profissional, e do próprio homem, como a falta de comportamento preventivo, por exemplo (Moreira; Fontes; Barboza, 2014).

No que diz respeito à renda, 74,5% das participantes analisadas estavam desempregadas. De acordo com Geraldo (2017), as famílias que possuem renda familiar de até três salários-mínimos, por vezes, podem apresentar dificuldades na manutenção do lar, principalmente se for considerado o número de pessoas que ali residem, o que foi verificado no presente estudo. O autor complementa evidenciando que a dificuldade financeira gera

estresse e insegurança, o que compromete a qualidade de vida em saúde. Além disso, análises dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019) mostraram que a prevalência de brasileiros que avaliavam a sua saúde como boa/muito boa foi reduzida proporcionalmente à medida que a renda familiar diminuía (IBGE, 2020).

Em um outro estudo, Ferreira *et al.* (2019), concluíram que nos grupos de maior renda o conhecimento sobre programas públicos de atividade física é maior, porém são os mais pobres que participam mais dos programas de atividade física e apresentam maior dificuldade de acesso a locais privados de prática de atividade física. Esta é uma importante política de equidade, necessária para diminuir as desigualdades, incorporando a saúde e lazer como direitos de todo cidadão brasileiro. Esses dados, estabelecem uma correlação com o alto índice de participantes desempregadas na pesquisa, que corresponde a 76,5%, e a baixa renda.

Outro achado relevante deste estudo é a prevalência de sobrepeso e obesidade na população estudada, tendo como resultado 78,4%. Esse dado vai de acordo com o que foi encontrado no Brasil, através da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em parceria com o IBGE, onde estimou-se que cerca de 60,3%, ou seja, 96 milhões de pessoas foram classificadas com excesso de peso e 25,9% (41 milhões) classificadas com obesidade, em 2019 (Brasil, 2020). No estudo de Silveira e Cavalcante (2020), realizado com mulheres com idade média de 18 – 59 anos frequentadoras de uma academia da saúde em Sobral, Ceará, foi verificado que houve prevalência na maior parte dos participantes 90% de sobrepeso e obesidade segundo o IMC.

Em relação à faixa etária das participantes, a pesquisa realizada por Ferreira *et al.* (2019), que tinha como objetivo o conhecimento acerca dos programas públicos de atividade física no Brasil, demonstrou que o público foi maior entre as mulheres e em indivíduos com idades entre 40 e 59 anos. Uma possível explicação para esse fato é a característica dos programas públicos que, na sua maioria, oferecem aulas em turnos nos quais muitas pessoas estão envolvidas em atividades laborais, dificultando a participação da população mais jovem (Gomes *et al.*, 2014).

Outrossim, 74,5% da amostra se autodeclarou como não-branca. Esses números corroboram com os resultados encontrados em uma análise do Programa Academia da Cidade e a descrição dos fatores de adesão e não adesão, realizada por Lemos *et al.* (2016), na qual 47,8% dos participantes autorreferiram sua etnia/cor como sendo pardos, seguidas de pessoas que se consideram brancas (36,3%) e negras (11,8%). Essas informações reafirmam a ideia de que o Ministério da Saúde (MS), inicialmente em 2006, reconheceu e ainda reconhece que as

condições de vida da população negra são resultados de injustos processos sociais, culturais e econômicos que estão presentes na história do Brasil, contribuindo para o desigual acesso aos direitos, inclusive na saúde, refletido no quadro epidemiológico, evidenciando as condições de vulnerabilidade dessa população.

De acordo com Araújo *et al.* (2009), a maioria da população negra reside em áreas com ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica, sofre maiores restrições no acesso a serviços de saúde e estes, quando disponibilizados, são de pior qualidade e menor resolutividade. A pesquisa de Silva, Lima e Hamann (2010), reafirma essa vulnerabilidade da população negra em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde, destacando a necessidade de políticas públicas específicas voltadas a esses segmentos mais vulneráveis.

A avaliação dos domínios (físico, relações sociais, psicológico e meio ambiente) referente a qualidade de vida dos participantes, indicou uma média acima de 3, ou seja, caracterizada como regular. Entretanto, é válido destacar o domínio “meio ambiente”, que embora tenha apresentado discreta diferença, em comparação aos demais domínios da QV, foi o de menor resultado (3,37). O domínio “meio ambiente” é capaz de avaliar o ambiente em que o usuário está inserido e abrange aspectos referentes às condições de moradia; socialização; transporte; segurança física; lazer; recursos financeiros e a proteção. Ressalva-se que na maioria dos estudos brasileiros encontrados e realizados com usuários do SUS, esse domínio costuma ter menor pontuação e causa prejuízo na avaliação da QV (Azevedo *et al.*, 2013). Uma vez que a menor média da QV foi observada no domínio Meio Ambiente, destaca-se a importância de investimentos e políticas de desenvolvimento e planejamento urbano, visando uma melhora da QV de populações que vivem em áreas vulneráveis (Pimenta *et al.*, 2015).

Assim, embora a partir da análise de associações entre a QV e as condições socioeconômicas dos dados coletados na presente pesquisa, não tenha demonstrado nenhuma associação entre essas variáveis, torna-se essencial considerar outros fatores que possivelmente podem impactar nessa QV regular, como a presença de sobrepeso e obesidade, que embora não tenha se mostrado associado, podem estar associados a uma série de problemas de saúde, incluindo doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, que podem impactar negativamente a qualidade de vida ou ainda outros fatores individuais, sociais e ambientais que podem repercutir de forma negativa sobre a QV, que não foram objetivo desta pesquisa.

A predominância de mulheres também pode influenciar a percepção da qualidade de vida. Como mencionado anteriormente, as mulheres tendem a ser mais presentes nos serviços de saúde e demonstram maior autocuidado, o que pode refletir em uma maior conscientização sobre sua própria qualidade de vida. Ademais, deve-se considerar a faixa etária dos participantes, com destaque para a concentração de pessoas entre 40 e 59 anos, podendo indicar que esses indivíduos estejam enfrentando desafios específicos relacionados ao envelhecimento, como questões de saúde crônicas e mudanças no estilo de vida.

Em um trabalho conduzido por Silva e colaboradores (2016), tendo como objetivo a análise da prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre homens e mulheres e identificar os fatores a ela associados na população adulta, encontraram associação da hipertensão arterial com a idade, com uma diferença de 10 anos entre os sexos. Em homens a partir dos 30 anos e nas mulheres foi observada associação a partir dos 40 anos. Do mesmo modo, no estudo conduzido por Santiago e colaboradores (2019), no sertão de Pernambuco, foi preditor independente da HAS a faixa etária a partir dos 40 anos. Esteves *et al.* (2017) também evidenciaram a QV de pacientes idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial, encontrando alta prevalência de HAS e DM na população de 40 a 65 anos em comparação à população geral, em especial entre as mulheres, correspondendo a 58,06% da população estudada.

A partir dessas considerações, para confirmar essas hipóteses sobre os elementos mencionados acima que afetam a qualidade de vida, seriam necessários ampliar a amostra de participantes do presente estudo, bem como conduzir um acompanhamento mais minucioso e longitudinal desses usuários, investigando também outros fatores que possam influenciar na qualidade de vida dos mesmos.

Em conformidade com o que foi exposto, vale ressaltar que algumas limitações podem ter influenciado os resultados deste estudo, dentre as quais se destaca o fato de se tratar de um estudo transversal, fazendo com que exista uma certa limitação no aprofundamento dos dados encontrados, tendo em vista que não possibilita um acompanhamento das variáveis analisadas ao longo do tempo. Uma outra situação desafiadora enfrentada no presente estudo foi a disponibilidade dos usuários em colaborar nas respostas e avaliações da pesquisa e baixa adesão do público.

Entretanto, ao considerar a falta de estudos específicos sobre o tema, a nível nacional e estadual, o presente trabalho pode favorecer propostas de intervenções no que se refere à qualidade de vida desses usuários, além de direcionar estratégias de condutas adequadas e fomentar futuras pesquisas mais aprofundadas dentro desta mesma perspectiva. Diante desses

achados, torna-se evidente a importância de abordagens integradas e multifacetadas para promover a melhoria da qualidade de vida desses participantes.

8. CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que os usuários do programa de academia da saúde, “Movimenta Vitória”, do município de Vitória de Santo Antão - PE, possuem uma percepção geral de qualidade de vida regular, predominantemente do sexo feminino. Além disso, houve uma maior participação de mulheres entre 49 a 59 anos. A maioria autodeclaradas pardas, pretas ou indígenas, possuindo renda familiar de até 2 salários mínimos e se encontravam em situação de desemprego. Sobre o estado nutricional das usuárias, foi comprovada uma porcentagem alarmante de excesso de peso (sobrepeso e obesidade).

Embora os participantes tenham acesso aos serviços oferecidos pelo programa, os resultados sugerem que a qualidade de vida ainda não atingiu níveis considerados satisfatórios. Principalmente, considerando o domínio “meio ambiente”. Essa constatação destaca a complexidade do conceito de qualidade de vida, que é influenciado por uma variedade de fatores socioeconômicos, demográficos e de estilo de vida. Além disso, a predominância de mulheres, a renda familiar limitada e a alta prevalência de sobrepeso e obesidade, são elementos que merecem atenção especial para futuras intervenções e políticas públicas voltadas à promoção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 22, n. 5, p.1705-1716, 2017.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Brazil's Family Health Strategy: Factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998-2012). **Health Policy Plan**, Belo Horizonte, v. 33, n. 3, p.368-380, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx189>. Acesso: 19 jan. 2024.
- ARAÚJO, E. M. *et al.* The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. **Interface**, Novo Horizonte, v. 13, n. 1, p.383-394, 2009.
- AZEVEDO, A. L. S. *et al.* Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p.1774-1782, 2013.
- BAGRICHEVSKY, M. Pelas lentes do SUS: notas sobre desafios e avanços da promoção da saúde na atenção primária. **Revista Pensar a Prática**, Blumenau, v. 24, n. 2, p. 5-9, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fe/article/view/66137>. Acesso em: 22 fev. 2024.
- BARROS, C. O. Plano de ação para reduzir o sedentarismo no grupo de qualidade de vida da Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim: uma ação conjunta entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde e os usuários do sistema. 2013.
- BEAGLEHOLE, R. *et al.* Priority actions for the non-communicable disease crisis. **The Lancet**, London, v. 9.775, n. 377, p.1.438-1.447, 2011.
- BELVIS, A. G. et al. Relações sociais e QVRS: Uma pesquisa transversal entre idosos italianos. **BMC saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.1-10, 2008.
- BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J Hum Growth Dev**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016.
- BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Como está sua alimentação?**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS n.992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde**: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html. Acesso em: 22 nov. 2023.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Montes Claros, v. 32, n. 2, p.232-240, 2008.

CARVALHO, F.; AKERMAN, M.; COHEN, S. A dimensão da atenção à saúde na Promoção da Saúde: apontamentos sobre a aproximação com o cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 31, n. 3, 2022. Disponível em: [10.1590/S0104-12902022210529pt](https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210529pt). Acesso em: 12 dez. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

COSTA, B. V. L. *et al.* Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Cien. Saude Colet.**, Minas Gerais, v. 18, n. 1, p. 95-102, 2013.

DEUS, R. M. *et al.* Impacto de intervenção nutricional sobre o perfil alimentar e antropométrico de usuárias do Programa academia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1937-1946, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.11882014>. Acesso em: 15 jan. 2024.

DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. Advances in subjective well-being research. **Nature Human Behaviour**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 253-260, 2018.

DOMINGUES, F.; PINTO, F. S.; PEREIRA, V. M. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 20, n.3, p.4-150, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/30648/pdf>. Acesso em: 18 mar. 2024.

ESTEVES, M. *et al.* Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 50, n.1, p.18-28, 2017.

FAUSTINO, L. *et al.* Influência da espiritualidade/religiosidade na qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com diabetes: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 11, p.248-255, 2022.

FERNANDES, A. P. *et al.* Programa Academias da Saúde e a promoção da atividade física na cidade: a experiência de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 22, n. 12, p. 3903-3914, 2017.

FERREIRA, R. W. *et al.* Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 86-116, 2019.

GBD 2016 BRAZIL COLLABORATORS. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, London, v. 392, n. 10149, p. 760-75, 2018.

GERALDO, D. S. T. **Avaliação das Ações do Profissional de Educação Física no NASF para Qualidade de Vida em Saúde da Mulher nas fases de Climatério, Menopausa e Pós-menopausa**. 2017. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Desenvolvimento Regional) - Universidade de Taubaté, Taubaté, SP, 2017.

GOMES, G. A. O. *et al.* Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 21, p. 2155-2168, 2014.

GOMES, J.; SILVA, A. S.; BERGAMINI, G. B. Saúde e Qualidade de Vida: Influencia do Stress no Ambiente de Trabalho. **Rev. Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, v. 8, n. 2, p. 207-220, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

JAFARI, N. *et al.* Spiritual well-being and quality of life of iranian adults with type 2 diabetes. **Medicina alternativa e complementar baseada em evidências**, [S. l.], v. 2014, n. 1, p. 37 5-6, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24600478/>. Acesso em: 23 mar. 2024.

KAMAKURA, W.; MAZZON, J. A. **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas, 2018.

KATZMARZYK, P. T. et al. Comportamento Sedentário e Saúde: Atualização do Comitê Consultivo de Diretrizes de Atividade Física 2018. **Med Sci Esportes Exerc.**, [S. l.], v. 51, n. 6, p. 1227-1241, 2019.

KESSLER, M. *et al.* Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200019>. Acesso em: 27 fev. 2024.

LIMONGI, J. E.; JARDINE, F. M. A. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde entre usuários da Atenção Básica com um instrumento genérico: Duke Health Profile. **J. Health Biol. Sci**, Uberlândia, v. 7, n. 3, p. 284-291, 2019.

LEMOS, E. C. *et al.* Programa academia da cidade: descrição de fatores de adesão e não adesão. **R. bras. Ci. e Mov.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 75-84, 2016.

LOHMAN, T. G. et al. Anthropometric standardization reference manual. **Human kinetics books**, [S. l.], 1988.

MA, C. *et al.* Efeitos de intervenções para perda de peso em adultos obesos sobre mortalidade, doenças cardiovasculares e câncer: revisão sistemática e metanálise. **BMJ**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 1-14, 2017.

MAIA, M. A.; TORRES, H. C.; CHAVES, F. F. Promoção da saúde e diabetes: o grupo operativo como estratégia educativa para o autocuidado. **Revista Intellectus**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 202-216, 2012. Disponível em: <http://www.revistaintellectus.com.br/artigos/22.236.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2024.

MALTA, D. C. et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. **São Paulo Medical Journal**, [S. l.], v. 135, n. 3, p. 213–221, 2017.

MARINHO, L. A. *et al.* Aspectos socioambientais e qualidade de vida: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Ambiental**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 567-578, 2020.

MENEGUCI, J. *et al.* Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e os procedimentos de avaliação. **Motricidade**, Uberaba, v. 11, n.1, p. 74-160, 2015.

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

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D. D.; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014.

NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5. ed., Londrina: Midiograf, 2010.

NETO, C. M. S.; LIMA, C. T. Programas academia das cidades (PACID) e academias da saúde (PAS): ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 24531-24537, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL–BREF quality of life Assessment. **Psychol Med**, [S. l.], v. 28, n. 3, p.551-558, 1998. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>. Acesso em: 7 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci.Med**, [S. l.], v. 4, n.10, p.1403-1409, 1995.

ORTOLANI, F. P. B; GOULART, R. M. M. Doenças cardiovasculares e estado nutricional no envelhecimento: produção científica sobre o tema. **Rev. Kairós gerontologia**, São Paulo, v. 18, n.1, p. 307-324, 2015.

PEREIRA, R. J. *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PEREIRA, E, F. *et al.* Qualidade de vida: conceito e variáveis relacionadas. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 7, n. 3, p. 14-28, 2009.

PIMENTA, F. B. *et al.* Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.

PIMENTEL, I. R. S. *et al.* Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, p. 175-181, 2011. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/95/364>. Acesso: 13 nov. 2023.

RIBEIRO, A. G. *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 271-282, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732012000200009>. Acesso em: 12 jan. 2024.

RÔLA, C. V. S. *et al.* Instrumentos de avaliação da qualidade de vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de revisão sistemática. **Revista de psicologia**, [S. l.], v. 12, n. 42, p. 111-120, 2018.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Estresse e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.

SANTIAGO, E. R. C. *et al.* Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 113, n. 4, p.687-690, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2019005014102&script=sci_arttext&tlng=p t. Acesso em: 25 mar. 2024.

SANTOS, W. T. **Perfil demográfico, comportamental e de saúde e a relação com a atividade física em indivíduos das capitais brasileiras**. 2023. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Sergipe, Aracajú, 2023.

SANTOS, D. S. *et al.* Transição nutricional na adolescência: uma abordagem dos últimos 10 anos. **Rev. Eletrônica acervo saúde**, [S. l.], v. 20, n. 477, 2178-2191, 2019.

SANTOS, D. S.; MISHIMA S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p.861-870. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Acesso em: 15 dez. 2023.

SCHMIDT, S.; POWER, M.; BULLINGER, M. The conceptual relationship between health indicators and quality of life: results from the cross-cultural analysis of the EUROHIS field study. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, Hoboken, n. 12, p. 28-49, 2005.

SEILD, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.221-232, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SILVA, S. A. *et al.* Qualidade de vida e aspectos sociodemográficos de doentes renais crônicos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 54-75, 2021.

SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 109-120, 2010.

SILVA, E. C. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev. Bras Epidemiol.**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 38-51, 2016.

SILVEIRA, D. F.; CAVALCANTE, J. L. P. Estado nutricional, consumo alimentar e saúde intestinal em mulheres de uma academia da saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, Sorocaba, v. 22, n. 2, p. 59-64, 2020.

SOUSA, N. C. Análise do perfil antropométrico e nutricional de idosos participantes do programa academia da saúde de Santa Cruz – PB. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO (CIEH) 2015, Campina Grande, v. 2, n. 1., 2015.

SOUZA, A. M. *et al.* Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 190-199, 2013

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Panam Salud Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 34-40, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>. Acesso em: 27 fev. 2024.

TOMAS, E. *et al.* Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1515-1524, 2014.

VALENÇA, M. S. **Alimentos ultraprocessados sob o olhar de crianças da zona rural**. 2016. Dissertação (Mestrado em Nutrição e Alimentos) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

VASCONCELOS, L. B. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde: análise dimensional do conceito. **New Trends in Qualitative Research**, Portugal, v. 3, p. 226-238, 2020.

ANEXOS**ANEXO A - Ficha de registro de dados sociodemográficos e avaliação antropométrica
(adaptado, ABEP 2018).**

Data da entrevista: ___/___/___

Nome: _____ Idade: _____ anos

Aspectos socioeconômicos:

Cidade de Procedência: _____

Cor ou raça:

1- branca 2- preta 3- amarela 4 -parda 5 -indígena

Estado civil?

1 - casado(a) 2 - desquitado(a) ou separado(a) judicialmente 3 - divorciado(a)
4 - viúvo(a) 5 - solteiro(a)

Nº de filhos: _____

Atualmente está empregada? 1- Sim 2- Não

Profissão: _____

Nível de Renda Familiar: 1- até 1SM 2- até 5SM 3- até 10SM 4- mais que
10SM

Nº de pessoas na residência:

Moradia: 1- alugada 2- própria 3- cedida

Tipo de moradia:

1. Alvenaria sem revestimento

2. Madeira apropriada para construção (aparelhada)
3. Taipa revestida
4. Taipa não revestida
5. Madeira aproveitada
6. Palha
7. Outro material
8. Sem parede

Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____

ANEXO B - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	Boa	muito boa
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
	muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	Muito	completamente
0	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
1	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
2	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
3	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
4	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?		2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?		2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?		2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?		2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?		2	3	4	5
As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.		Nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?		2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO- CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos os pesquisadores Alessandra Silva do Nascimento Barbosa, Maria Renata da Silva Santos, Mariana Figueiroa Lins dos Santos, Raiane de Melo Flor e Yasmim Vitória da Silva a desenvolver o seu projeto de pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA “MOVIMENTA VITÓRIA” DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**”, que está sob a orientação das Prof. (as) Luciana Gonçalves de Orange e Rebeca Gonçalves de Melo, cujo objetivo é avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos do Município de Vitória de Santo Antão, participantes da Academia da Cidade.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados as pesquisadoras deverão apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Vitória de Santo Antão, em ____/____/_____.

Nome/assinatura e **carimbo** do responsável pela Instituição

APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA COMPROVANDO AUTORIZAÇÃO

PREFEITURA DA CIDADE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Pela presente, a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, sediada na Avenida Henrique de Holanda, nº 727, Bairro Matriz, Vitória de Santo Antão - PE, CEP: 55612-001, neste ato representado, por sua secretária executiva, a senhora, Vanessa Pimentel Santos de RG nº6905720, inscrita no CPF sob o nº060.553.374-10, declara ter conhecimento das atividades de pesquisa a serem realizadas pelo projeto de pesquisa intitulado, **PROMOÇÃO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA "MOVIMENTA VITÓRIA" DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**, com o objetivo de Avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos, participantes do Programa "Movimenta Vitória" do município de Vitória de Santo Antão-PE, antes e após uma intervenção de promoção à saúde, que tem por responsável a pesquisadora Luciana Gonçalves de Orange.

Cumpre salientar que, esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde e as suas complementares, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Por oportuno, informa que, diante da violação de informações sigilosas, ficará o responsável sujeito a sofrer penalidades impostas no artigo 154 do Código Penal c/c o inciso II do artigo 5º da Portaria nº 1.820 de agosto de 2009 do Ministério da Saúde. Insta salientar que, antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Vitória de Santo Antão – PE 13, de junho de 2022

Vanessa Pimentel Santos
Secretária Executiva Municipal de
Saúde e Bem-Estar

Portaria 1201/2022
Vanessa Pimentel Santos
Secretária Executiva de Saúde

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Henrique de Holanda, 727, Matriz, Vitória de Santo Antão - PE. CEP: 55612-001. CNPJ: 08.916.501/0001-24

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “ **QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA ‘MOVIMENTA VITÓRIA’ DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**” que está sob a responsabilidade das pesquisadoras: Luciana Gonçalves Orange e Rebeca Gonçalves de Melo.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos, participantes do Programa “Movimenta Vitória” do município de Vitória de Santo Antão-PE, antes e após uma intervenção de promoção à saúde. A amostra será caracterizada quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos e de estilo de vida, qualidade de vida, qualidade do sono, perfil nutricional, autoeficácia do exercício físico, alterações do comportamento alimentar e sinais de ansiedade e depressão. Ademais, intervenções em saúde também serão realizadas nessa população, a fim de orientar os participantes sobre uma alimentação saudável e consciente, e cuidados com a saúde global.

Gerar constrangimento pode ser um risco pela aplicação dos questionários referente às perguntas que serão respondidas, como status civil e renda familiar, estando os voluntários livres para responder ou não. No entanto, o estudo detém diversos benefícios, já que pode expressar resultados sobre a qualidade de vida dos indivíduos e saúde global destes.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, questionários, ficarão armazenados em pastas de arquivo sob a responsabilidade das pesquisadoras, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

□ Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Relação do consumo alimentar dos idosos com seu estado nutricional em um Hospital do Recife, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____



Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: