

**ELAÍNE BRITTO DE CASTRO**

**ACADEMIAS AO AR LIVRE:  
BEM COMUM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE**



**UCDB**

**Universidade Católica Dom Bosco  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Doutorado Acadêmico  
Campo Grande – MS  
2024**

**ELAÍNE BRITTO DE CASTRO**

**ACADEMIAS AO AR LIVRE:  
BEM COMUM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local, como requisito para a obtenção do título de doutora em Desenvolvimento Local, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Cleonice Alexandre LeBourlegat.



O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.



**Universidade Católica Dom Bosco**  
**Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Doutorado Acadêmico**  
**Campo Grande – MS**  
**2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Bibliotecária Mourâmise de Moura Viana - CRB-1 3360

C355a Castro, Elaine Britto de  
Academias ao ar livre: bem comum na promoção da saúde/  
Elaine Britto de Castro sob orientação da Profa. Dra.  
Cleonice Alexandre Le Bourlegat.-- Campo Grande, MS  
: 2024.  
98 p.: il.

Tese (Doutorado em Desenvolvimento Local) - Universidade  
Católica Dom Bosco, Campo Grande - MS, 2024  
Bibliografia: p. 78-88

1. Desenvolvimento local. 2. Promoção da saúde. 3.  
Academia da saúde. 4. Academia ao ar livre. 5. Bens  
comuns I.Bourlegat, Cleonice Alexandre Le. II. Título.

CDD: 613.7

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Título:** “Academias ao ar livre: bem comum na promoção da saúde”

**Área de concentração:** Desenvolvimento Local em Contexto de Territorialidades

**Linha de Pesquisa:** Políticas Públicas e Dinâmicas e de Inovação em Desenvolvimento Territorial

Tese submetida à Comissão Examinadora designada pelo Conselho do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Doutorado da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Desenvolvimento Local.

**Exame de Defesa aprovado em: 16/08/2024**

A presente defesa foi realizada por videoconferência. Eu, Cleonice Alexandre Le Bourlegat, como presidente da banca, assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença virtual destes.

---

Profa. Dra. Cleonice Alexandre Le Bourlegat (Orientadora)  
Prof. Dr. Fernando Pierette Ferrari (UFMS)  
Profa. Dra. Adriane Pires Batiston (UFMS)  
Prof. Dr. Josemar de Campos Maciel (PPGDL/UCDB)  
Profa. Dra. Arlinda Cantero Dorsa (PPGDL/UCDB)

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a quem primeiro me ensinou a importância do estudo e da ciência, meus pais Octávio e Antonina (*in memoriam*).

E dedico-o também aos meus irmãos Alcívio e Aline que em todo tempo e em qualquer circunstância cuidam de mim e de minhas filhas com dedicação e amor, para que eu possa seguir me dedicando ao estudo e a produção acadêmica.

## AGRADECIMENTOS

Minha mensagem de agradecimento é uma mistura de lembrança afetiva e verificação histórica. A lembrança afetiva corresponde a busca dentro da pessoa que sou hoje quem fui na infância nos anos de 1970, quando meu pai por vários sábados me acompanhava até a Biblioteca do Colégio Dom Bosco para realizar pesquisa e redigir trabalhos escritos em papel almaço com pauta, ainda hoje sem nenhum esforço me lembro claramente dos temas. Já em casa, ao finalizar os trabalhos sob a supervisão de mamãe a letra era o problema que segundo ela, para cada parágrafo, eu tinha uma grafia diferente e era preciso ter uma letra legível e uniforme, pois era parte do processo. A verificação histórica procura projetar mais ou menos o que a pessoa de hoje concluiu das experiências vividas pela jovem daquele tempo.

Agradeço antes de tudo aos meus pais Octávio e Antonina (*in memoriam*) por sempre nos incentivar ao estudo e a pesquisa, aos meus irmãos Alcívio e Aline que permanecem vigilantes e atentos com cuidado e amor incondicional a mim, sem eles essa jornada não se concluiria.

As minhas filhas Heloísa e Angelina, meus amores a quem agradeço por darem sentido mais profundo a minha vida.

Ao meu querido amigo Fernando Batiston, cuja amizade e lealdade foram fundamentais ao longo desta jornada. Agradeço por estar ao meu lado, compartilhando risos, conquistas e também dificuldades.

Ao querido ex-aluno da graduação, Me. Israel Vítor Bonfim Rodrigues, hoje colega de doutorado, a quem sou grata pela parceria em todas as publicações dos últimos cinco anos e as que virão.

Revedo a trajetória por mim percorrida no Programa de doutorado em Desenvolvimento Local da UCDB, procuro esboçar os afetos conquistados neste tempo do qual trago a satisfação e alegria de ter desfrutado da convivência do apoio e parceria nas construções acadêmicas que garantiram alguns trabalhos publicados, outras atividades comuns das disciplinas aos queridos amigos Juliana Casadei,

Luiz André Macena e Flávia Palhares que por vezes me incentiva a não desistir e testemunha ver fundamentos de desenvolvimento local em minhas inquietações.

Meu profundo agradecimento à Professora Dra. Dolores Pereira Ribeiro Coutinho que me acolheu e orientou no ingresso neste programa e esteve comigo em todas as produções dos primeiros dois anos e meio de jornada.

Agradeço as contribuições de todos os professores do programa à minha formação acadêmica. A Bêlit, pela atenção e presteza nos atendimentos.

Registro minha admiração e imensa gratidão à minha orientadora, Professora Dra. Cleonice Alexandre Le Bourlegat por seu acolhimento carinhoso, seus ensinamentos preciosos e sugestões enriquecedoras não só para esta tese.

Finalmente agradeço à banca avaliadora pelas considerações, orientações e sugestões que contribuíram para o aprimoramento da pesquisa.

Temos de entender que tempo não é dinheiro. Essa é uma brutalidade que o capitalismo faz, como se o capitalismo fosse senhor do tempo. Tempo não é dinheiro. Tempo é o tecido da nossa vida.

**Antonio Candido**



CASTRO, Elaine Britto de. **Academias ao Ar Livre: Bem comum na promoção da saúde**. 2024. 98 p. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Local), Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2024.

## RESUMO

O objetivo geral foi identificar as potencialidades do uso das Academias ao Ar Livre (AAL) na cidade de Campo Grande, as características destas práticas e a opinião de seus usuários. A pesquisa foi de natureza descritiva e exploratória, abordagem quali-quantitativa, baseada em fontes secundárias e observação direta das AAL, além de aplicação de pesquisa de opinião junto aos usuários. As AAL começaram a ser implementadas em 2006. Até fevereiro de 2024, a cidade já contava com 120 AAL, distribuídas entre as sete regiões urbanas. Verificou-se, por meio de opiniões dos usuários pesquisados, que as AAL existentes já conseguiam atender às necessidades da maioria dos interessados, sendo considerados por eles como vitais para a saúde e o bem-estar. Também foram sugeridas possibilidades de melhorias, tais como diversificação de atividades, melhorias na manutenção e segurança, acompanhamento profissional e/ou supervisão para se evitar degradação da condição física dos equipamentos e seu uso inadequado. Diante dos benefícios significativos alcançados para a saúde individual e pública e por favorecer a interação social, a AAL pode ser considerada um bem comum e, neste sentido, ser gerida como comuns, ou seja, por meio de parcerias e participação da coletividade usuária.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Local; Promoção da Saúde; Academia da Saúde; Academia ao Ar Livre; Bens Comuns.

CASTRO, Elaine Britto de. **Outdoor Gyms: Common Good in Health Promotion.** 2024. 98 p. Thesis (Doctorate in Local Development), Postgraduate Program in Local Development, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2024.

## **ABSTRACT**

The main purpose was to identify the potential of using Outdoor Gyms (AAL) in the city of Campo Grande, the characteristics of these practices and the opinions of their users. The research was descriptive and exploratory in nature, with a qualitative and quantitative approach, based on secondary sources and direct observation of the AAL, in addition to the application of opinion surveys with users. The AAL began to be implemented in 2006. By February 2024, the city already had 120 AAL, distributed among the seven urban regions. It was found, through the opinions of the users surveyed, that the existing AAL were already able to meet the needs of most interested parties, being considered by them as vital for health and well-being. Possibilities for improvements were also suggested, such as diversification of activities, improvements in maintenance and safety, professional monitoring and/or supervision to avoid degradation of the physical condition of the equipment and its inappropriate use. Given the significant benefits achieved for individual and public health and for favoring social interaction, AAL can be considered a common good and, in this sense, be managed as commons, that is, through partnerships and participation of the user community.

**Keywords:** Local Development; Health Promotion; Health Gym; Outdoor Gym; Common Goods.

CASTRO, Elaine Britto de. **Gimnasios al aire libre: bien común en la promoción de la salud**. 2024. 98 p. Tesis (Doctorado en Desarrollo Local), Programa de Posgrado en Desarrollo Local, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2024.

## RESUMEN

El objetivo general fue identificar el potencial de uso de Gimnasios al Aire Libre (AAL) en la ciudad de Campo Grande, las características de estas prácticas y la opinión de sus usuarios. La investigación fue de carácter descriptiva y exploratoria, con enfoque cualitativo y cuantitativo, basada en fuentes secundarias y observación directa de AAL, además de la aplicación de investigaciones de opinión entre usuarios. Las AAL comenzaron a implementarse en 2006. Para febrero de 2024, la ciudad ya contaba con 120 AAL, distribuidas entre las siete regiones urbanas. Se constató, a través de las opiniones de los usuarios encuestados, que las AAL existentes ya eran capaces de satisfacer las necesidades de la mayoría de los interesados, siendo consideradas por ellos como vitales para la salud y el bienestar. También se sugirieron posibilidades de mejora, como diversificación de actividades, mejoras en mantenimiento y seguridad, seguimiento y/o supervisión profesional para evitar la degradación del estado físico de los equipos y su uso inadecuado. Dados los importantes beneficios alcanzados para la salud individual y pública y para favorecer la interacción social, el AAL puede considerarse un bien común y, en este sentido, gestionarse como común, es decir, a través de alianzas y participación de la comunidad de usuarios.

**Palabras clave:** Desarrollo Local; Promoción de la Salud; Gimnasio de Salud; Gimnasio al Aire Libre; Bienes Comunes.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAL	Academias ao Ar Livre
AFEs	Atividades físicas e esportivas
AGETEC	Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação
ATI	Academia da Terceira Idade
AVD	Atividades de vida diária
CCI	Centro de Convivência de Idosos
CEA	Centro de Educação Ambiental
CELAFISCS	Centro de Estudos Laboratoriais de Aptidão Física de São Caetano do Sul
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DANTPS	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEH	Desenvolvimento à Escala Humana
ESF	Estratégia Saúde da Família
Funesp	Fundação Municipal de Esporte
GTI	Grupo de Trabalho Intersectorial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAS	Programa Academia da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PCAF	Práticas corporais e atividades físicas
PNPAF	Programa Nacional de Promoção da Atividade Física
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RCQ	Relação Cintura-Quadril
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande

SICEL	Sistema Campo-grandense de Esporte e Lazer
SISGRAN	Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável .....	32
Figura 2. Novos bens comuns .....	38
Figura 3. Taxa de participação dos municípios habilitados ao PAS em 2017 .....	48
Figura 4. Profissionais que atuam nos polos (2017).....	49
Figura 5. Vínculo dos profissionais que atuam regularmente nos polos (2017) .....	50
Figura 6. Proximidade dos pólos em relação à UBS (2017).....	50
Figura 7. AAL do bairro Itanhangá, localizada na Rua Chaadi Scaff, Praça Lúdio Martins Coelho - Ludinho .....	53
Figura 8. AAL instalada uma ILPI de Campo Grande/MS .....	54
Figura 9. Localização geográfica do município de Campo Grande.....	57
Figura 10. Regiões urbanas e bairros de Campo Grande .....	59
Figura 11. Distribuição das AAL nas regiões urbanas de Campo Grande.....	62
Figura 12. AAL do bairro Panamá, localizada na Rua Pinto D'água, região urbana do Imbirussu.....	64
Figura 13. Painel de instruções para uso dos equipamentos disponíveis na AAL da Vila Carvalho, localizada na Rua Bernardo Franco Baís - Praça 1º de Maio, região urbana do Centro .....	65
Figura 14. Região urbana de residência dos respondentes.....	68
Figura 15. AAL da Praça Ary Coelho, localizada na Rua 15 de Novembro, região urbana do Centro .....	70
Figura 16. AAL do bairro Alves pereira, localizada na Avenida Souza Lima - Praça Wellington Camargo Seza - Tutu, região urbana do Anhanduizinho .....	71
Figura 17. AAL do bairro Planalto, localizada na Orla Morena, região urbana do Centro .....	71
Figura 18. AAL do bairro Tiradentes, localizada na Travessa dos Ferreiros, região urbana do Bandeira.....	72
Figura 19. AAL do bairro Jardim Seminário, localizada na Rua Alfredo Nobel, região urbana do Segredo.....	72
Figura 20. AAL do bairro Rita Vieira, localizada na Praça João Wenceslau Leite de Barros, região urbana do Bandeira.....	73

## **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

Quadro 1. AAL selecionadas para aplicação da pesquisa de opinião (continua) .....	25
Tabela 1. População, área e quantidade de Academias ao Ar Livre das regiões urbanas.....	63
Tabela 2. Pesquisa de opinião sobre as AAL (continua).....	66

# SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>2 DELINEAMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>22</b>
2.1 Objeto de Pesquisa.....	22
2.2 Sujeitos da Pesquisa .....	22
2.3 Tipo de pesquisa .....	22
2.4 Coleta de dados secundários sobre o objeto da pesquisa.....	24
2.5 Pesquisa de opinião com os usuários das Academias ao Ar Livre .....	24
2.6 Organização e interpretação dos dados coletados .....	26
<b>3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA NA TERRITORIALIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL.....</b>	<b>27</b>
3.1 Promoção da saúde.....	27
3.2 Atividade física na promoção da saúde.....	30
3.3 Promoção da Saúde como um dos objetivos da Agenda 2030.....	31
3.4 Promoção da Saúde como Desenvolvimento Local.....	33
3.4.1 Desenvolvimento local .....	33
3.4.2 Territorialização da Promoção da Saúde como objetivo de desenvolvimento territorial sustentável .....	36
3.5 Serviço de Saúde: um Bem Comum regido sob forma de governança compartilhada .....	37
3.5.1 Serviços de saúde como bem comum .....	38
3.5.2 Gestão compartilhada dos bens comuns ou “comuns” .....	39
<b>4 ACADEMIAS AO AR LIVRE.....</b>	<b>43</b>
4.1 Origens das Academias de Saúde como política pública federal .....	43
4.2 Programa Academia da Saúde.....	45
4.3 Academias ao Ar Livre (AAL) no Brasil como política pública.....	51
<b>5 ACADEMIAS AO AR LIVRE DE CAMPO GRANDE/MS: CARACTERÍSTICAS, USOS E EXPERIÊNCIAS DOS USUÁRIOS .....</b>	<b>57</b>
5.1 Aspectos territoriais, geográficos e demográficos do município .....	57
5.2 Implementação das Academias ao Ar Livre .....	60
5.2.1 Distribuição das AAL .....	62
5.2.2 Particularidades dos pólos .....	63
5.3 Pesquisa de opinião: Resultados e discussão .....	65
5.3.1 Participação e Perfil Demográfico dos Respondentes .....	67
5.3.2 Características relacionadas ao uso.....	69
5.3.3 Manutenção e limpeza dos equipamentos .....	69
5.3.4 Padrões de uso e sensação de segurança .....	73
5.3.5 Saúde e bem-estar .....	74
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>



<b>APÊNDICE: Pesquisa de opinião sobre as Academias ao Ar Livre de Campo Grande .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO: Localização das Academias ao Ar Livre do Município.....</b>	<b>93</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A prática de atividades físicas ao ar livre traz uma série de benefícios para a saúde física e mental das pessoas. Além dos estímulos da luz natural à saúde, que potencializam os efeitos positivos das atividades físicas, os espaços livres oferecem, entre outros, uma variedade de incentivos e desafios que podem tornar o exercício mais agradável e motivador do que quando realizado em um ambiente fechado e repetitivo. Destaca-se aqui redução da tensão e ansiedade promovida pela sensação de liberdade e conexão com a natureza que a prática nessas condições proporciona.

Em segundo plano, as atividades físicas ao ar livre podem se constituir em uma oportunidade de socialização e interação com outras pessoas que compartilham dos mesmos interesses no espaço coletivo. Nesse sentido, diversos pesquisadores têm se dedicado a estudar a relação entre a prática de atividades físicas ao ar livre e a promoção da saúde e do bem-estar (Malta *et al.*, 2009; Zamai *et al.*, 2011).

O interesse em explorar os benefícios da atividade física inicialmente surgiu para compreender o processo de treinamento dos atletas. A partir da década de 1920, começaram as investigações sobre as adaptações do corpo humano ao exercício físico. Hoje, existe uma ampla literatura sobre as alterações funcionais e estruturais resultantes da prática regular de atividade física e as consequências dessas adaptações, tanto para o desempenho humano quanto para a saúde das pessoas (Zamai *et al.*, 2011).

A percepção e o conceito de qualidade de vida estão frequentemente associados e, em alguns casos, se confundem com a prática de atividade física. Por isso, a oferta de práticas esportivas e atividades físicas relacionadas ao lazer têm sido uma preocupação constante nas políticas públicas por muitas décadas. Essa orientação se justifica pela importância do lazer como meio de transmissão e transformação sociocultural, além da ênfase que a atividade física ganhou nos últimos anos como meio de manutenção e promoção da boa saúde (Marques; Gutierrez; Almeida, 2011).

O estilo de vida adotado pelas pessoas pode ser um fator crucial tanto no agravamento de doenças quanto na sua prevenção e tratamento. Portanto, um estilo

de vida saudável, que inclui a prática regular de atividade física, é um elemento vital na prevenção e controle de algumas doenças (Madureira *et al.*, 2009).

No entanto, a escolha por um estilo de vida mais ativo e saudável também é condicionada pela disponibilidade de espaços propícios para a prática de atividade física, como trilhas para caminhada, ciclovias e praças públicas. Além disso, a segurança, a infraestrutura adequada, áreas arborizadas e o acesso por transporte público são fatores significativos. A decisão de praticar ou não atividade física envolve uma discussão sobre o planejamento urbano, a mobilidade urbana e os espaços públicos de lazer (Malta *et al.*, 2009).

Estilos de vida ativos estão sendo cada vez mais adotados como uma estratégia custo-efetiva para promover a saúde e controlar várias doenças. O Ministério da Saúde tem respaldado recomendações internacionais e a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde. Além disso, tem desenvolvido programas e políticas voltadas para a prevenção e controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que apresentam fatores de risco comuns, exigindo ações integradas e trabalho multiprofissional (Buss, 2000; Malta; Silva Junior, 2013).

As Academias ao Ar Livre (AAL) tem como objetivo incentivar indivíduos sedentários ou que nunca praticaram atividade física a se exercitarem diariamente, combinando lazer com atividades físicas e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Atualmente, observa-se que a maioria da população tem pouco tempo para cuidar da saúde e do lazer. Apesar da crescente preocupação com a saúde e a qualidade de vida nos últimos anos, nota-se que as pessoas estão sempre ocupadas com trabalho, estudos, tarefas domésticas, entre outras atividades. Isso faz com que os indivíduos optem por uma atividade de lazer mais acessível e próxima de suas residências, como é o caso das academias ao ar livre (Nogueira; Fernandes, 2013).

No Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas corporais e atividades físicas (PCAF) são uma das ações de saúde e foram inseridas nas políticas públicas de saúde brasileiras principalmente no início dos anos 2000, através de programas municipais. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006, foi a principal forma de institucionalização dessas práticas, que desde então foram incluídas em diversos programas e ações (Brasil, 2018b; Carvalho *et al.*, 2022).

Com a inclusão das PCAF como prática de cuidado e promoção da saúde no SUS, defende-se que elas são um direito e estão relacionadas à saúde em uma

perspectiva ampla. Essa perspectiva abrange tanto a prevenção e o tratamento de doenças, especialmente as crônicas não transmissíveis e o bem-estar geral. Além disso, as PCAF têm um impacto econômico para a sociedade e governos em geral, especialmente para a gestão tripartite do SUS (Messing *et al.*, 2021; UNESCO, 2015)

As ações planejadas para o Programa Academia da Saúde (PAS) são principalmente de natureza coletiva e destinadas a combater as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O horário de funcionamento dos centros e as atividades geralmente oferecidas tendem a atrair a participação de pessoas mais vulneráveis, como os idosos, que atualmente são os principais usuários do PAS (Brasil, 2022).

Apesar de sua importância, ainda há uma lacuna no entendimento de como esses espaços destinados às Academias ao Ar Livre (AAL) vêm sendo utilizados pela comunidade e de como eles podem ser otimizados para promover a saúde, o bem-estar e a interação social nas comunidades nos quais são inseridas.

Este estudo foi motivado pela crescente implementação de AAL em todo o Brasil, uma iniciativa promovida por governos municipais, incluindo o de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Estas unidades têm como objetivo principal promover um estilo de vida saudável para os cidadãos, incentivando a interação positiva com o ambiente em que vivem.

Desta forma, a questão que norteou a presente tese foi: como a utilização da AAL por parte da comunidade local pode contribuir para a promoção da saúde e na melhoria do bem-estar?

Com base nesta questão, o **objetivo geral** da pesquisa que permitiu a configuração desta tese foi identificar as potencialidades do uso das Academias ao Ar Livre (AAL) na cidade de Campo Grande, as características destas práticas e a opinião de seus usuários.

Como **objetivos específicos** buscou-se: (1) Investigar os benefícios que as academias ao ar livre, utilizadas para a prática de atividade física podem proporcionar à saúde; (2) Verificar a forma de oferta e gestão no funcionamento das academias ao ar livre, na realidade de Campo Grande/MS, com base na abordagem dos Comuns; (3) Apontar as contribuições do incentivo à prática de atividades físicas ao ar livre no espaço urbano e, conseqüentemente, à melhoria do bem estar.

O trabalho foi estruturado, além das Considerações Iniciais, em quatro capítulos. No primeiro trata-se da apresentação da metodologia de pesquisa. No segundo capítulo são abordadas teorias a respeito da promoção da saúde, no suporte às análises a respeito da temática e das práticas desenvolvidas e à interpretação da opinião dos usuários. No terceiro, busca-se contextualizar a origem e finalidades das políticas públicas de incentivo à instalação de Academias ao Ar Livre. O último capítulo destina-se à pesquisa empírica a respeito da estruturação das Academias ao Ar Livre instaladas em Campo Grande, assim como a opinião dos usuários a respeito da oferta e gestão no funcionamento das academias ao ar livre na promoção da saúde e bem estar das coletividades em que se manifestam.

## **2 DELINEAMENTOS METODOLÓGICOS**

Este estudo representa uma experiência para compreender melhor o papel das AAL no desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e na promoção da saúde em comunidades urbanas, com um foco específico na cidade de Campo Grande/MS. Através de uma combinação de pesquisa de opinião, consulta de fontes secundárias e observação direta, foi possível obter uma visão abrangente e detalhada das AAL e de seu potencial como um bem comum.

### **2.1 Objeto de Pesquisa**

O objeto desta pesquisa abrangeu as 40 (quarenta) Academias ao Ar Livre (AAL) instaladas pelo Poder Público Municipal, distribuídas nas diferentes Regiões Urbanas da cidade de Campo Grande/MS.

### **2.2 Sujeitos da Pesquisa**

Os sujeitos foram os usuários destas Academias ao Ar Livre (AAL), escolhidos por conveniência, durante o momento destinado à aplicação da pesquisa.

### **2.3 Tipo de pesquisa**

Esta pesquisa tem natureza descritiva, de abordagem quali-quantitativa, quanto aos objetivos, caracteriza-se como exploratória. Inicialmente a pesquisa teve origem em consulta bibliográfica e documental de fontes secundárias e observação direta por parte da pesquisadora das Academias ao Ar Livre (AAL) de Campo Grande/MS.

A pesquisa descritiva, de acordo com Imaña-Encinas e Santana (2019, p. 8), define sua própria natureza, abrangendo quatro elementos fundamentais: a descrição, o registro, a análise e a interpretação de fenômenos contemporâneos, com o objetivo de compreender seu funcionamento no contexto atual.

Numa abordagem qualitativa valoriza-se a interpretação do pesquisador e a respeito das opiniões dos pesquisados sobre o fenômeno estudado. Neste caso, a pesquisa geralmente ocorre no ambiente natural, com o pesquisador coletando dados diretamente e sendo o principal instrumento. O pesquisador se concentra no "significado" que as pessoas atribuem às coisas e à vida. Por fim, a análise de dados e informações geralmente segue um processo indutivo (Pereira *et al.*, 2018, p. 67).

Na abordagem qualitativa busca-se compreender a complexidade da experiência humana, enfatizando relações, processos e fenômenos. Explora-se mais profundamente significados, aspirações, crenças e atitudes, capturando nuances que podem ser perdidas em métodos mais quantitativos.

Buscou-se também contextualizar as origens e as configurações das AAL, identificando seus potenciais usuários e avaliando seus impactos na promoção da saúde. A análise contextual permitiu verificar a singularidade de cada situação, para maior compreensão das particularidades dos fenômenos sociais ali manifestados. Deste modo, por meio da contextualização, pode-se obter uma compreensão mais profunda e holística da realidade social (Minayo, 2002).

Além disso, foi analisado o potencial das AAL como um bem comum, com base nas teorias dos Comuns e dos Novos Bens Comuns. Essas teorias, propostas por Elinor Ostrom (1990) e Charlotte Hess (2008), respectivamente, fornecem um quadro teórico para entender como recursos compartilhados podem ser gerenciados de maneira eficaz e sustentável.

## **2.4 Coleta de dados secundários sobre o objeto da pesquisa**

Para coletar dados sobre o objeto da pesquisa, ou seja, as AAL de Campo Grande, foi realizada uma pesquisa abrangente. Primeiramente, foram realizadas buscas no portal online do Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande (SISGRAN), plataforma que compila diversas informações sobre a cidade.

Além disso, foi realizada uma consulta bibliográfica e documental de fontes secundárias para obter uma visão mais aprofundada e contextualizada das AAL. Por fim, a observação direta das unidades localizadas na região urbana do município proporcionou uma perspectiva em primeira mão sobre o funcionamento e a utilização dessas áreas.

## **2.5 Pesquisa de opinião com os usuários das Academias ao Ar Livre**

A coleta de dados junto às AAL foi realizada por meio de uma pesquisa de opinião pública junto a uma amostra diversificada dos usuários destas academias em Campo Grande/MS, considerados os sujeitos desta pesquisa.

A finalidade desta pesquisa foi entender melhor como essas áreas estão sendo utilizadas, assim como verificar a satisfação e o engajamento dos usuários no uso e apropriação destes espaços.

A pesquisa de opinião envolve uma consulta específica em que o participante é solicitado a expressar suas preferências ou avaliações, sem possibilidade de ser identificado. De acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016), as pesquisas de opinião estão isentas de registro e avaliação por um Comitê de Ética em Pesquisa.

Foi realizado um levantamento da distribuição das AAL por região e os sujeitos foram escolhidos por conveniência. Foram entrevistadas as pessoas que estavam utilizando a AAL no momento e aceitaram responder à pesquisa conforme estavam no local e consentiram em responder às perguntas. A pesquisadora, juntamente com duas pessoas treinadas, foram até 40 AAL, distribuídas entre as



regiões urbanas do município (Quadro 1) em diferentes horários do dia no período de junho e julho de 2024.

**Quadro 1.** AAL selecionadas para aplicação da pesquisa de opinião (continua)

<b>Região Urbana</b>	<b>Bairro</b>	<b>Endereço</b>	<b>Informações adicionais</b>
Anhanduizinho	Alves Pereira	Av. Souza Lima	Praça Wellington Camargo Seza - Tutu
Anhanduizinho	Lageado	R. Evelina Figueiredo Selingardi	USF Dr. Benjamim Asato
Anhanduizinho	Pioneiros	R. Cascais	USF Dra. Jeanne Elizabeth Wanderley Tobaru
Anhanduizinho	Pioneiros	R. Dona Deolinda Pereira de Souza	Praça Reis Perez Nunes
Anhanduizinho	Aero Rancho	R. Jornalista Valdir Lago	Parque Ayrton Senna
Anhanduizinho	Aero Rancho	R. Gérbera	Área de Recreação e Lazer Dudu - Luiz Eduardo Martins Gonçalves
Anhanduizinho	Centro Oeste	R. Catiguá	
Anhanduizinho	Centro Oeste	R. Leandro da Silva Salina	USF Dr. Wagner Jorge Bortotto Garcia
Anhanduizinho	Centenário	R. Santa Quitéria	USF Dr. Mauro Rogério de Barros Vanderley
Bandeira	Rita Vieira	R. Assunção	Praça João Wenceslau Leite de Barros
Bandeira	Vilasboas	R. Giocondo Orsi	Praça Demóstenes Martins
Bandeira	São Lourenço	R. Professor Xandinho	Praça Jorge Razuk
Bandeira	Tiradentes	R. Silvio Romeiro	Praça Teófilo José Rodrigues
Bandeira	Universitário	R. Dolores Duran	Praça Lázaro Ivanildo Grisoste Barbosa
Centro	Amambaí	R. Joel Dibo	Parque Florestal Antônio de Albuquerque
Centro	Centro	R. 15 de Novembro	Praça Ary Coelho
Centro	Centro	R. Dom Aquino	Praça Belmar Fidalgo
Centro	Itanhangá	R. Chaadi Scaff	Praça Lúdio Martins Coelho - Ludinho
Centro	Planalto	Av. Noroeste	Orla Morena
Centro	Vila Carvalho	R. Bernardo Franco Baís	Praça 1º de Maio
Centro	Vila Carvalho	Tv. Lima	Praça Martinica
Imbirussu	Santo Amaro	Av. Tamer Gelelaite	USF Sírio Libanês
Imbirussu	Panamá	R. Mitsuo Daima	USF Ana Maria do Couto
Imbirussu	Panamá	R. Pinto D'água	
Imbirussu	Popular	Av. José Barbosa Rodrigues	Centro de Educação Ambiental Odilza Fernandes Bittar
Imbirussu	Popular	Av. José Barbosa Rodrigues	Praça da Figueira
Lagoa	Caiobá	R. Ilha de Marajó	USF Maria de Lourdes dos Santos

Lagoa	Coophavila II	Av. Marinha	
Lagoa	São Conrado	R. Praia Grande	Parque Linear do Lagoa
Lagoa	Taveirópolis	R. Albert Sabin	Praça Elias Gadia
Lagoa	União	R. Paulo Hideo Katayama	Praça Generoso da Costa Benevides
Prosa	Autonomista	R. Genebra	Praça da República da Armênia
Prosa	Veraneio	Av. Des. José Nunes da Cunha	Parque dos Poderes
Prosa	Veraneio	Av. Poeta Manoel de Barros	Parque dos Poderes
Prosa	Mata Do Jacinto	Tv. Guilherme R. de Menezes	
Prosa	Chácara Cachoeira	R. Joaquim Murtinho	Centro de Convivência do Idoso Adalgisa de Paula Ferreira - Vovó Ziza
Segredo	Nova Lima	R. Marquês de Herval	
Segredo	Coronel Antonino	Av. Pref. Heráclito José Diniz de Figueiredo	
Segredo	Seminário	R. Alfredo Nobel	
Segredo	Seminário	R. Sacramento	Praça José Roberto de Oliveira - Zé Roberto

Fonte: Elaboração própria.

## 2.6 Organização e interpretação dos dados coletados

Os dados obtidos junto às fontes bibliográficas e documentais foram analisados e associados aos dados coletados em campo devidamente organizados, para interpretados, à luz das teorias previamente selecionadas.

### **3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA NA TERRITORIALIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

O objetivo deste capítulo foi selecionar, a partir das fontes bibliográficas e documentais, as principais abordagens teóricas a respeito da promoção da saúde e das atividades físicas na territorialização do desenvolvimento sustentável, assim como da importância da governança compartilhada na promoção destas práticas abordadas como um bem comum fundamental para garantir a saúde e o bem estar social.

#### **3.1 Promoção da saúde**

A Saúde, desde a Declaração de Alma-Ata de 1978, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, deixou de ser abordada como simples ausência de doença, para ser compreendida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, além de um direito e dever dos cidadãos em participar do seu planejamento e execução. Os cuidados primários de saúde, como integrantes do sistema de saúde do país, passaram a ser considerados essenciais nas políticas de promoção da saúde, como sendo um primeiro nível de contato com as pessoas, família e coletividade. Estabelecidos em níveis locais, os cuidados primários de saúde são realizados de forma integrada com outros setores correlacionados ao desenvolvimento da coletividade, e às redes de atenção à saúde (Sicoli; Nascimento, 2003).

Cabe salientar que neste período de manifestação da Declaração de Alma-Ata, as doenças crônico-degenerativas tinham se transformado no centro das preocupações, especialmente dos países mais desenvolvidos. No enfrentamento desta situação, no Relatório Lalonde, publicado pelo Ministro do Canadá em 1974, já era possível identificar três determinantes dos problemas relativos à saúde: biológicos, ambientais e estilo de vida (Sicoli; Nascimento, 2003). O estilo de vida tinha sido considerado responsável por 53% dos problemas de saúde, uma proporção relevante em relação às condições do ambiente (20%) e a biologia

humana (17%). Isso ajuda a explicar o fato das condições proporcionadas no ambiente e o estilo de vida das pessoas terem se constituído no maior enfoque do Relatório Lalonde atribuído à Promoção da Saúde. Isto significa primar por uma boa alimentação, hábitos saudáveis, assim como o de se prevenir contra o fumo, praticar atividade física, cuidados corporais. O estilo de vida também se refere aos tipos de relacionamentos, à educação, ao lazer e ao trabalho e renda. Deduziu-se, a partir destas constatações, que a promoção da saúde também depende de políticas bem estruturadas e de um esforço coletivo. Essas políticas devem focar na melhoria das condições de vida das pessoas e nos hábitos de estilo de vida que elas adotam (Sicoli; Nascimento, 2003).

Os determinantes apontados nestes dois documentos, segundo Sícoli e Nascimento (2003), contribuíram para definir os principais marcos referenciais na Promoção da Saúde, adotados nas estratégias globais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1981 e consolidados, por meio de outras conferências internacionais seguintes. Dentre estes, destaca-se o peso do papel exercido pelas condições sociais e ambientais no ambiente vivido e estilo de vida adotado pelas pessoas. Significa olhar também para os papéis exercidos pela participação ativa da coletividade, realizada de forma integrada na promoção da saúde. Esta integração se manifesta por meio da intersectorialidade, envolvendo governo e outras organizações.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi definido o conceito ampliado de saúde, incluindo nele habitação, renda, alimentação, educação, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, transporte, posse da terra e acesso aos serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde (Fiocruz, 2011). Passou a ser dever do Estado a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal à saúde, por meio da integração da política de saúde às políticas econômicas e sociais. A saúde, vista neste conceito ampliado, se define no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento em seu ambiente de vida, devendo ser conquistada de forma coletiva e na vida cotidiana (Brasil, 1987). No relatório desta conferência foram lançados os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Sendo assim, pode-se afirmar que a promoção à saúde implica em conectar a questão da saúde com os aspectos de condição e qualidade de vida. Essa ideia representa uma estratégia promissora para lidar com os diversos problemas de

saúde que impactam as populações humanas e seus ambientes. Está associada a valores como saúde, bem-estar, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros (Buss, 2000).

A promoção da saúde na era moderna é vista como o resultado de uma variedade de fatores ligados à qualidade de vida, incluindo alimentação, moradia, trabalho, educação, ambiente físico e social, estilo de vida e cuidados de saúde. Práticas inovadoras, como aconselhamento, acolhimento, práticas coletivas saudáveis e empoderamento dos cidadãos, estão começando a compor a agenda dos serviços de saúde (Carvalho; Buss, 2012).

Com o apoio da Organização Mundial da Saúde, o conceito de Promoção à Saúde tem ganhado cada vez mais relevância desde sua concepção nos anos 70, influenciando as políticas públicas de diversos países. No Brasil, este conceito é evidente na proposta de Vigilância à Saúde (Teixeira *et al.*, 1998), é a base do projeto de Cidades Saudáveis (Westphal, 2000), orienta práticas de Educação à Saúde (Hills, 2000) e, de forma significativa, suas diretrizes são elementos fundamentais em muitos projetos de reestruturação da rede básica de saúde.

Em um mundo cada vez mais globalizado, onde as ameaças socioambientais estão em expansão - como o terrorismo praticado tanto por grupos civis quanto por Estados Nacionais -, é reconfortante acreditar que ações individuais podem diminuir as chances de uma morte precoce. A percepção de controle do indivíduo sobre o processo de saúde-doença pode, incidentalmente, reforçar a ideia de que é possível garantir a saúde sem a necessidade de transformações no atual modo de produção, nas relações sociais ou na gestão governamental (Tesh, 1988).

O discurso da promoção da saúde gerou diferentes abordagens. Nos países desenvolvidos, a tendência é enfatizar mudanças comportamentais individuais e regulações sociais. No entanto, reconhece-se que medidas educativas e legislativas são insuficientes para enfrentar problemas maiores, que precisam ser enfrentados também por meio de políticas que regulam a atividade econômica (Carvalho; Buss, 2012).

### 3.2 Atividade física na promoção da saúde

No século XX assistiu-se a um aumento nas doenças crônicas e degenerativas devido ao aumento da expectativa de vida, mudanças no estilo de vida e estresse. As doenças cardíacas têm sido as mais comuns entre os adultos acima de 35 anos. A inatividade física, um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, é prevalente em vários países (American College of Sports Medicine, 2014; World Health Organization, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde do Brasil enfatiza a importância da atividade física na promoção da saúde, refletindo o compromisso do Ministério da Saúde em melhorar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013).

Um padrão de vida ativo com exercícios regulares é necessário para melhorar a saúde e a qualidade de vida à medida que se envelhece. O exercício físico deve ser estimulado como forma de prevenir e controlar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que surgem tipicamente na velhice, bem como preservar a independência funcional (Matsudo; Matsudo; Barros Neto, 2001). Devido ao ritmo agitado da vida na cidade, as academias ao ar livre também têm sido valorizadas como um local de socialização e exercício para a maioria das pessoas. (BBC News, 2012).

A prática de atividade física regular traz benefícios para a saúde e tem sido associada à prevenção e ao tratamento de várias DCNT, como diabetes, doenças cardiovasculares, depressão, câncer, osteoporose, hipertensão arterial e obesidade. Além de reduzir a pressão arterial, pode diminuir significativamente o risco de doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade em geral, também influencia na diminuição dos níveis de pressão arterial. O exercício aeróbico permite ainda o ajuste cardiovascular ao esforço, aumenta a oferta de oxigênio ao miocárdio, diminui a frequência cardíaca em repouso, melhora o retorno venoso e aumenta o volume sistólico (Fagard, 2000; Kim *et al.*, 2014; Taylor *et al.*, 2004).

Além disso, a prática regular de atividade física tem demonstrado aumentar a energia, melhorar o sono e o humor. Ela atua efetivamente na prevenção e tratamento de distúrbios psicológicos, bem como na promoção da saúde mental, através da melhoria do humor e do autoconceito, maior autoeficácia, controle do

estresse, melhoria da função intelectual e redução da ansiedade e da depressão (American College of Sports Medicine, 2014).

A atividade física, definida como qualquer movimento corporal que resulta em maior gasto energético do que os níveis de repouso, é essencial para a saúde ideal. Os baixos níveis de atividade física estão diretamente associados a condições como obesidade, hipertensão arterial, doenças cardíacas, alguns tipos de câncer e doenças metabólicas, como diabetes e dislipidemias (Martinez; Latorre, 2006; Cambri *et al.*, 2006). Portanto, um estilo de vida ativo é fundamental para a prevenção dessas doenças.

Nessa perspectiva, incentivos para a prática de exercícios como uma maneira de melhorar ou manter a qualidade de vida estão sendo amplamente divulgados para a população (Gobatto; Manchado-Gobatto, 2011). Da mesma forma, programas públicos com foco na prevenção de doenças, longevidade e qualidade de vida têm incorporado a atividade física, em suas várias formas, como um meio para alcançar uma vida melhor.

### **3.3 Promoção da Saúde como um dos objetivos da Agenda 2030**

É notório que o desenvolvimento não ocorre em isolamento e pode trazer consigo efeitos colaterais negativos para a sociedade, economia e meio ambiente. Em 2012, a comunidade global se reuniu na Conferência Rio+20 para debater a respeito de um melhor ajuste do desenvolvimento socioeconômico com os objetivos da sustentabilidade ambiental. Nesta conferência, a terceira de uma série sobre desenvolvimento sustentável, foram propostos aos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Figura 1) a serem cumpridos até 2030. A finalidade foi orientar a comunidade global no enfrentamento dos desafios do desenvolvimento sustentável (Nhamo; Togo; Dube, 2021).

**Figura 1.** Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Fonte: Nações Unidas Brasil. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 02/08/2022.

Estes 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável vieram compor a Agenda 2030, sendo que o terceiro deles foi voltado à “Saúde e Bem-Estar” no sentido de “garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (ONU, 2015). Nesse sentido, o Brasil possui legislação para salvaguardar e prevenir violações dos direitos dos idosos, o Estatuto do Idoso, Lei 10.741 de 01/10/2003, estabelece em seus artigos 3º e 33º que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e também do Poder Público garantir aos idosos, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003). Soma-se a este o objetivo 11 de tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.

Na esfera local, os ODS envolvem a definição, implementação e monitorização de estratégias locais para alcançar metas globais. Isso é crucial para não deixar ninguém para trás no desenvolvimento social, especialmente aqueles que enfrentam desigualdades interligadas (*Asian Development Bank*, 2020).

Os governos locais, particularmente em países com estruturas descentralizadas, são responsáveis por muitos serviços sociais e estão mais próximos das comunidades locais. No entanto, eles não podem alcançar a localização dos ODS sozinhos e precisam do envolvimento de vários atores, incluindo a sociedade civil, líderes tradicionais, organizações religiosas, academia e



setor privado. As Nações Unidas identificam quatro áreas principais para a localização dos ODS: sensibilização, advocacia, implementação e monitoramento. Os governos locais desempenham um papel importante em cada uma dessas áreas, desde a sensibilização local até a utilização de informações locais para monitorar e relatar o progresso dos ODS (*Asian Development Bank*, 2020).

### **3.4 Promoção da Saúde como Desenvolvimento Local**

A promoção da saúde e da atividade física, realizada em espaços públicos como parques, não só melhora o bem-estar individual, como contribui para a saúde comunitária e a sustentabilidade ambiental, favorecendo um estilo de vida saudável e sustentável. Este processo de desenvolvimento humano, como se pode constatar, é deflagrado no espaço de vida cotidiana, por isto contemplado como dimensão humana do desenvolvimento local.

#### **3.4.1 Desenvolvimento local**

Desde o século XIX, pensadores como Marx (1844) e Weber (2000) examinaram os impactos do crescimento econômico sob a ótica social, vinculando o desenvolvimento à concretização do potencial humano e ao esforço para atender necessidades e renovar aspirações. Para este fim, diante das mudanças substanciais do período pós-revolução industrial, Furtado (1984) alertou sobre a necessidade em se construir uma nova cultura de desenvolvimento capaz de atribuir ao ser humano o papel de transformador do mundo e sugeriu políticas públicas específicas de incentivo ao desenvolvimento endógeno para este fim.

A importância em se colocar as necessidades e potencialidades humanas no centro do processo de desenvolvimento, em vez de se concentrar exclusivamente no crescimento econômico, levou os autores chilenos Elizalde (2000) e Max-Neef (2012) a reforçarem a abordagem do desenvolvimento para o que chamaram de “escala humana”, para se referirem a um processo de desenvolvimento centrado nas pessoas.

Para Max-Neef (2012), o melhor processo de desenvolvimento é aquele que permite elevar mais a qualidade de vida das pessoas, estas por sua vez, que vão depender das possibilidades que elas podem apresentar de satisfazer adequadamente suas necessidades fundamentais.

Para Elizalde (2000), as necessidades são pessoais e próprias da natureza humana e, portanto, universais, mas a forma de satisfazê-las vai depender do contexto histórico/ cultural e espacial específico vivenciado por elas. Já os bens buscados para satisfazer as necessidades, segundo este autor, são objetos/coisas exteriores aos seres humanos que fazem parte do ambiente construído ou natural, sendo fundamentais aqueles bens que lhes garantem ao menos a subsistência, mas sobretudo, o bem-estar para a vida. Para este fim, Elizalde (2000) considera essencial a proposição de uma organização social e cultural de natureza sustentável, capaz de satisfazer as necessidades humanas, sem causar danos ambientais. Segundo ele, o modelo tradicional capitalista gerou a condição de escassez, mas é importante descobrir que existem recursos, que se construídos de forma compartilhada, podem gerar mais vida e criatividade para se instaurar potencialidades transformadoras e democráticas nos respectivos contextos vivenciados.

De acordo com Hills (2000), o empoderamento comunitário favorece estratégias de participação compartilhada, que contribuem para aumentar o controle dos indivíduos e comunidades sobre suas vidas, visando melhorar a qualidade de vida e a justiça social. Os indivíduos e grupos encontram juntos estratégias para lidar com seus próprios problemas, apoiando-os no processo de reflexão sobre os desafios da vida em sociedade, e fomentando a tomada de decisões, o pensamento crítico e a capacidade de intervir na realidade.

Na obra “Desenvolvimento Local no contexto de territorialidades”, seus coordenadores Marques e Castilho (2016) reforçaram em sua apresentação o conceito de Desenvolvimento Local, como sendo fruto do protagonismo de coletividades e organizações, que mediante visão crítica e por meio de processos interativos, no atendimento de aspirações comuns de natureza multidimensional (social, econômica, cultural, político e ecológico). A multidimensionalidade do desenvolvimento local também é reforçada por Gallicchio e Winchester (2003), relativo às, quatro dimensões principais: a econômica, ligada à geração e distribuição de riqueza; a social e cultural, que se refere à qualidade de vida e

integração social; a ambiental, que envolve a sustentabilidade e os recursos naturais; e a política, associada à governança do território e à implementação de um projeto coletivo autônomo.

O desenvolvimento local é visto pelas colocações de Marques e Castilho (2016) como um processo contínuo de busca de competências coletivas para estimular e gerenciar soluções criativas sustentáveis. Os autores assinalam que este processo, ainda que deflagrado no local, como espaço vivido no cotidiano, deve se conectar com espaços externos e de outras escalas para fortalecer este processo de contínuas transformações.

Estas conexões foram fortalecidas, quando as coletividades passaram a interagir sistemicamente em rede, inclusive mediante suporte de tecnologias digitais, para aprender e inovar coletivamente em tempo real, reapropriando-se de forma mais ágil e ajustada do espaço vivenciado de forma mais sustentável. Este espaço, reapropriado por meio desta construção social em rede, passou a ser reconhecido como Sistema Territorial Local e o processo como desenvolvimento territorial (ou território), ou territorialização (Raffestin, 1993). Neste caso, o local não é algo pré-determinado, mas sim o resultado de uma construção social, na qual as pessoas se tornam sujeitos ativos e moldam o território (Silveira, 2010). Por meio deste processo sistêmico de construção social em rede, o território local construído coletivamente vai ampliando as escalas de interação (de local para regional, estadual, nacional, internacional), na busca de maior autonomia para se regenerar (Dematteis e Governa, 1993). Neste caso, os objetivos, estratégias e regras para atuar são definidas por meio de um sistema de governança territorial (Raffestin, 1996).

Visto assim, pode-se deduzir que o desenvolvimento local/ territorial sustentável ganha força transformadora, por meio de um processo multiatores/intersectorial, multidimensional e multiescalar.

### **3.4.2 Territorialização da Promoção da Saúde como objetivo de desenvolvimento territorial sustentável**

Em 2021, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/ONU) no Brasil lançou uma coletânea, propondo a territorialização dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, para integrar os ODS, como uma forma de acelerar o cumprimento destes objetivos.

Segundo o PNUD (2021, p. 18)

Territorializar e integrar os ODS significa levar a Agenda 2030 e os caminhos do desenvolvimento sustentável para os estados, municípios e bairros que mais precisam, para que passem a implementar ações locais voltadas às diferentes dimensões do desenvolvimento, respeitando as peculiaridades e as necessidades de cada território. Territorializar, portanto, é contribuir para o alcance dos ODS “de baixo para cima”.

Segundo os estudos realizados junto a este organismo, as cidades exercem importância fundamental como contexto local para esta iniciativa (Pnud, 2021). Afinal, tem sido nelas que a maior parte da população do planeta vive, estuda e trabalha atualmente. É também nas cidades que grande parte das empresas produzem e prestam serviços, sendo também nela que o Poder Público tem sua sede e presta serviços e onde atuam as universidades e grande parte das organizações. Deste modo, deduz-se que as cidades proporcionam os contextos locais mais adequados, como realidade cotidiana vivenciada pelas pessoas e as diversas organizações, para potencializar a implementação da Agenda 2030 de maneira concreta e eficiente (PNUD, 2021).

A territorialização permite que as ações de desenvolvimento sustentável se voltem inicialmente para o local, de forma integrada e adaptada ao seu próprio contexto, de modo que cada cidade, bairro possa encontrar os caminhos necessários para encontrar soluções ajustadas. Trata-se, portanto, de uma importante estratégia para transformar os locais a condições menos desiguais e com maior qualidade de vida (PNUD, 2021).

A territorialização a partir dos locais tem sido considerada uma forma de se buscar os ODS de forma mais integrada, mediante ações combinadas, sob forma de um planejamento colaborativo entre os diferentes setores da sociedade. Recomenda, neste sentido, um espírito de parceria e pragmatismo, que reconhece

ter maior potencial para as escolhas certas, no sentido da melhoria da qualidade de vida e, ao mesmo tempo, da melhor conservação do planeta, para um futuro melhor. Segundo a ONU, para este fim, não se deve mais trabalhar sozinhos para promover o desenvolvimento territorial sustentável. Tem sido cada vez mais fundamental a parceria entre Poder Público, sociedade civil, universidades e setor privado, num processo de governança compartilhada, em que as ações aconteçam de forma integrada, sem deixar ninguém para trás, sendo. Processos de governança cooperativa também contribuem para a promoção de aprendizagem interativa entre os pares para a solução de problemas (PNUD, 2021).

Os maiores desafios vêm sendo a integração das políticas locais com aquelas estabelecidas em outras escalas, como a estadual e nacional, de modo a se constituir governanças multiníveis.

### **3.5 Serviço de Saúde: um Bem Comum regido sob forma de governança compartilhada**

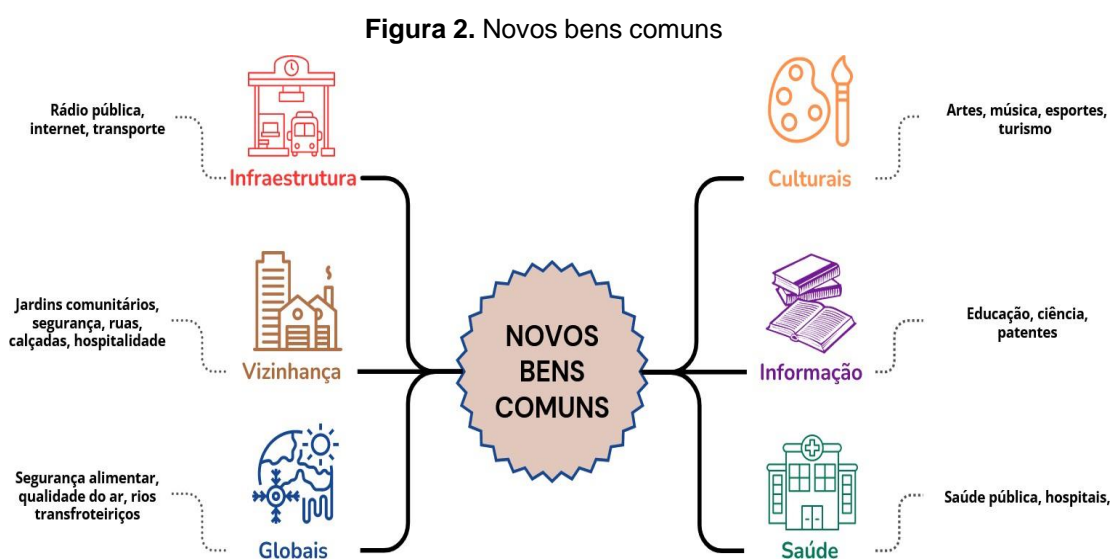
A concepção de comuns e bens comuns vem emergindo, mais recentemente, de estudos de diversas áreas, na compreensão da gestão comunitária de recursos comuns, considerados fundamentais para a sobrevivência e o bem-estar coletivo, em que as próprias partes interessadas os administram de forma satisfatória e sustentável.

Este conceito chamou atenção, em especial, após Elinor Ostrom (1990), ter ganhado o prêmio Nobel de Economia em 2009, com a obra “Governando os Comuns”. Nela, buscou desafiar a teoria dominante de Garret Hardin (1968) sobre a “Tragédia dos Comuns”, comprovando a efetividade da sustentabilidade de uma governança compartilhada dos recursos por seus usuários, portanto sem necessidade de ser governada diretamente pelo Estado ou por empresa privada. Visto assim, comuns não é uma coisa, mas as relações da coletividade com uma ou diversas coisas (Dardot; Laval, 2015).

### 3.5.1 Serviços de saúde como bem comum

O avanço das abordagens acadêmicas sobre os bens comuns considerados fundamentais para a vida, numa reação ao crescente processo mercantilização, privatização, corporativização de diversos aspectos e instâncias da vida em detrimento dos interesses coletivos e da vida comunitária, levou a pesquisadora que atuava com Elinor Ostrom, Charlotte Hess (2008), a identificar o que chamou de “novos bens comuns”.

Foram assim denominados, por não se enquadrarem nas formas tradicionais dos bens comuns, mas que vêm sendo protegidos sob diversos objetivos e manifestação de governanças colaborativas (comuns), entre cidadãos espalhados pelo mundo. Os bens comuns tradicionais são reconhecidos a partir da história das comunidades envolvidas e de suas interações, ao mesmo tempo em que suas regras de uso e governança são muitas vezes reconhecidas por instituições públicas e governamentais. Já os novos bens comuns (Figura 2) muitas vezes emergem como novidade, no âmbito das transformações das práticas sociais. Alguns destes novos bens comuns são constituídos a partir das inovações tecnológicas, enquanto vários outros são identificados a partir da percepção e consciência da necessidade de novas práticas sociais, frente à evidência de riscos e ameaças à vida dos indivíduos e das comunidades em geral, na proteção do uso de determinados recursos (Hess, 2008).



Fonte: Elaboração própria a partir dos conceitos criados por Hess (2008).

Hess (2008) chegou a identificar sete categorias de novos bens comuns (Figura 3): (I) bens comuns culturais, como os artísticos, patrimoniais, esportivos, espirituais, sagrados; (II) bens comuns do conhecimento, referentes à educação, software, inclusão digital, acesso aberto a patentes, ciência; (III) bens comuns de vizinhança, como moradias, praças, ruas, hortas comunitárias, segurança, silêncio; (IV) bens comuns de infraestrutura, como aqueles vinculados ao transporte, comunicação, internet; (V) bens comuns vinculados ao médico e serviços de saúde; (VI) bens comuns de mercado, submetidos a trocas ou economia compartilhada; (VII) bens comuns globais, como alimentos, atmosfera, água, rios, oceano, vegetação, espaço sideral. Prepondera nas regras de uso manutenção coletiva destes novos recursos identificados, o princípio da equidade, dos riscos e da vulnerabilidade.

Enquanto os bens comuns tradicionais são reconhecidos a partir da história das comunidades envolvidas e de suas interações, ao mesmo tempo em que suas regras de uso e governança são muitas vezes reconhecidas por instituições públicas e governamentais, os novos bens comuns muitas vezes emergem como novidade, no âmbito das transformações das práticas sociais. Alguns destes novos bens comuns são constituídos a partir das inovações tecnológicas, enquanto vários outros são identificados a partir da percepção e consciência da necessidade de novas práticas sociais, frente à evidência de riscos e ameaças à vida dos indivíduos e das comunidades em geral, na proteção do uso de determinados recursos.

### **3.5.2 Gestão compartilhada dos bens comuns ou “comuns”**

De uma forma sintética, os bens comuns são, portanto, derivados de uma realidade constituída a partir de significados sociais compartilhados por uma comunidade e atribuídos a um determinado recurso que condicionam formas de atuação e colaboração coletivas e cooperativas entre os membros da comunidade que desenvolvem mecanismos e regulações próprios para definir o uso, a conservação e a manutenção do recurso em questão.

O bem comum consiste em recurso ou espaço, cujo uso ou apropriação se dá por meio de uma governança compartilhada, em acordo a um conjunto de regras e

normas próprias, ou seja, por meio de comuns (Dardot; Laval, 2015). Deste ponto de vista, inexistia um bem comum *a priori*. Ele só é assim identificado, por meio das relações sociais que o regem como tal, ao considerá-lo fundamental para a sobrevivência e bem-estar de uma coletividade (Grzybowski, 2012; Bauwens; Niaros, 2017).

A apropriação, neste caso, conforme assinalam Dardot e Laval (2015), não se refere ao bem comum como algo particular, com destinação própria. Refere-se, de fato, a uma forma de apropriar-se das regras de conduta coletiva para sua gestão, de modo a evitar que se desvie o objetivo de destinação do bem comum ao grupo ou coletividade. Em outros termos, o objetivo da apropriação é regular o uso do bem comum, sem necessidade de ser seu proprietário. Visto assim, para muitos dos pesquisadores, a abordagem dos bens comuns permite relacionar questões econômicas, sociais e éticas de forma mais equânime, sustentável e justa do que as abordagens econômicas tradicionais (Hess; Ostrom, 2007; Bollier, 2007; Nebel; Garza-Vázquez, 2022; Nebel, 2022).

Na Europa, os comuns (*commons*) como prática comunal na proteção dos recursos existentes, manifestavam-se durante a Idade Média, no uso das florestas e campos de cultivo, até o momento dos cercamentos de expropriação pelo Estado ou privatização de terras (Hess; Ostrom, 2007). Mas a ideia de *commons* não se limitava ao uso destas terras no campo, estendendo-se à vida urbana.

No período medieval, a organização da vida nas cidades europeias, também era estabelecida de forma comunal. Algumas funções domésticas eram exercidas em espaços coletivos por instituições comunitárias, a exemplo da higiene pessoal em banheiros e casas de banho coletivas e da alimentação por meio do uso de fornos públicos (Mumford, 1998). Ao chegar na cidade, os novos moradores vindos do campo livravam-se de obrigações feudais e passavam a ter responsabilidades com a comunidade. Tarefas como o fornecimento de água potável e a guarda e segurança da cidade, eram exercidas pelos membros da comunidade. A cidade era, então, “uma empresa comum voltada para o bem comum” (Mumford, 1998, p. 372). O solo urbano permaneceu por séculos como uma propriedade comunal, sendo ocupado conforme se instalavam novos moradores, sem regras claras para este processo (Mumford, 1998; Lefebvre, 2008; Grinover, 2016).

Comuns (*Commons*) também se referia às áreas abertas e de uso compartilhado nas cidades estadunidenses, durante o processo de colonização e



formação dos primeiros núcleos urbanos. Funcionavam como pastos, cemitérios, hospedaria de doentes, paiol de armas e de pólvora, local para exercícios militares. Muitos desses espaços se transformaram em parques e áreas públicas para recreação e encontro da comunidade (Kryder-Reid, sd).

No entanto, à medida que a liberdade individual e a propriedade privada se afirmaram como valores sociais no Ocidente, espalhando-se pelo restante do mundo, constituiu-se o mundo dos bens como coisas e a ideia de sujeito de direito. Gradativamente, foram se abstraindo os valores relativos aos usos sociais dos recursos que se baseavam em hábitos, estatutos e costumes de grupos e comunidades. A propriedade privada foi se afirmando e instituindo a ideia de “Indivíduo”, numa divisão entre proprietários e não proprietários (Dardot; Laval, 2015), transformando bens e recursos comuns em objetos do mercado.

Novas formas de gerir a vida social acabaram substituindo a antiga organização comunal dos comuns. Novos dispositivos normativos, legais, políticos, administrativos e mercadológicos foram sendo criados para a transformação dos bens e recursos comuns em propriedade privada ou pública, controlados pelo mercado ou pelo Estado ou empresa privada, de modo a beneficiar e promover o uso individual destes recursos em detrimento da gestão coletiva compartilhada ou dos commons. As cidades, por seu turno, passaram a se reorganizar a partir da consolidação do modo de produção capitalista, da divisão do trabalho, do fortalecimento dos estados nacionais e da privatização e comoditização das terras urbanas, rurais e agrícolas.

As pesquisas de Ostrom (1990) foram importantes para levantar um número surpreendente de comunidades locais espalhadas pelo mundo, que resistem a esta ordem do privado ou do público. Geram de forma compartilhada os recursos comuns e finitos de modo sustentável. Ainda que os indivíduos tenham comportamentos e interesses distintos e às vezes conflitantes, os benefícios se voltam para o conjunto da comunidade envolvida. Essas coletividades se organizam de formas singulares, com sistemas próprios de regras, regulações e mediação de conflitos, muitas vezes de forma autônoma e sem a interferência de agentes ou gestores institucionais ou estatais, ou sob diversas formas de governança compartilhada. Assim, cada coletividade, à sua maneira, produz e remodela a ideia de comuns (*commons*). Nos Estados Unidos, o sentido de comuns (*commons*) também é associado a processos

democráticos, relacionado-se a espaços comuns para livres manifestações de expressão (Hess; Ostrom, 2007).

De acordo com Dardot e Laval (2015), comuns passou a ser visto atualmente, como um princípio político, do qual participam as partes interessadas, sejam governo, empresa, academia com o engajamento da coletividade, numa co-atividade, fundamentada por corresponsabilidades, originado dos termos “co+ ‘munus”. Deste modo, comuns não surgem de nenhuma forma de regulação autoritária, mas de uma organização coletiva e autônoma.

Comuns manifesta-se sob dinâmicas distintas e variadas, em decorrência dos aspectos singulares das comunidades envolvidas nas práticas sociais que lhes dão origem: história, território, valores culturais, os modos de viver, as relações estabelecidas a partir dos contextos de sua produção e a própria natureza do recurso envolvido e da organização da vida social da comunidade (Bollier, 2007; Teixeira, 2015; Nebel; Garza-Vázquez, 2022).

Hess e Ostrom (2007) descrevem princípios que permitem identificar comuns como relações sociais sob forma de governança compartilhada: (I) presença e uso de sistema de regras e limites definidos às condições locais e às necessidades das partes envolvidas; (II) as partes afetadas por esse sistema de regras podem participar da sua formulação bem como de eventuais modificações ou de sanções gradativas, caso necessário; (III) o direito dos membros da comunidade envolvida de formular as suas próprias regras é respeitado por autoridades, partes ou instituições externas à comunidade; (IV) os membros da comunidade estabelecem um sistema de auto-monitoramento do comportamento de cada parte interessada e a comunidade desenvolve mecanismos de resolução de conflitos acessíveis a todos os membros; (V) desenvolvimento de estrutura de governança com múltiplas camadas de atividades e de participantes.

## **4 ACADEMIAS AO AR LIVRE**

Para melhor compreensão da concepção sobre Academias ao Ar Livre, (AAL) como fruto de políticas públicas, este capítulo tem o intuito de contextualizá-las no âmbito das políticas públicas federais vinculadas à saúde e das iniciativas municipais, envolvendo também o esporte e lazer.

### **4.1 Origens das Academias de Saúde como política pública federal**

Algumas iniciativas brasileiras, no sentido de propor políticas na promoção do estilo saudável das pessoas em seu ambiente de vida, ocorreram mesmo antes da criação em 2006 da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Em 2002, por exemplo, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil” (PNPAF) (Brasil, 2002). O objetivo foi ampliar o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física na proteção da saúde, de modo a poder envolvê-la nesta prática por pelo menos 30 minutos, se possível diariamente, visando adoção de hábitos saudáveis. Para este fim, o Ministério da Saúde estabeleceu parcerias com gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), com o suporte do Centro de Estudos Laboratoriais de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) em São Paulo, além de considerar como potenciais parceiros, universidades, setor empresarial e sociedade civil (Brasil, 2002).

Em 2005, o Programa “Brasil Saudável” do Ministério de Saúde, foi uma resposta brasileira às diretrizes da “Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”, lançada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2005). Por meio deste programa, houve a iniciativa, entre 2005 e 2006, da criação dos Núcleos de Atividades Físicas em todas as capitais do país. Destes núcleos fazia parte a “Academia Popular” de práticas de exercícios físicos, de acesso gratuito, onde os frequentadores podiam contar com a orientação de professores de educação física e monitores (Brasil, 2005).

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a campanha pelo SUS com o tema “Pratique Saúde”, visando orientar a população sobre como prevenir e controlar doenças crônicas não transmissíveis, mediante prática de hábitos saudáveis, cujas ações eram realizadas principalmente por meio das equipes do Saúde da Família (Brasil, 2005). O sedentarismo havia sido constatado como fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças crônicas no Brasil, especialmente entre mulheres, idosos e população de baixa renda. Neste sentido, era incentivada a prática de exercícios regulares em áreas adequadas, com suporte de pessoal capacitado, articulado com a Rede de Atenção à Saúde, num processo intersetorial e com apoio de parcerias (Brasil, 2005).

Programas pioneiros no Brasil como o Agita São Paulo, Curitiba e Academia da Cidade, já existiam com objetivo de promover estilos de vida ativos e mostrando resultados positivos (Hallal *et al.*, 2010). Com o suporte da Política Nacional de Promoção da Saúde, mecanismos de financiamento foram estabelecidos para programas de atividade física no SUS. De 2006 a 2010, diversos municípios com projetos aprovados pelo Ministério da Saúde receberam recursos para implementar estratégias de promoção da saúde, levando a uma expansão significativa dos programas de saúde e atividade física (Malta *et al.*, 2008).

No entanto, essas iniciativas precisavam de mecanismos para transferência regular de recursos e normatização para garantir sustentabilidade e melhor custo-efetividade. Em resposta, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Academia da Saúde em 2011 e redefinido em 2013, visando promover a saúde através da criação de centros equipados e com pessoal qualificado para orientar estilos de vida saudáveis e atividades físicas.

O programa “Brasil Saudável” e as proposições da campanha “Pratique Saúde” acabaram sendo incorporados na “Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)”, lançada em 30 de março de 2006, pela Portaria nº 687 MS/GM2. As propostas anteriores foram contempladas, em especial, por meio das ações específicas ligadas a práticas corporais e atividades físicas, a serem ofertadas na Rede Básica de Saúde e Estratégia de Saúde à Família, para a comunidade como um todo e aos grupos vulneráveis (Brasil, 2010). Estas práticas envolvem caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer. Para este fim, passaram a ser incentivadas a melhoria das condições dos espaços públicos (praças, parques, escolas, universidades) e privados (ambientes de

trabalho), como locais eleitos para as práticas corporais e de atividades físicas. Incluía-se ainda entre os espaços públicos as ciclovias e pistas de caminhadas, entre outros. Num sentido mais amplo, a PNPS propunha o cuidado com a vida, por meio de estratégias de natureza transversal, integrada e intersetorial. Isto significa uma prática dialogada entre o setor de saúde e outros setores do governo (de forma horizontal e multinível), além de envolver o setor privado, não-governamental e a sociedade, mantida por meio de redes articuladas e compromissos de coresponsabilidade, conforme a abordagem do comuns.

## **4.2 Programa Academia da Saúde**

O Programa Academia da Saúde, criado em 2011 e expandido em 2013 (Brasil, 2013), é uma iniciativa da Atenção Básica em Saúde que promove a saúde, estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis nas comunidades. O programa, que conta com profissionais qualificados, visa proporcionar cuidado integral aos usuários do SUS. Inspirado em experiências locais, o PAS promove inclusão, participação popular, lazer e cultura de paz, sendo um ponto crucial da Rede de Atenção à Saúde. Seu objetivo é promover a saúde e produzir cuidados e estilos de vida saudáveis por meio da implantação de polos com infraestrutura adequada e profissionais qualificados (Brasil, 2014; 2018a).

Uma academia geralmente é composta por equipamentos de ginástica que atendem às várias demandas físicas das pessoas, como desenvolvimento e fortalecimento muscular, além de favorecer a coordenação motora nas capacidades anaeróbicas e aeróbicas de maneira menos extenuante (Nóbrega *et al.*, 1999). Alguns dos aparelhos que trabalham a parte aeróbica são: o simulador de caminhada e o esqui, cujos exercícios são realizados de forma contínua e em ritmo mais acelerado; já os anaeróbicos, que são caracterizados por exercícios de força, como o leg-press, supino, puxada costa, extensão de pernas, simulador de cavalgada e remada.

Neste caso, a academia é definida como um polo de atuação, a partir de uma análise da situação para identificar a necessidade e as potencialidades em se desenvolver um programa. Estes pólos foram definidos como espaços públicos a serem constituídos por meio de gestão compartilhada, de acordo com as seguintes

diretrizes: (I) participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde; (II) intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações; (III) interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado; (IV) integralidade do cuidado; (V) intergeracionalidade, promovendo o diálogo e troca entre gerações; (VI) territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde. Entre as diversas atividades propostas no Programa “Academia da Saúde” estão: (I) práticas corporais e atividades físicas; (II) produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; (III) promoção da alimentação saudável; (IV) práticas integrativas e complementares; (V) práticas artísticas e culturais; (VI) educação em saúde; (VII) planejamento e gestão; (VIII) mobilização da comunidade (Brasil, 2013). Esta modalidade de prática deve se vincular à Atenção Básica, com apoio de seus profissionais, em articulação com toda Rede de Atenção à saúde do SUS e outras parcerias, mas também livre à iniciativa privada a possibilidade de sua reprodução em espaços próprios e por conta própria (Brasil, 2014; 2018a).

Os pólos são de responsabilidade dos Municípios e a gestão de atividades é realizada entre município e Distrito Federal, de acordo com os parâmetros estabelecidos nas portarias do Programa (Brasil, 2013). Podem ser pólos de área coberta ou descoberta (neste caso sem aparelhos), dotados de infraestrutura e equipamentos fornecidos por meio de manual, além de um corpo de profissionais capacitados para a aplicação e orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer, assim como para a divulgação de modos de vida saudáveis (Brasil, 2014). No programa são previstos recursos de investimento para construção do polo e de custeio para manutenção e funcionamento do programa. A localização dos equipamentos previstos deve ser organizada de forma a garantir a circulação de várias pessoas ao mesmo tempo e a realização do exercício nas várias amplitudes (Brasil, 2016).

Os polos do programa são espaços para o desenvolvimento de ações culturalmente relevantes e adaptadas aos territórios locais, promovendo valores como autonomia, equidade, empoderamento e participação social. Além da prevenção de doenças, o programa visa ao cuidado integral e à promoção da saúde de usuários e comunidades; monitorado pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde. O monitoramento tem como objetivo coletar informações sobre a implementação, gestão e operação do

programa, auxiliando a gestão municipal, estadual e federal no planejamento e aprimoramento das ações (Brasil, 2018a, 2022).

Os objetivos do PAS incluem o fortalecimento da promoção da saúde como estratégia de produção de saúde e o desenvolvimento da atenção à saúde nas linhas de cuidado para promover o cuidado integral. O programa também visa promover práticas de educação em saúde e ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território. O PAS também busca promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer. O programa tem como objetivo ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis, aumentar o nível de atividade física da população, promover hábitos alimentares saudáveis e viabilizar uma mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade (Brasil, 2014).

Os princípios e diretrizes do Programa Academia da Saúde incluem a configuração do programa como um ponto de atenção na Rede de Atenção à Saúde, atuando como um complemento e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na Atenção Básica. O programa se referencia como uma iniciativa de promoção da saúde, prevenção e atenção às doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, estabelece-se como um espaço para a produção, ressignificação e vivência de conhecimentos que favorecem a construção coletiva de modos de vida saudáveis (Brasil, 2014, 2022).

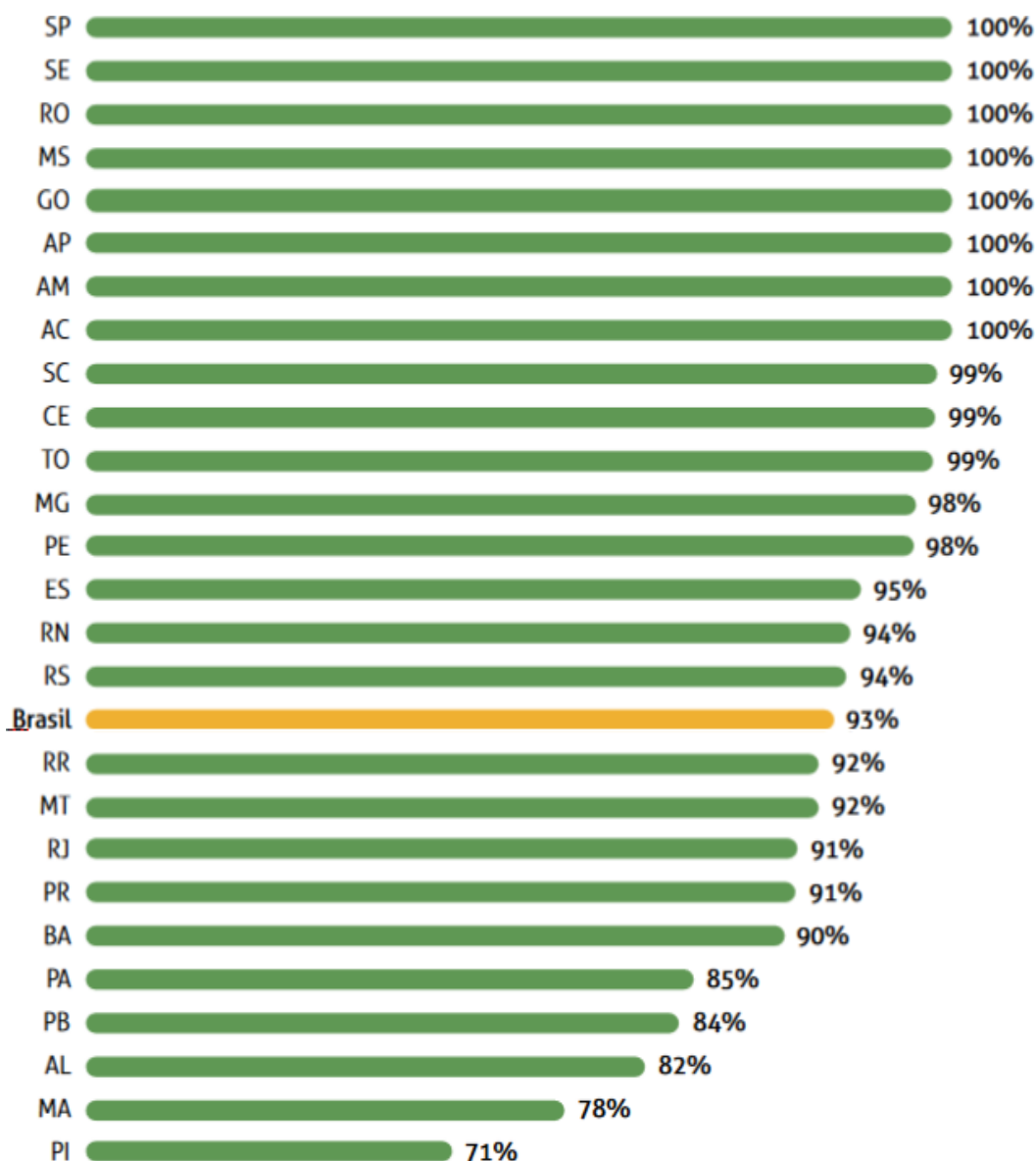
O programa valoriza a participação popular e a construção coletiva de saberes e práticas na promoção da saúde. Adota a intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações e a interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado. Além disso, preza pela integralidade do cuidado. Além disso, promove a intergeracionalidade, incentivando o diálogo e a troca entre diferentes gerações. E reconhece a territorialidade, considerando o espaço como um local crucial para a produção da saúde (Brasil, 2014).

Todos os municípios participantes do Programa Academia da Saúde são convidados a preencher o Formulário da Gestão, que aborda questões de implementação, gestão e sustentabilidade do programa. Além disso, os polos que estão em operação devem preencher o Formulário de Polo em Funcionamento, que

coleta informações sobre as atividades realizadas, o público atendido e os profissionais envolvidos (Brasil, 2018a).

Durante o Ciclo de 2017, 93,2% (ou 2.496) dos municípios habilitados participaram do Monitoramento (Figura 3), representando a maior taxa de participação desde o início do programa em 2013. Em oito estados - Acre, Amazonas, Amapá, Goiás, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Sergipe e São Paulo - a taxa de resposta foi de 100% (Brasil, 2018a).

**Figura 3.** Taxa de participação dos municípios habilitados ao PAS em 2017



Fonte: Monitoramento 2017 do Programa Academia da Saúde, CGDANT/DANTPS/SVS/MS.

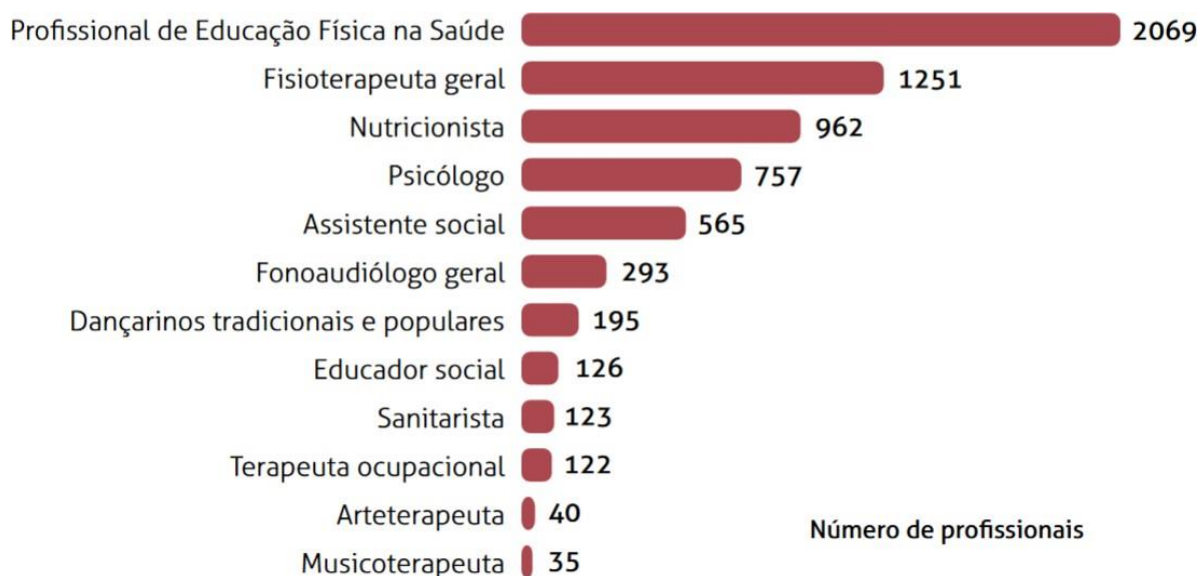
O Programa Academia da Saúde, ao contrário de muitas iniciativas de promoção da saúde focadas em adultos e idosos com doenças crônicas, adota uma abordagem inclusiva e positiva da saúde. Ele oferece atividades para todas as faixas



etárias e condições de saúde, promovendo a intergeracionalidade. Embora a população negra e as pessoas com deficiência tenham alta participação, a presença de pessoas em situação de rua, ciganos e indígenas é baixa. Isso ressalta o potencial do programa para promover equidade e inclusão, mas também a necessidade de estratégias para alcançar populações mais vulneráveis (Brasil, 2018a, 2022).

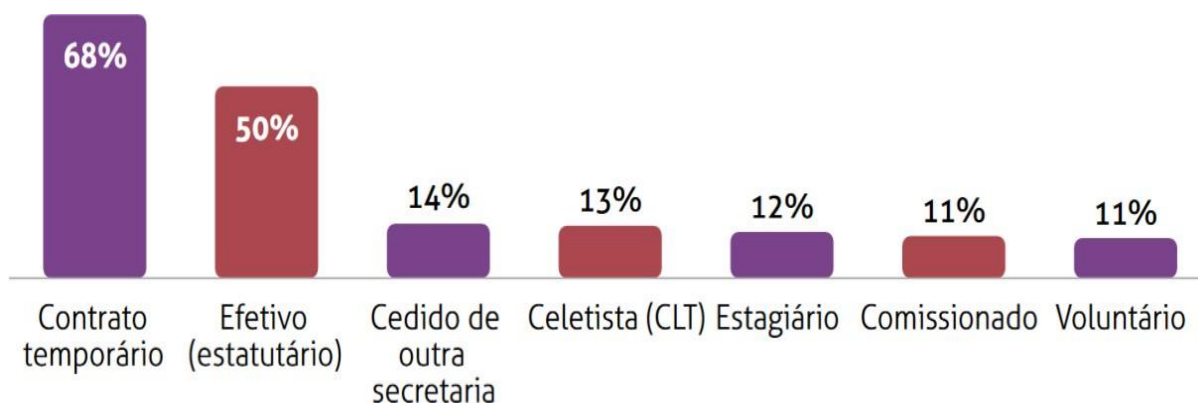
A partir de uma visão ampla de saúde, o PAS envolve a participação de diversas categorias profissionais, incluindo professores de Educação Física, dançarinos, musicoterapeutas e arteterapeutas, além de todos os profissionais da Atenção Básica (Figura 4). Segundo o monitoramento de 2017, o programa conta com 6.538 profissionais atuando diretamente nos polos. Desses, mais de 2 mil são educadores físicos presentes em 89% dos polos, 1.250 são fisioterapeutas atuando em 59% dos polos, cerca de mil são nutricionistas em 54% dos polos e mais de 750 são psicólogos presentes em 42% dos polos.

**Figura 4.** Profissionais que atuam nos polos (2017)



Fonte: Monitoramento 2017 do Programa Academia da Saúde, CGDANT/DANTPS/SVS/MS.

No Programa Academia da Saúde, apenas metade dos polos possui profissionais com vínculo efetivo, enquanto 68% têm profissionais com contratos temporários, 14% contam com profissionais de outras secretarias e 12% têm estagiários (Figura 5). A instabilidade desses vínculos, que leva à alta rotatividade de profissionais, representa um desafio para a sustentabilidade do programa, impactando a formação e capacitação dos profissionais e a continuidade dos serviços.

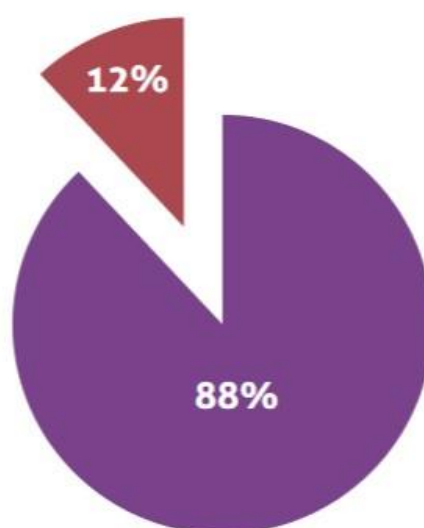
**Figura 5.** Vínculo dos profissionais que atuam regularmente nos polos (2017)

Fonte: Monitoramento 2017 do Programa Academia da Saúde, CGDANT/DANTPS/SVS/MS.

Além disso, cerca de 88% dos polos do Programa Academia da Saúde estão localizados perto das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Figura 6), facilitando a organização do trabalho e a definição de prioridades conjuntas. O apoio dos profissionais da Atenção Básica é essencial para melhorar as atividades dos polos. O monitoramento de 2017 mostrou que os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm apoiado as atividades do programa, participando ativamente nas atividades presenciais (Brasil, 2018a).

**Figura 6.** Proximidade dos pólos em relação à UBS (2017)

■ Próximo à UBS     ■ Distante da UBS



Fonte: Monitoramento 2017 do Programa Academia da Saúde, CGDANT/DANTPS/SVS/MS.

O Programa Academia da Saúde é subsidiado por duas políticas principais: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Considerando que, no Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida pelos municípios, sendo o primeiro contato dos usuários com o SUS. As ações da Atenção Básica visam ampliar a autonomia das pessoas e coletividades, considerando seu contexto de vida, cultura e realidade social, por meio de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar regido através da PNAB (Brasil, 2014).

No SUS, a estratégia de promoção da saúde aborda aspectos que determinam o processo saúde-doença e as possibilidades de intervenção em saúde. É uma política transversal, integrada e intersetorial, que estimula a formação de redes de compromisso e corresponsabilidade pela qualidade de vida da população. O objetivo geral da PNPS é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a fatores como modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2014).

### **4.3 Academias ao Ar Livre (AAL) no Brasil como política pública**

As iniciativas de implementação das Academias ao Ar Livre (AAL), como fruto de política pública municipal, emergiram primeiramente no Brasil, na cidade de Maringá, entre 2005 e 2008, no Programa “Maringá Saudável”. Em 2005, o prefeito que se encontrava no início do mandato, segundo Santos e Porto (2021), ao identificar que a Secretaria de Saúde causava os maiores gastos, ou seja, cerca de 38% do orçamento municipal, optou por mobilizar as coletividades locais na promoção da saúde, mudando o estilo de vida da população. Nesta ocasião, ainda durante a vigência do Programa “Brasil Saudável” e da campanha “Pratique Saúde”, no Dia Mundial da Saúde, o Município promoveu uma forte mobilização urbana a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), centros esportivos, escolas, associações de bairro e ONGs, em prol da promoção da saúde (Palácios *et al.*, 2009).

O movimento resultou no “I Seminário Maringá Saudável” em 2005, com o objetivo de envolver a coletividade num Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) nos

debates sobre a promoção da saúde no Município, que também se inseriu no mesmo ano na Rede de Municípios “Potencialmente Saudáveis”, ligados à Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Organização Mundial da Saúde. Em 2006, o GTI, assessorado por consultores do governo, em parceria com instituições acadêmicas e empresas, elaborou o Programa “Maringá Saudável”.

Além de procurar ampliar o envolvimento das coletividades, segundo Palacios *et al.* (2009), o grupo apresentou um conjunto de ações voltadas a: (a) hortas comunitárias; (b) espaço saúde, sob forma de encontros em finais de semana do grupo envolvido, com o objetivo de sensibilizar a comunidade em relação à importância de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde; (c) promoção da alimentação saudável, por meio de cursos, oficinas, pesquisas e monitoramento do estado nutricional da população; (d) controle do tabagismo; (e) Academias da Terceira Idade (ATI), implementadas em parceria com empresas privadas, para incentivar a atividade física aos idosos (Palacios *et al.*, 2009). Entre 2006 e 2009, segundo os autores, já se encontravam instaladas 41 Academias de Terceira Idade (ATI) em bairros diferentes, sempre próximas às UBS, de modo a facilitar o envolvimento dos profissionais da ESP e ESPSF, embora a Secretaria de Esportes também procurava manter monitores na orientação dos exercícios (Palacios *et al.*, 2009; Santos e Porto, 2021). Nos anos de 2007, 2008 e 2009, o Município foi contemplado com incentivo financeiro pelo Ministério da Saúde, para o incremento de ações nas ATI, que chegavam a contar com 1430 frequentadores por dia (Palacios *et al.*, 2009).

O projeto das Academias de Terceira Idade (ATI) do Programa “Maringá Saudável”, na versão de Santos e Porto (2021), foi inspirado nas bem-sucedidas experiências chinesas de academias utilizadas desde 1995. Sua implantação em Maringá deu-se em parceria com a empresa de saúde Unimed, com equipamentos produzidos por empresa metalúrgica local, de modelos copiados da China, posteriormente registrados e patenteados no Brasil. De acordo com estes autores, o projeto contribuiu efetivamente para a redução dos gastos da Secretaria da Saúde e para disponibilizar junto com as academias mais espaços reurbanizados à população urbana. O projeto foi reconhecido e ganhou prêmios, além de incentivos do Governo Federal, dotando-o de grande visibilidade, o que o levou a se difundir a outros municípios, além de inspirar o Programa de Academia de Saúde, de iniciativa federal, em 2011 (Santos; Porto, 2021).

A implantação de AAL, neste caso, destinada não apenas para a Terceira Idade, tornou-se uma prática adotada na maioria dos países, em especial a partir de 2008, após o governo chinês ter realizado uma campanha de fitness que antecipou os Jogos Olímpicos de Verão, com instalações oferecidas a céu aberto a todos e de forma gratuita. No Brasil, as iniciativas de implementação de AAL partiram de diversas municipalidades, mesmo sem estarem diretamente vinculadas às políticas federais de Promoção da Saúde, mas motivadas pelas diretrizes mundiais sobre a Promoção da Saúde.

As AAL vêm sendo concebidas, segundo Cohen *et al.* (2012), como equipamentos fixos de treinamento funcional colocados em área externa, de acesso livre ao público, destinados ao desenvolvimento de atividades físicas. No Brasil, tem sido para pessoas acima de 12 anos. De acordo com Maia, Fontes e Magagnin (2020), estas academias acabam fazendo parte da infraestrutura urbana, sejam em praças, parques, complexos esportivos, servindo para incentivar a vida ativa da população, de forma gratuita.

As AAL (Figura 7), também conhecidas popularmente como academias da terceira idade (ATI), são locais com equipamentos de exercício com o objetivo de potencializar a flexibilidade, mobilidade articular e capacidade cardiovascular do usuário, ajudando a promover uma forma para que a população pratique exercícios regulares, promovendo a inclusão social, melhorando a autoestima dos praticantes e sua saúde geral, em especial a saúde das pessoas idosas, promovendo a saúde e prevenindo doenças crônicas (Esteves *et al.*, 2012; Costa; Freitas; Silva, 2016).

**Figura 7.** AAL do bairro Itanhangá, localizada na Rua Chaadi Scaff, Praça Lúdio Martins Coelho - Ludinho



Fonte: da autora. Registro realizado em 25/07/2024.

Devido ao cotidiano agitado de muitas pessoas, as academias ao ar livre tem ganhado cada vez mais importância nos momentos de lazer dessas pessoas, pois a maioria dos locais de lazer da população acaba se tornando espaço urbano (Nogueira, Fernandes, 2013) e já é típico há algum tempo que as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) instalem academias ao ar livre (Figura 8) para que os pacientes institucionalizados possam se beneficiar dos aparelhos e praticar exercícios físicos sob a supervisão de um profissional de educação física ou fisioterapeuta (Oruê, 2019).

**Figura 8.** AAL instalada uma ILPI de Campo Grande/MS



Fonte: Oruê (2019).

O espaço urbano tem se tornado, também, espaço de lazer da maioria da população, devido ao cotidiano atarefado dos moradores das cidades, as academias ao ar livre têm sido cada vez mais importantes como local de socialização e prática de exercícios, já que ficam localizadas geralmente próximas à praças, parques e playgrounds públicos, incentivando o uso das AAL pelas pessoas que frequentam esses espaços (BBC News, 2012; Nogueira, 2013; Arakaki, 2019).

As AAL promovem o envolvimento da comunidade e dos diversos setores da sociedade em interações que consolidam a promoção da saúde, possibilitando ainda o resgate da autoestima, do aumento da sociabilidade, além de outros benefícios

que não podem ser quantificados cientificamente, mas observados de forma empírica a partir das experiências e percepções dos usuários (Palácios; Nardi, 2017).

As AAL propiciam diversos benefícios para o local, dentre eles destacam-se a inclusão social, a diminuição do sedentarismo e das dores, a prevenção de doenças crônicas e a promoção da saúde em geral dos seus usuários. Entretanto, as pessoas, em especial as idosas, geralmente não sabem como realizar os exercícios ou como utilizar os aparelhos das academias de forma adequada, seja por falta de informação, descuido ou falta de instrução e/ou monitoração de um profissional de educação física ou fisioterapeuta (Esteves *et al.*, 2012; Palácios; Nardi, 2017).

Um estudo com o objetivo de analisar as características morfofuncionais de usuários de AAL na cidade de Maringá/PR e contou com a participação de 86 indivíduos, 28 homens e 58 mulheres. Os parâmetros morfofuncionais foram divididos em antropométricos (Índice de Massa Corporal - IMC e a Relação Cintura-Quadril - RCQ) e funcionais (pressão arterial – PA) (Esteves *et al.*, 2012).

Esteves *et al.* (2012) concluem que, três a seis meses de prática em AAL não produziram mudanças significativas nos parâmetros morfológicos de indivíduos com mais de 60 anos, independentemente do sexo; no entanto, mudanças na função cardiovascular sinalizam reduções significativas nos níveis pressóricos, indicando que a prescrição individualizada e a regularidade da atividade física são necessárias para obter melhoras mais expressivas.

Um estudo que teve como objetivo analisar o equilíbrio, a agilidade e a capacidade cognitiva de idosos praticantes de exercícios físicos nas AAL, contou com 600 participantes idosos de ambos os gêneros, sendo 300 praticantes de exercícios físicos nas AAL e 300 idosos não praticantes, todos com idade média de 68,7 anos (Gozzi; Bertolini; Lucena, 2016).

Gozzi, Bertolini e Lucena (2016) observaram melhora nos resultados nos testes de equilíbrio, agilidade e cognição no grupo que fez exercícios AAL, indicando que os idosos praticantes de exercícios físicos na AAL apresentaram melhor equilíbrio, maior agilidade e capacidade cognitiva quando comparados aos não praticantes.

Ao comparar a capacidade funcional e cognitiva de idosas praticantes de diferentes modalidades de exercício físico, o estudo conduzido por Oliveira, Araújo e

Bertolini (2015) com 120 voluntárias, divididas em três grupos de 40 idosas: grupo hidroginástica, grupo AAL e grupo musculação. A capacidade funcional foi avaliada por meio do Protocolo de avaliação funcional do Grupo de Desenvolvimento Latino Americano para a Maturidade e para a avaliação cognitiva foi usado Mini-Exame do Estado Mental.

Segundo Oliveira, Araújo e Bertolini (2015), a capacidade funcional das idosas nas três modalidades – AAL, musculação e hidroginástica – foi classificada como fraca, não apresentando diferença significativa entre os grupos. A capacidade cognitiva apresentou escores próximos à pontuação máxima nos três grupos, sem significância estatística. A conclusão foi de que a capacidade funcional das idosas avaliadas foi baixa e o tipo de exercício físico não interfere no desempenho cognitivo.

Palácios e Nardi (2017) realizaram uma pesquisa de análise de relatos de idosos usuários das AAL da cidade de Maringá/PR. O relato dos usuários das AAL é de que estão mais felizes, houve diminuição do cansaço e melhorias da saúde, qualidade do sono, no aspecto emocional, no relacionamento com outras pessoas e na disposição, bem como alívio das dores.

Sendo assim, as AAL estimulam a comunidade e diversos setores da sociedade a participar de um grande desafio que consolida a promoção da saúde, além de apresentar a possibilidade de resgatar a autoestima, aumentar a sociabilidade, muitas vezes perdida na terceira idade, e outros benefícios não quantificados cientificamente, mas observados empiricamente a partir de relatos dos usuários. (Palácios; Nardi, 2017).

Em Campo Grande, usuários das AAL alegam melhora na saúde geral (52%), bem-estar (24%) e socialização (16%), enquanto 8% utilizam os espaços para fins médicos ou recreativos (Zamai, 2019).

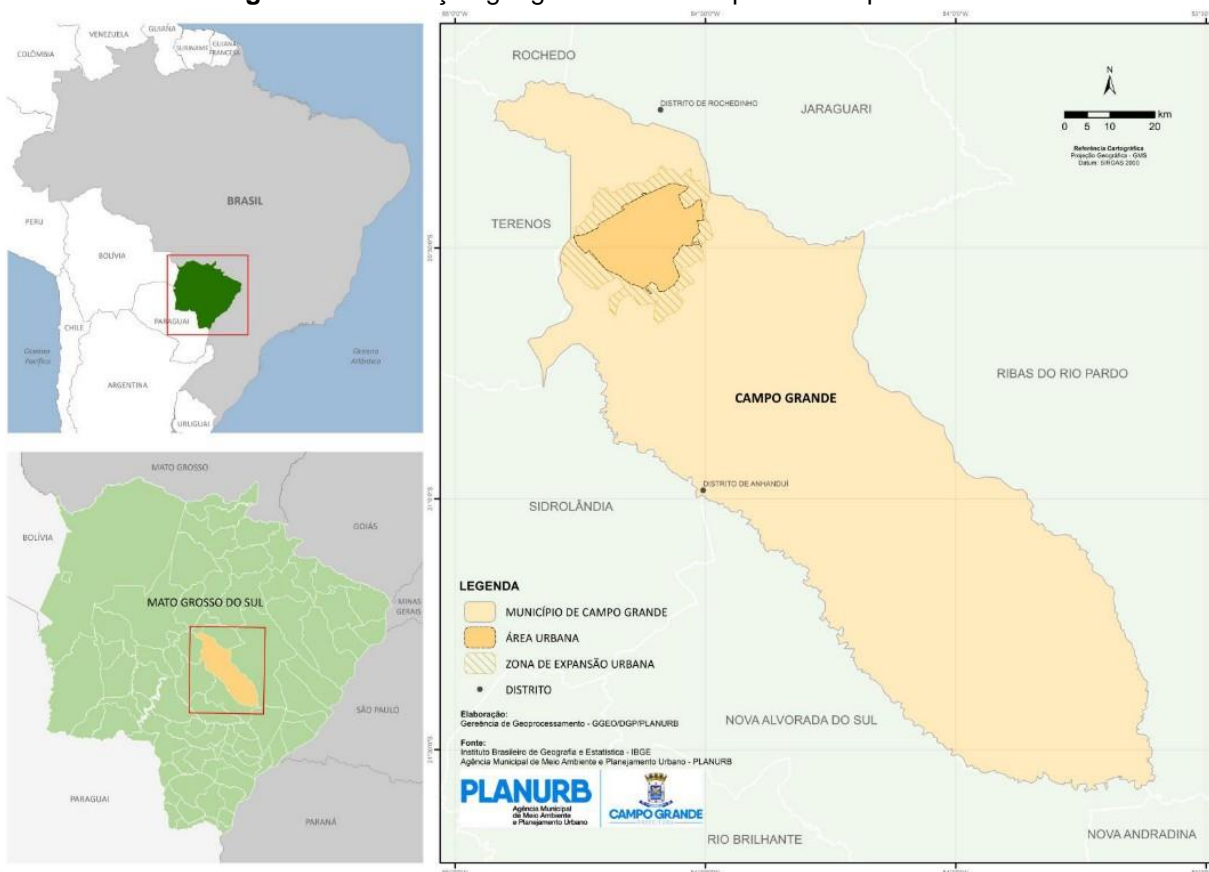


## 5 ACADEMIAS AO AR LIVRE DE CAMPO GRANDE/MS: CARACTERÍSTICAS, USOS E EXPERIÊNCIAS DOS USUÁRIOS

### 5.1 Aspectos territoriais, geográficos e demográficos do município

O município de Campo Grande, com uma área de 8.082,98 km<sup>2</sup>, está localizado na região central de Mato Grosso do Sul (Figura 9), ocupando 2,26% da área total do Estado. O marco zero está no gramado em frente ao Monumento dos Imigrantes - Carro de Boi. Situada no planalto de Maracaju, a cidade tem um relevo suavemente ondulado que favorece uma ocupação urbana dispersa, intercalada por pastagens e cerrados (PLANURB, 2023).

**Figura 9.** Localização geográfica do município de Campo Grande



Fonte: PLANURB, 2023.

Em 2022, a população de Campo Grande atingiu 897.938 pessoas, representando 32,57% da população de Mato Grosso do Sul. Desde 1970, a população cresceu 6,4 vezes. Nacionalmente, Campo Grande é a 15ª capital mais populosa, segundo o Censo de 2022 (PLANURB, 2023).

As áreas urbanas do município de Campo Grande (Figura 10) são delimitadas da seguinte forma (Campo Grande, 2019):

I – Região Urbana do Centro - a partir do cruzamento da Avenida Salgado Filho com a Avenida Tiradentes; seguindo pela Avenida Tiradentes até a Rua Gal. Nepomuceno Costa; seguindo por esta Rua até Avenida Tamandaré; seguindo por esta Avenida até a Avenida Mascarenhas de Moraes; seguindo por esta Avenida até a Avenida Coronel Antonino; seguindo por esta Avenida no sentido Noroeste-Sudoeste até a Rua São Borja; seguindo por esta Rua até a Rua Ceará; seguindo por esta Rua até a Rua Joaquim Murtinho; seguindo por esta Rua até a Avenida Eduardo Elias Zahran; seguindo por esta Avenida até a Avenida Salgado Filho; seguindo por esta Avenida até o ponto de partida;

II – Região Urbana do Segredo - a partir do cruzamento da Avenida Coronel Antonino com a Avenida Mascarenhas de Moraes; seguindo pela Avenida Mascarenhas de Moraes até a Avenida Tamandaré; seguindo por esta Avenida até a Avenida Dom Antônio Barbosa; seguindo por esta Avenida até a Rua Euler de Azevedo; seguindo por esta rua até a Rodovia MS-080; seguindo por esta Rodovia até a linha do Perímetro Urbano; seguindo por esta Linha em direção aos marcos M-52, M-53, M-54, M-55, M-56, M-57, M-58, M-58A, M-58B, M-58C, M-58D, M-58E, M-59, M-60 e M-01 até a BR-163; seguindo por esta BR até a Avenida Cônsul Assaf Trad; seguindo por esta Avenida até a Avenida Coronel Antonino; seguindo por esta Avenida até o ponto de partida;

III – Região Urbana do Prosa - a partir do cruzamento da Rua Joaquim Murtinho com a Rua Ceará; seguindo pela Rua Ceará até a Rua São Borja; seguindo por esta Rua até a Avenida Coronel Antonino; seguindo por esta Avenida até a Avenida Cônsul Assaf Trad; seguindo por esta Avenida até a BR-163; seguindo por esta BR até a Linha do Perímetro Urbano; seguindo por esta linha em direção aos marcos M-02, M-03, M-04, M-05, M-06, M-07, M-08, M-09, M-10, M-11, M-12 e M-13 até a BR-262; seguindo por esta BR até a Avenida Redentor; seguindo por esta Avenida até a Avenida Ministro João Arinos; seguindo por esta Avenida até a Rua Joaquim Murtinho; seguindo por esta Rua até o ponto de partida;

IV – Região Urbana do Bandeira - a partir do cruzamento da Avenida Costa e Silva com a Avenida Eduardo Elias Zahran; seguindo pela Avenida Eduardo Elias Zahran até a Rua Joaquim Murtinho; seguindo por esta Rua até a Avenida Ministro João Arinos; seguindo por esta Avenida até a Avenida Redentor; seguindo por esta Avenida até a BR-262; seguindo por esta BR até a Linha do Perímetro Urbano, seguindo por esta Linha em direção aos marcos M-14, M-14A, M-14B, M-14C, M-14D, M-14D1, M-14D2, M-14D3, M-14D4, M-14D5, M-14E, M-14F, M-14G, M-14H, M-14I, M-14J, M-14K, M-14L, M-15, M-16, M-17, M-18, M-19, M-20, M-21, M-22 e M-23 até a BR-163; seguindo por esta BR até a Avenida Gury Marques; seguindo por esta Avenida até a Avenida Costa e Silva; seguindo por esta Avenida até o ponto de partida; (NR) (Redação dada pela Lei Complementar n. 186, de 12 de dezembro de 2011).

V – Região Urbana do Anhanduizinho - a partir do cruzamento da Avenida Bandeirantes com a Avenida Salgado Filho; seguindo pela Avenida Salgado Filho até a Avenida Costa e Silva; seguindo por esta Avenida até a Avenida Gury Marques; seguindo por esta Avenida até a BR-163; seguindo por esta BR até a Linha do Perímetro Urbano; seguindo por esta Linha em direção aos marcos M-24, M-25, M-26, M-27, M-28, M-29, M-29A, M-29B, M-29C, M-30, M-31, M-32 e M-33 até a BR-060; seguindo por esta BR até a Avenida Dr. Günter Hans; seguindo por esta Avenida até a Avenida Bandeirantes; seguindo por esta Avenida até o ponto de partida; (NR) (Redação dada pela Lei Complementar n. 186, de 12 de dezembro de 2011).

VI – Região Urbana do Lagoa - a partir do cruzamento da Avenida Duque de Caxias com a Avenida Tiradentes; seguindo pela Avenida Tiradentes até a Avenida Salgado Filho; seguindo por esta Avenida até a Avenida Bandeirantes; seguindo por esta Avenida até a Avenida Dr. Günter Hans; seguindo por esta Avenida até a BR-060; seguindo por esta BR até a Linha do Perímetro Urbano; seguindo por esta Linha em direção aos marcos M-34, M-35 e M-36 até o prolongamento da Rua Cap. Mário Pio Pereira; seguindo por este prolongamento até o limite da Área R1; seguindo pelo limite da Área R1 até o prolongamento da Avenida Wilson Paes de Barros; seguindo por esta Avenida até a Avenida Duque de Caxias; seguindo por esta Avenida até o ponto de partida;

VII – Região Urbana do Imbirussu - a partir do cruzamento da Avenida Dom Antônio Barbosa com a Avenida Tamandaré; seguindo pela Avenida Tamandaré até a Rua Gal. Nepomuceno Costa; seguindo por esta Rua até a Avenida Duque de Caxias; seguindo por esta Avenida até a Avenida Wilson Paes de Barros; seguindo por esta Avenida e prolongamento até o limite da Área R1; seguindo por este limite até o prolongamento da Rua Cap. Mário Pio Pereira; seguindo por este prolongamento até a Linha do Perímetro Urbano; seguindo por esta Linha em direção aos marcos M-37, M-38, M-39, M-40, M-41, M-42, M-43, M-44, M-45, M-46, M-47, M-48, M-49, M-50 e M-51 até a Rodovia MS-080; seguindo por esta Rodovia até a Rua Dr. Euler de Azevedo; seguindo por esta Rua até a Avenida Dom Antônio Barbosa; seguindo por esta Avenida até o ponto de partida.

Figura 10. Regiões urbanas e bairros de Campo Grande



Fonte: PLANURB, 2023.

## 5.2 Implementação das Academias ao Ar Livre

O Município de Campo Grande, em Mato Grosso do Sul, deu início à implementação de Academias ao Ar Livre, em 2006, por meio do Programa “Viver Legal” sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e apoio de profissionais de Educação Física da Fundação Municipal de Esporte (Funesp), na prevenção de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT). Este Programa procurou voltar-se ao atendimento primordial das coletividades situadas nas proximidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS), começando pelas áreas mais periféricas da cidade. Tem a finalidade de sensibilizá-las e estimulá-las para a prática de atividades orientadas por profissionais de Educação Física e acompanhada pelos profissionais da equipe de saúde. Além da academia ao ar livre são proporcionadas outras atividades, tais como caminhadas, capoeira, danças, hidroginástica (Oriqui, 2011). As atividades deste programa são ofertadas, tanto em unidades de saúde, como em centros comunitários e praças públicas.

Em 2010, foi estabelecida uma política específica, denominada “Movimenta Campo Grande”, neste caso, sob a responsabilidade apenas da Fundação Municipal de Esporte (Funesp), de incentivo à prática de atividades físicas e esportivas (AFES) junto às coletividades locais, visando contribuir para a transformação de seu estilo de vida e promoção da saúde (Silva; Anjos, 2020). As ações desta política voltam-se mais especificamente para a promoção de uma vida esportiva, o lazer, o bem-estar e a qualidade de vida. A ideia tem sido a de promover estas ações, mediante orientações adequadas aos praticantes, de modo que os equipamentos possam ser utilizados de forma eficiente e dotem os usuários de maior autonomia para frequentar esses espaços (Silva; Anjos, 2020). Em 2013, a Funesp, por meio da política “Movimenta Campo Grande”, segundo estes autores, incluiu a ginástica laboral e a preparação física de guardas municipais, agentes de saúde e de trânsito.

Em 2014, foi estabelecido um convênio entre Prefeitura Municipal e Secretaria Estadual de Saúde, específico para a implantação de Academias de Terceira Idade anexas às UBS. Neste ano, conforme noticiado na imprensa (Midiamax, 2014), a cidade contava com 26 AAL instaladas, não só junto às UBS e Unidades de Saúde da Família (USF), como também em praças e parques. No mesmo ano, publicava no Diário Oficial, uma licitação para implantar mais 13 delas, com apoio financeiro do Ministério da Saúde. Conforme colocado por Ferreira,

Diettrich e Pedro (2015), embora as USF tivessem se tornado os locais mais privilegiados para os programas de atividades físicas, nem todas elas contavam com este serviço em 2015.

Em Campo Grande, segundo estudos realizados por Zamai (2019), os usuários das AAL alegaram melhora na saúde geral (52%), bem-estar (24%) e socialização (16%), enquanto 8% utilizavam os espaços para fins médicos ou recreativos.

A política “Movimenta Campo Grande”, sob a responsabilidade da Funesp, segundo Terra e Cruz (2019), ao procurar incorporar, em especial, as políticas públicas federais de esporte e lazer, sofreu modificações importantes a partir de 2017. A política da Funesp foi estruturada sob forma do Sistema Campo-grandense de Esporte e Lazer (SICEL), aprovada juridicamente em 2018. Baseada nesta forma sistêmica de concepção, a política “Movimenta Campo Grande” passou a ser aplicada por meio de programas e projetos de esporte e lazer, fundamentados nas atividades físicas e esportivas (AFEs), pluralidade das práticas esportivas e valorização da cultura local. A finalidade passou a ser a de tornar as atividades físicas e esportivas acessíveis às coletividades das diferentes regiões urbanas, de acordo com suas necessidades e demandas, num processo de democratização das práticas. A concepção de AFEs, segundo os autores, implica num conjunto de práticas que exigem envolvimento, motivação corporal ou esforço físico, realizadas sem fins lucrativos, vinculados não só à saúde, mas entre outros, a aptidão física, competição, sociabilidade, relaxamento, beleza corporal. As práticas de lazer devem ser propiciadas pelo movimento corporal, convivialidade com repercussões positivas na saúde, educação e trabalho, momentos em que os seres humanos se tornam sujeitos de seu próprio desenvolvimento (Terra; Cruz, 2019).

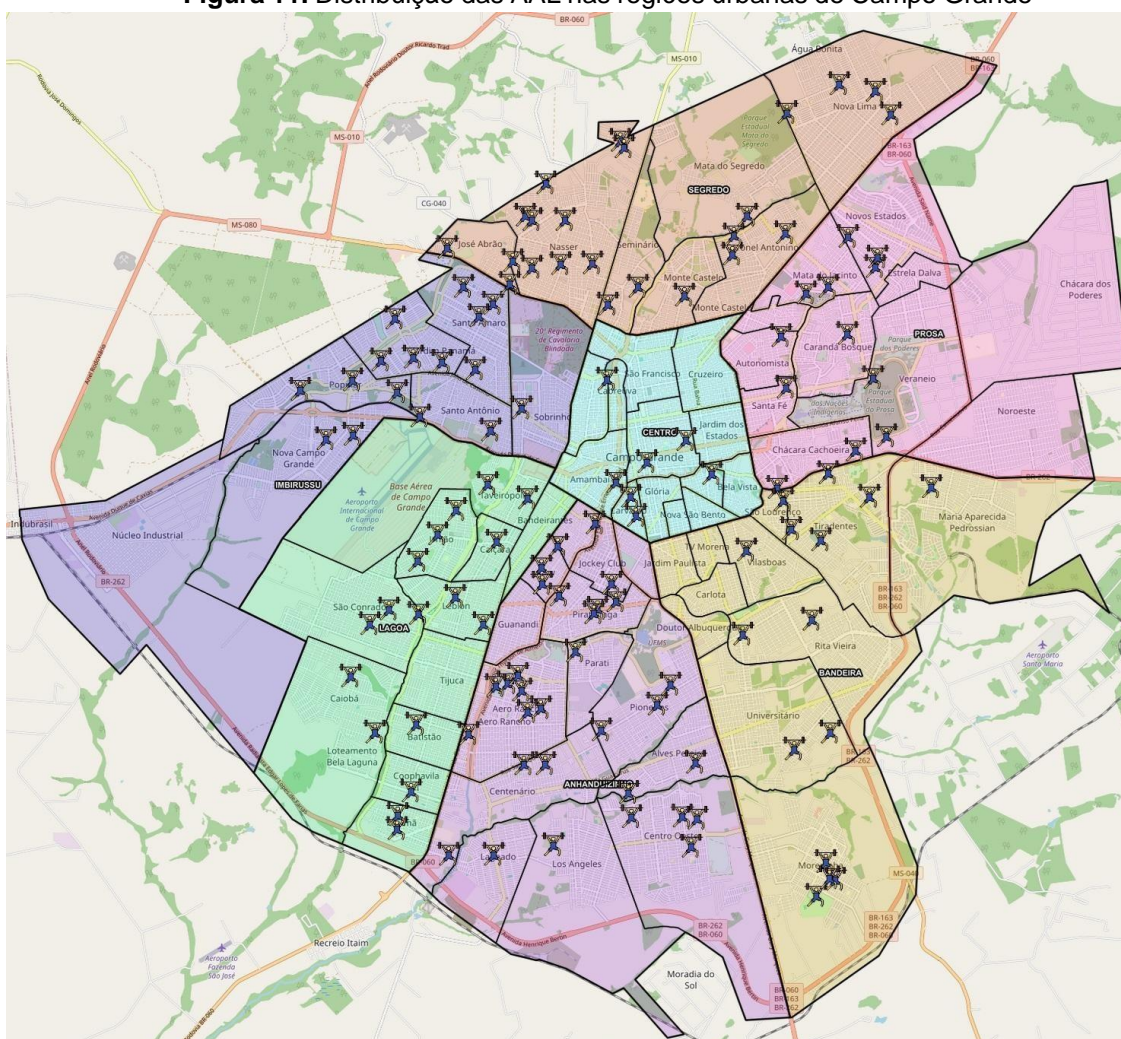
Por meio desta política sistêmica foram estabelecidos os seguintes programas: (I) Esporte e Lazer da Comunidade; (II) Formação e Especialização Esportiva; (III) Campo Grande em Ação; (IV) Formação Profissional; (V) Memória Esportiva; (VI) Infraestrutura Esportiva (Terra; Cruz, 2019). As Academias ao Ar Livre fazem parte do Programa “Esporte e Lazer da Comunidade”, cujas propostas colocadas se enquadram na abordagem da teoria de comuns. A metodologia, segundo Terra e Cruz (2019), implica no engajamento das pessoas nas ações das quais participa, como sujeitos de direitos, de modo a se construir espaços de cidadania. Também é proposto o princípio da intersetorialidade, numa articulação

que possibilite ações mais integradas entre governo, gestores técnicos e empresas, frente aos diversos desafios junto às coletividades atendidas.

### 5.2.1 Distribuição das AAL

Campo Grande, conforme assinalado no último censo, apresentou 897.938 habitantes (IBGE, 2022). Para fins de planejamento urbano, a cidade é organizada em sete regiões urbanas: Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbirussu, Lagoa, Prosa e Segredo. Com base no Programa “Viver Legal” e a política “Movimenta Campo Grande” e, de acordo com as informações do Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande (SISGRAN, 2023), no ano de 2022, a cidade já contava com 120 AAL, distribuídas entre as sete regiões urbanas (Figura 11).

**Figura 11.** Distribuição das AAL nas regiões urbanas de Campo Grande



Fonte: SISGRAN. Acesso em: 11 de fevereiro de 2024.

Trinta pólos de AAL estão localizadas na região urbana do Anhanduizinho (25% do total), 23 (19,16%) na região do Segredo, 17 (14,16%) na Lagoa, 16 (13,33%) no Imbirussu, 15 (12,5%) na região Bandeira, 12 (10%) no Prosa e 7 (5,83%) na região do Centro (Tabela 1).

**Tabela 1.** População, área e quantidade de Academias ao Ar Livre das regiões urbanas

<b>Região urbana</b>	<b>População</b> (total: 774.202)	<b>Área (ha)</b> (total: 35.302,78)	<b>Quantidade de AAL</b> (total: 120)
Anhanduizinho	185.558	6.192,03	30
Segredo	108.962	4.497,50	23
Lagoa	114.447	5.057,12	17
Imbirussu	98.752	5.742,91	16
Bandeira	113.118	6.236,26	15
Prosa	82.328	5.565,46	12
Centro	71.037	2.011,50	7

Fonte: Elaboração própria, a partir do Perfil Socioeconômico de Campo Grande (PLANURB, 2023), considerando dados do Censo Populacional IBGE 2010.

Em relação à integração com locais relacionados aos cuidados de saúde, socialização e bem-estar, 75 pólos, ou seja, 62,5% do total, possuem essa característica de integração com outros espaços e serviços públicos. São 15 AAL localizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), 44 em praças, 10 em parques e áreas de lazer ou recreação, 3 em Centros de Convivência de Idosos (CCI), 2 em ginásios ou complexos esportivos e 1 em um Centro de Educação Ambiental (CEA).

### 5.2.2 Particularidades dos pólos

A maior parte dos pólos são intergeracionais, ou seja, atendem desde crianças acima de 12 anos até os idosos, algumas delas adaptadas para o uso de pessoas com deficiência (Mattos, 2021; Vaccari, 2021).

A seguir, é apresentado um dos espaços de implantação de AAL em Campo Grande, dotado do painel de instruções sobre o uso dos equipamentos, que permite

verificar a forma como são implementados e os tipos de aparelhos mais usuais (Figuras 12).

**Figura 12.** AAL do bairro Panamá, localizada na Rua Pinto D'água, região urbana do Imbirussu



Fonte: da autora. Registro realizado em 20/11/2022.

Observa-se no painel de instruções presentes em algumas AAL (Figura 13) que entre os equipamentos que compõem esses espaços estão: multiexercitador, simulador de esqui, simulador de caminhada, simulador de remada sentada, simulador de cavalgada, alongador e dispositivo de rotação diagonal.



**Figura 13.** Painel de instruções para uso dos equipamentos disponíveis na AAL da Vila Carvalho, localizada na Rua Bernardo Franco Baís - Praça 1º de Maio, região urbana do Centro



Fonte: da autora. Registro realizado em 08/07/2024.

### 5.3 Pesquisa de opinião: Resultados e discussão

As AAL, conhecidas por serem espaços abertos equipados com aparelhos de ginástica, com a intenção de melhorar a flexibilidade, mobilidade articular e a capacidade cardiovascular do usuário e, ao mesmo tempo, promover um meio para que as pessoas pratiquem atividade física regularmente, proporcionando a inclusão social e comunitária, melhora da autoestima e saúde mental dos praticantes e promovendo a saúde em geral (Esteves et al., 2012; Costa; Freitas; Silva, 2016; Arakaki, 2019).

Esta pesquisa de opinião foi conduzida com os usuários das Academias ao Ar Livre na região urbana do município de Campo Grande, durante os meses de junho e julho de 2024. O objetivo principal foi avaliar a opinião dos usuários sobre a manutenção, limpeza, segurança e uso das academias, bem como o acesso aos serviços de saúde. A seguir, são apresentadas as perguntas e os principais resultados obtidos (Tabela 2).

**Tabela 2.** Pesquisa de opinião sobre as AAL (continua)

<b>Sexo</b>		
Masculino	40,4%	n=78
Feminino	59,6%	n=115
<b>Região urbana em que reside:</b>		
Anhanduizinho	24,9%	n=48
Bandeira	11,9%	n=23
Centro	5,2%	n=10
Imbirussu	15,5%	n=30
Lagoa	13%	n=25
Prosa	10,9%	n=21
Segredo	18,7%	n=36
<b>Qual o seu nível de formação/escolaridade?</b>		
Ensino fundamental incompleto	3,6%	n=7
Ensino fundamental completo (até o 9ºano)	11,4%	n=22
Ensino médio incompleto	2,1%	n=4
Ensino médio completo	45,6%	n=88
Ensino superior incompleto	3,6%	n=7
Ensino superior completo	33,7%	n=65
<b>Qual a sua faixa etária?</b>		
Entre 18 e 20 anos	1,6%	n=3
Entre 20 e 35 anos	7,8%	n=15
Entre 35 e 50 anos	19,2%	n=37
Entre 50 e 60 anos	44,6%	n=86
Mais de 60 anos	26,9%	n=52
<b>Como você descreveria sua experiência geral ao usar a academia ao ar livre?</b>		
Muito bom	6,2%	n=12
Bom	69,9%	n=135
Regular	17,1%	n=33
Ruim	6,7%	n=13
Muito ruim	0%	n=0
<b>Com que frequência você utiliza a academia ao ar livre?</b>		
Raramente	9,3%	n=18
Pelo menos 1 vez por semana	23,3%	n=45
Pelo menos 3 vezes por semana	52,8%	n=102
Mais de 3 vezes por semana	14,5%	n=28
<b>Como você avalia a manutenção dos equipamentos?</b>		
Muito bom	0%	n=0
Bom	24,9%	n=48
Regular	49,7%	n=96
Ruim	22,3%	n=43
Muito ruim	3,1%	n=6
<b>Como você avalia a limpeza do espaço e dos equipamentos?</b>		
Muito bom	0%	n=0
Bom	16,6%	n=32
Regular	45,6%	n=88
Ruim	19,7%	n=38
Muito ruim	18,1%	n=35
<b>Turno que frequenta</b>		
Manhã	55,4%	n=107
Tarde	12,4%	n=24
Noite	32,1%	n=62
<b>Você considera esse local seguro?</b>		
Sim	71,5%	n=138
Não	26,9%	n=52
Não sei/Não quero responder	1,6%	n=3

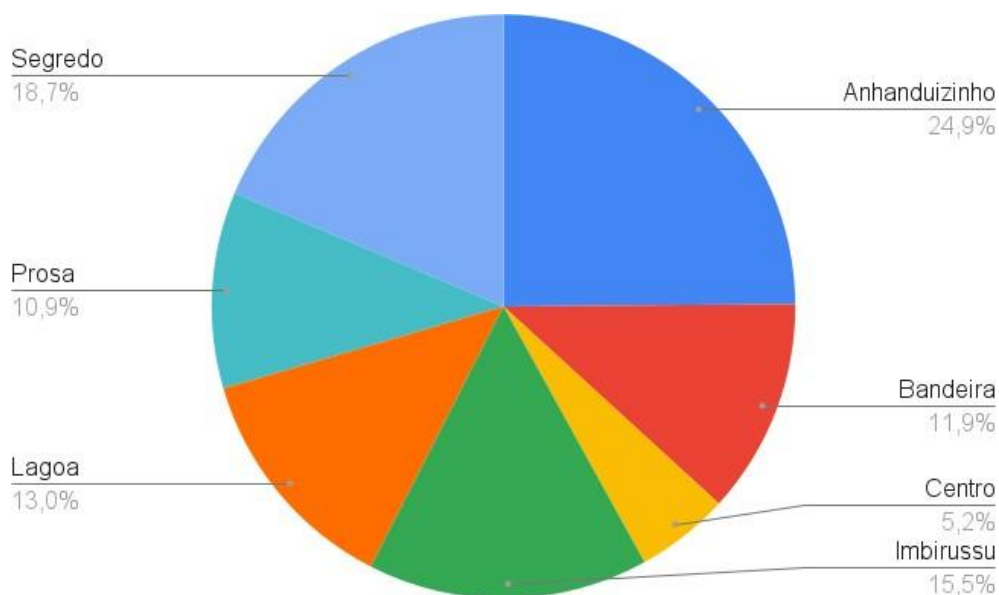
<b>Você sente que as academias ao ar livre contribuem para sua saúde e bem-estar?</b>		
Sim	66,3%	n=128
Não	1,6%	n=3
Em parte	32,1%	n=62
<b>Motivo da participação na academia ao ar livre?</b>		
Recomendação médica ou de outro profissional da saúde	20,2%	n=39
Emagrecimento	7,3%	n=14
Prevenção de doenças/manter a saúde	34,7%	n=67
Fazer amigos/socializar	18,7%	n=36
Praticar mais atividades físicas	18,1%	n=35
Outro motivo	1%	n=2
<b>Qual modalidade de serviço de saúde você mais utiliza?</b>		
Unidade Básica de Saúde (SUS)	65,3%	n=126
Convênio/Plano de Saúde	32,1%	n=62
Serviço Particular (saúde suplementar)	2,6%	n=5
<b>Você recebe algum tipo de acompanhamento ou orientação realizada por algum profissional da saúde ou profissional de educação física enquanto realiza exercícios na academia ao ar livre?</b>		
Sim	26,4%	n=51
Não	73,6%	n=142

Fonte: Elaboração própria.

### 5.3.1 Participação e Perfil Demográfico dos Respondentes

A pesquisa de opinião contou com a participação de 193 indivíduos, dos quais 115 eram do sexo feminino (59,6%) e 78 do sexo masculino (40,4%).

A distribuição territorial (Figura 14) dos participantes no município revelou que 24,9% residiam na região urbana do Anhanduizinho, 18,7% no Segredo, 15,5% no Imbirussu, 13% no Lagoa, 11,9% no Bandeira, 10,9% no Prosa e 5,2% no Centro. Essa distribuição pode refletir a densidade populacional ou o nível de engajamento comunitário em diferentes áreas do município.

**Figura 14.** Região urbana de residência dos respondentes

Fonte: Elaboração própria.

A análise etária dos respondentes indicou que 44,6% estavam na faixa etária de 50 a 60 anos. Além disso, 26,9% dos participantes tinham mais de 60 anos, enquanto 19,2% estavam na faixa de 35 a 50 anos. Este perfil etário sugere uma predominância de indivíduos em fases avançadas da vida, o que pode influenciar as sensações e prioridades em relação aos temas abordados na pesquisa.

Um estudo que objetivou avaliar as práticas de atividades físicas de lazer nas AAL, junto à população e usuários, foi realizado por Silva e Anjos (2020), em 2018, junto aos moradores das sete regiões urbanas. Foi possível constatar por meio deste estudo que 70,18% dos usuários eram do sexo feminino, sendo 83,27% acima de 40 anos, somente 10,54% deles, na condição de solteiros. Praticamente mais de 60% deles, já frequentavam a AAL há mais de 3 anos, sendo 99,3% o faziam em mais de uma vez por semana (3 a 7 dias). O tempo gasto predominante foi de 40 a 60 minutos por 53,68% e de 30 minutos por 36,72%.

No que tange à escolaridade, 45,6% dos participantes possuíam ensino médio completo e 33,7% tinham ensino superior completo. As regiões com maior concentração de indivíduos com formação superior foram Prosa, Centro, Bandeira e Imbirussu. Este dado é relevante, pois a escolaridade pode impactar diretamente na compreensão e nas respostas fornecidas pelos participantes, além de refletir a distribuição socioeconômica das diferentes regiões do município.

A diversidade demográfica e educacional dos participantes proporciona uma visão abrangente das opiniões e necessidades da população de Campo Grande. A análise detalhada desses dados é crucial para a formulação de políticas públicas eficazes e para a implementação de programas que atendam às demandas específicas de cada grupo demográfico.

A maior participação feminina e a predominância de indivíduos mais velhos podem indicar que esses grupos estão mais engajados ou têm maior interesse em participar de pesquisas de opinião. Já a variação na escolaridade entre as regiões sugere desigualdades socioeconômicas que podem influenciar o acesso a oportunidades educacionais.

### **5.3.2 Características relacionadas ao uso**

Mais da metade dos participantes relatou usar a academia ao ar livre pelo menos três vezes por semana (52,8%), o que pode indicar que o espaço é bastante popular e amplamente utilizado pela comunidade. Enquanto 23,3% a utilizam pelo menos uma vez por semana. Apenas 14,5% frequentam mais de três vezes por semana, isso sugere que, além dos usuários frequentes, há um grupo considerável que utiliza o espaço de forma moderada.

Uma pequena parcela (9,3%) utiliza o espaço raramente. Isso pode indicar que, embora a academia ao ar livre seja popular, ainda há uma parte da população que não a utiliza com frequência, possivelmente devido a falta de interesse, tempo ou outras barreiras.

### **5.3.3 Manutenção e limpeza dos equipamentos**

A pesquisa revelou que 49,7% dos participantes consideram a manutenção dos equipamentos como regular, sugerindo que, embora os equipamentos estejam operacionais, há espaço para melhorias. Aproximadamente um quarto dos participantes (24,9%) avalia a manutenção como boa, indicando satisfação parcial

entre os usuários. No entanto, uma parcela significativa dos participantes (22,3%) classifica a manutenção como ruim, e 3,1% como muito ruim, apontando para problemas específicos que necessitam de atenção. Com 25,4% dos participantes avaliando a manutenção como ruim ou muito ruim, fica evidente a necessidade de intervenções para melhorar a qualidade e a frequência da manutenção dos equipamentos (Figuras 15 e 16).

**Figura 15.** AAL da Praça Ary Coelho, localizada na Rua 15 de Novembro, região urbana do Centro



Fonte: da autora. Registro realizado em 28/06/2024.

**Figura 16.** AAL do bairro Alves pereira, localizada na Avenida Souza Lima - Praça Wellington Camargo Seza - Tutu, região urbana do Anhanduizinho



Fonte: da autora. Registro realizado em 30/06/2024.

Em relação à limpeza dos equipamentos e do espaço das academias ao ar livre, 45,6% dos participantes classificam-na como regular, indicando que, embora aceitável, há margem para melhorias. Apenas 16,6% dos participantes consideram a limpeza como boa, demonstrando que uma pequena parcela dos usuários está satisfeita. Por outro lado, uma parcela significativa dos participantes (19,7%) considera a limpeza ruim, e 18,1% a classificam como muito ruim, apontando para problemas sérios que precisam ser abordados para melhorar a percepção geral (Figuras 17 a 19).

**Figura 17.** AAL do bairro Planalto, localizada na Orla Morena, região urbana do Centro



Fonte: da autora. Registro realizado em 05/07/2024.

**Figura 18.** AAL do bairro Tiradentes, localizada na Travessa dos Ferreiros, região urbana do Bandeira



Fonte: da autora. Registro realizado em 28/06/2024.

**Figura 19.** AAL do bairro Jardim Seminário, localizada na Rua Alfredo Nobel, região urbana do Segredo



Fonte: da autora. Registro realizado em 20/07/2024.



### 5.3.4 Padrões de uso e sensação de segurança

Quase dois terços dos usuários preferem utilizar a academia ao ar livre pela manhã (55,4%), possivelmente devido a fatores como temperaturas mais amenas, maior disposição física e a oportunidade de iniciar o dia com uma atividade saudável. Já um terço (32,1%) utiliza a academia à noite, sugerindo que muitos usuários preferem se exercitar após o trabalho ou outras atividades diárias (Figura 20). Apenas 12,4% dos participantes utilizam a academia à tarde, o que pode ser atribuído a temperaturas mais altas ou compromissos diurnos que limitam a disponibilidade dos usuários nesse período.

**Figura 20.** AAL do bairro Rita Vieira, localizada na Praça João Wenceslau Leite de Barros, região urbana do Bandeira



Fonte: da autora. Registro realizado em 12/07/2024.

A sensação de segurança no local é predominantemente positiva, com 71,5% dos respondentes considerando o local seguro, o que pode incentivar o uso frequente da academia ao ar livre. No entanto, 26,9% dos participantes consideram o local inseguro, indicando a necessidade de melhorias na segurança para aumentar a confiança de todos os usuários.

### 5.3.5 Saúde e bem-estar

Boa parte dos usuários (66,3%) acredita que a academia ao ar livre contribui significativamente para sua saúde e bem-estar, indicando que esses espaços são amplamente vistos como benéficos e eficazes na promoção de um estilo de vida saudável. Uma parcela dos usuários (32,1%) considera que a academia ao ar livre contribui parcialmente para sua saúde e bem-estar, sugerindo que, embora reconheçam os benefícios, percebem algumas limitações ou áreas que poderiam ser aprimoradas. Apenas 1,6% dos usuários acreditam que a academia ao ar livre não contribui para sua saúde e bem-estar, o que demonstra uma visão negativa mínima e reforça a aceitação e o uso positivo desses espaços.

De acordo com um estudo realizado por Zamai (2019) em diversas localidades brasileiras entre 2016-2018, para o levantamento dos principais motivos, resultados e benefícios alcançados por praticantes de atividades físicas em AAL, permitiu verificar as respostas dos usuários em Campo Grande. Neste caso, as melhorias na saúde foram consideradas motivo predominante (52%), sucedidas pelo bem-estar (24%) e socialização (16%). Havia 8% deles que utilizavam os espaços por indicação médica ou lazer.

Em um estudo realizado em 2011 com 20 idosos do Centro de Convivência da Melhor Idade Vovó Ziza em Campo Grande, 70% deles relataram que os exercícios praticados na AAL têm influência direta em suas atividades de vida diária (AVD) (Martins; Ovando, 2011).

Somente 26,4% dos usuários relataram obter acompanhamento de algum profissional durante a utilização da AAL, ou seja, grande parte dos usuários (73,6%) provavelmente utiliza as academias ao ar livre de forma autônoma, sem a orientação de um profissional. Segundo Silva e Anjos (2020), ao questionar os usuários sobre as principais barreiras enfrentadas em relação ao uso das AAL, 54% responderam ser a falta de orientação, pois sem acompanhamento profissional, há um risco maior de os usuários realizarem exercícios de forma incorreta, o que pode levar a lesões.

Pode-se considerar relevante a percentagem de usuários (65,3%) depende do Sistema Único de Saúde (SUS), o que indica uma alta demanda pelos serviços públicos de saúde e a importância do SUS para a população. Uma parcela significativa dos usuários (32,1%) possui algum tipo de convênio de saúde,

sugerindo que uma parte considerável da população tem acesso a serviços de saúde suplementar, o que pode aliviar a pressão sobre o SUS.

Apenas 2,6% dos usuários pagam por serviços de saúde particulares (suplementares), o que pode indicar que a maioria da população não tem condições financeiras para arcar com os custos dos serviços privados ou prefere utilizar os serviços oferecidos pelo SUS e pelos convênios.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A popularidade e aceitação das Academias ao Ar Livre (AAL) foram identificadas pela alta porcentagem de uso frequente, indicando que esses espaços podem atender às necessidades da maioria dos participantes. No entanto, há um potencial significativo para aumentar o uso entre aqueles que utilizam a academia raramente. Programas de incentivo e campanhas de conscientização podem ser eficazes para atrair mais usuários.

O planejamento de recursos é essencial, considerando a alta frequência de uso. Garantir a manutenção adequada e a disponibilidade de equipamentos é crucial para atender a demanda dos usuários frequentes. Além disso, a diversificação de atividades e programas pode atrair tanto os usuários moderados quanto os raros, incentivando usos mais consistentes do espaço.

As autoridades responsáveis, como se pôde verificar diretamente nas áreas pesquisadas, não estão conseguindo responder pela adequada manutenção dos equipamentos para aumentar a satisfação dos usuários. Não se observou a prática, por exemplo, de inspeções mais frequentes, reparos rápidos e substituição de equipamentos desgastados. Comunicações mais dialogadas neste processo com os usuários, inclusive mediadas por tecnologias digitais, além de aumentar a confiança e satisfação, pode contribuir no cuidado e uso mais adequado dos aparelhos para os diversos fins

Implementar um sistema de *feedback* contínuo é fundamental para monitorar as demandas dos usuários e identificar rapidamente quaisquer problemas emergentes. Melhorar a qualidade da limpeza também pode aumentar a satisfação dos usuários e incentivar um uso mais frequente das academias ao ar livre.

A segurança do local é outro aspecto crucial. Melhorar a iluminação, garantir a presença de vigilância e realizar manutenções regulares e preventivas podem aumentar a sensação de segurança entre os usuários, especialmente aqueles que utilizam a academia à noite. Além disso, a promoção do uso em diferentes turnos pode ajudar a distribuir melhor a demanda e evitar superlotação em determinados

horários. Programas específicos ou eventos podem ser organizados para atrair usuários em horários menos populares, como à tarde.

Em suma, as academias ao ar livre têm um papel vital na promoção da saúde e bem-estar da comunidade. Com melhorias na manutenção, segurança e diversificação de atividades, esses espaços podem se tornar ainda mais eficazes em atender às necessidades da população e promover um estilo de vida saudável e sustentável.

As AAL possuem potencial para ser consideradas um bem comum, pois oferecem benefícios significativos tanto para a saúde individual quanto para a saúde pública. Esses espaços promovem a prática de atividades físicas de forma acessível e inclusiva. A presença de áreas destinadas ao exercício físico em ambientes públicos também fortalece o senso de comunidade e incentiva a interação social, aspectos fundamentais para o desenvolvimento sustentável das cidades.

Entretanto, sem que haja uma forma coletiva de apropriação, o acompanhamento profissional e/ou supervisão para que se evite degradação da condição física dos equipamentos e seu uso inadequado, a Academia ao Ar Livre pouco pode contribuir para inclusão, ressignificação do espaço e promoção da saúde e da convivência, entre aqueles que deles se utilizam.

Resta então, a percepção da tênue linha que propicia o entendimento de que a Academia ao Ar Livre seja um bem comum, para além de um equipamento urbano no ambiente de vizinhança e seja gerida como comuns (*commons*). A constatação dessa condição depende, não só dos serviços prestados pelo Município a um bem considerado de fundamental importância na promoção da saúde coletiva, mas sobretudo, de sua apropriação por meio de comuns, ou seja, de sistemas de governança colaborativa por parte das coletividades envolvidas.

## 7 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA MUNICIPAL DE MEIO AMBIENTE E PLANEJAMENTO URBANO (PLANURB). **Perfil socioeconômico de Campo Grande**. 29. ed. Campo Grande: PLANURB. 2023.

ANJOS, Vitor Avila Alexandre; SILVA, Junior Vagner Pereira da. The impacts of outdoor gyms on leisure physical activity in Campo Grande/MS. **Holos**, v. 6, n. 36, p. 1-14, dez. 2020.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Manual de Pesquisa das Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

ARAKAKI, Elina Hideko Hokama. **Academia da saúde como recurso comunitário para o bem-estar e inclusão na psicose: efeitos de um programa de atividade física ao ar livre**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2019.

ASIAN DEVELOPMENT BANK. **Reaching the Sustainable Development Goals through better local-level data**. Manila: ADB, 2020. *E-book*.

BAUWENS, Michel; NIAROS, Vasilis. **Changing Societies through Urban Commons Transitions**. P2P Foundation, 2017. Disponível em: <https://www.boell.de/en/2018/02/08/changing-societies-through-urban-commons-transitions>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BBC NEWS. **The rise of the adult playground**. 2012. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/magazine-17818223>. Acesso em: 14 dez. 2022.

BOLLIER, David. The Growth of the Commons Paradigm. In: OSTROM, Elinor; HESS, Charlotte. **Understanding Knowledge as a Commons: from theory to practice**. Cambridge, USA: The MIT Press, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde. **Declaração de Alma-Ata. ONU**, 1978. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 3 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 254-256, abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. Informes Técnicos Institucionais. **Revista Saúde Pública**, 36 (2), p. 254-256, 2002.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10741, de 01 de outubro de 2003**. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003: Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.. Brasília, 01 out. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 03 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Saudável: ação nacional em modos de viver saudáveis**. MS, 2005. Disponível em [http://189.28.128.100/nutricao/docs/evento/reuniao\\_nacional/2005/projeto\\_brasil\\_saudavel.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/evento/reuniao_nacional/2005/projeto_brasil_saudavel.pdf). Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pratique Saúde**. Saúde Brasil, edição 115, p. 4-5, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. 2013. Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html). Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil**, 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_efetividade\\_programas\\_atividade\\_fisica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf). Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria No 2.681**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 7 de novembro de 2013. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html). Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde: Cartilha informativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Infraestrutura dos polos**. Brasília : MS, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Manual-do-Programa-Academia-da-Sa--de---vol-II---INFRAESTRUTURA-DOS-POLOS---Vers--o-preliminar.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.707, de 23 de setembro de 2016**. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde : monitoramento do Programa Academia da Saúde: ciclo 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio à implantação e implementação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**, maio 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-sau-de-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Monitoramento do Programa Academia da Saúde – Ciclo 2019**. Brasília: Ministério da Saúde. 2022. 70 p.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-178, 2000.

CAMPO GRANDE, MS. Lei Complementar No. 341, de 4 de dezembro de 2018. **Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Ambiental de Campo Grande (PDDUA)**. Campo Grande, MS, 2019.

CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Cap. 4. p. 121-142.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; ALMEIDA, Erika Rodrigues de; LOCH, Mathias Roberto; KNUTH, Alan Goularte. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2163-2174, jun. 2022.

CASTRO, Jesaias de Souza; MEJIA, Dayana Priscila Maia. **Benefícios da cinesioterapia no tratamento complementar no idoso hipertenso**. 2013. Disponível em: [http://www.portalbiocursos.com.br/artigos/fisio\\_geronto/04.pdf](http://www.portalbiocursos.com.br/artigos/fisio_geronto/04.pdf). Acesso em: 29 nov. 2022.

CGNOTÍCIAS. Prefeitura inaugura academia ao Ar Livre no Parque Residencial Azaléia. **CGNotícias**. Campo Grande, ago. 2022. Disponível em: <https://www.campogrande.ms.gov.br/cgnoticias/noticias/prefeitura-inaugura-academia-ao-ar-livre-no-parque-residencial-azaleia/>. Acesso em: 27 dez. 2022.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016**. 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.



COHEN, Deborah A.; MARSH, Terry; WILLIAMSON, Stephanie; GOLINELLI, Daniela; MCKENZIE, Thomas L. Impact and cost-effectiveness of family Fitness Zones: a natural experiment in urban public parks. **Health & Place**, v. 18, n. 1, p. 39-45, jan. 2012.

COON, J. Thompson; BODDY, K.; STEIN, K.; WHEAR, R.; BARTON, J.; DEPLEGE, M. H. Does Participating in Physical Activity in Outdoor Natural Environments Have a Greater Effect on Physical and Mental Wellbeing than Physical Activity Indoors? A Systematic Review. **Environmental Science & Technology**, v. 45, n. 5, p. 1761-772, fev. 2011.

COSTA, Bruno Gonçalves Galdino da; FREITAS, Cíntia de la Rocha; SILVA, Kelly Samara da. Atividade física e uso de equipamentos entre usuários de duas Academias ao Ar Livre. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan. 2016.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. Propriedade, apropriação social e instituição do comum. **Tempo Social**, v. 27, n.1, São Paulo, v. 27, n. 1, jun, p. 261-273, 2015.

DEMATTEIS, Giuseppe; GOVERNA, Francesca. Território e Territorialidade no Desenvolvimento Local: a contribuição do Modelo SLOT. **Boletín de la A.G.E**, N. 39, p. 31- 58, 2005

ESTEVES, João Victor Del Conti; ANDREATO, Leonardo Vidal; PASTÓRIO, Juliana Jacques; VERSUTI, Juliana Karen Beraldi; ALMEIDA, Hemerli De Cinque; MORAES, Solange Marta Franzói de. O uso de academias da terceira idade por idosos modifica parâmetros morfofuncionais? **Acta Scientiarum**. v. 34, n. 1, p.31-38, jan.-jun., 2012.

ELIZALDE, Antonio. Desarrollo a escala humana: conceptos y experiencias. **Interações**, Campo Grande, v. 1, n. 1, p. 51-62, 2000.

FAGARD, Robert H. Physical activity, fitness and blood pressure. *In*: **Handbook of Hypertension: Epidemiology of Hypertension**. Pellenberg: Elsevier, p. 191-211, 2000.

FERREIRA, Joel Saraiva; DIETRICH, Sandra Helena Correia; PEDRO, Danielly Amado. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde em Debate**, v.39, n. 106, p. 792-801, jul-set, 2015.

FIEDLER, Mariarosa Mendes; PERES, Karen Glazer. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v.24, n.2, p.409-415, 2008.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). **Conceito ampliado de saúde pode ajudar a saber se uma população é saudável**. 04 abr. 2011. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/conceito-ampliado-de-saude-pode-ajudar-a-saber-se-uma-p-opulacao-e-saudavel>. Acesso em: 10 abr. 2022.

FUNESP (Fundação Municipal de Esportes). **Sobre a FUNESP**. 2022. Disponível em: <https://www.campogrande.ms.gov.br/funesp/sobre-a-funesp/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

FURTADO, Celso. **Cultura e Desenvolvimento em época de crise**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

GALLICCHIO, Enrique; WINCHESTER, Lucy. **Territorio local y desarrollo: experiencias en Chile y Uruguay**. Santiago: Ediciones SUR, 2003.

GOBATTO, Claudio Alexandre; MANCHADO-GOBATTO, Fúlvia de Barros. Aplicações de Modelos Experimentais Envolvendo Exercício Físico no Âmbito das Políticas Públicas: Ações Bilaterais entre Pesquisa e Prática. In: GUTIERREZ, Gustavo Luís; VILARTA, Roberto; MENDES, Roberto Teixeira. **Políticas públicas, qualidade de vida e atividade física**. Campinas: Ipes, 2011. Cap. 4. p. 35-44.

GOZZI, Susyane Dianin; BERTOLINI, Sonia Maria Marques Gomes; LUCENA, Tiago Franklin Rodrigues. Impacto das academias da terceira idade: comparação da capacidade motora e cognitiva entre praticantes e não praticantes. **ConScientiae Saúde**. v. 15, n. 1, p.15-23, 2016.

GRINOVER, Lucio. **A cidade à procura da hospitalidade**. São Paulo: Aleph, 2016.

GRZYBOWSKI, Cândido. **Os “Bens Comuns”**. Revista Educação Pública, 2012. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/12/13/os-lidquobens-comunsrdquo>. Acesso em 11 abr. 2022.

HALLAL, Pedro C.; TENÓRIO, Maria Cecília Marinho; TASSITANO, Rafael Miranda; REIS, Rodrigo Siqueira; CARVALHO, Yara Maria de; CRUZ, Danielle Keylla Alencar. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 70-78, 2010.

HARDIN, Garrett. The Tragedy of the Commons. **Science**, v. 162, p. 1243-1248, 1968.

HESS, Charlotte. **Mapping the New Commons**. University of Gloucestershire. Cheltenham, p. 75. 2008.

HESS, Charlotte.; OSTROM, Elinor. Introduction: an Overview of the Knowledge Commons. In: HESS, Charlotte; OSTROM, Elinor. **Understanding Knowledge as a Commons. From Theory to Practice**. Cambridge, EUA: The MIT Press, p. 3-26, 2007.

HILLS, Marcia. Workshop for teachers of Health Promotion. **VI Brazilian Congress on Collective Health**. Abrasco-ENSP-CPHA, Rio de Janeiro. 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 27 dez. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População: O que é. **IBGE**. Rio de Janeiro. 25 jul. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 21 dez. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e estados: Campo Grande - MS**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

IMAÑA-ENCINAS, José; SANTANA, Otacilio Antunes. **O trabalho científico na metodologia científica**. Brasília: Universidade de Brasília, 2019. 22 p.

KIM, Il-Young; PARK, Sanghee; TROMBOLD, Justin R.; COYLE, Edward F. Effects of Moderate- and Intermittent Low-Intensity Exercise on Postprandial Lipemia. **Medicine & Science In Sports & Exercise**, v. 46, n. 10, p. 1882-1890, out. 2014.

KRYDER-REID, Elizabeth. **Common: history of early American landscape design**. Disponível em: <https://heald.nga.gov/mediawiki/index.php/Common>. Acesso em: 15 abr. 2022.

LEFEBVRE, Henri. **O Direito à cidade**. 5ª ed. São Paulo: Centauro, 2008.

MACIEL, Álvaro Campos Cavalcanti; GUERRA, Ricardo Oliveira. Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. **Rev. bras. fisioterapia**. v.9, n.1, p.17-23, 2005.

MADUREIRA, Alberto Saturno; CORSEUIL, Herton Xavier; PELEGRINI, Andreia; PETROSKI, Edio Luiz. Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2139-2146, 2009.

MAIA, Marina Lisboa; FONTES, Maria Solange Gurgel de Castro; MAGAGNIN, Renata Cardoso. A Qualidade do Ambiente Físico de Academias ao Ar Livre. **Revista Portuguesa de Estudos Regionais**, v. 54, p. 81-91, 2020.

MALTA, Deborah Carvalho; CASTRO, Adriana Miranda de; CRUZ, Danielle Keylla Alencar; GOSH, Cristiane Scolari. A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 1, p. 24-27, 2008.

MALTA, Deborah Carvalho; MOURA, Erly Catarina; CASTRO, Adriana Miranda de; CRUZ, Danielle Keylla Alencar; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; MONTEIRO, Carlos Augusto. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MARQUES, Heitor Romero; CASTILHO, Maria Augusta (Orgs.). **Desenvolvimento Local no Contexto de Territorialidades**. Campo Grande: Gráfica Mundial, 2016

MARQUES, Renato Francisco Rodrigues; GUTIERREZ, Gustavo Luis; ALMEIDA, Marco Antônio Bettine de. Participação Social em Políticas Públicas de Esporte e Lazer no Brasil. In: GUTIERREZ, Gustavo Luís; VILARTA, Roberto; MENDES, Roberto Teixeira (org.). **Políticas públicas, qualidade de vida e atividade física**. Campinas: Ipes, 2011. Cap. 2. p. 19-28.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabete melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 4, p. 471-479, out. 2006.

MARTINS, Lineker dos Santos; OVANDO, Ramon Gustavo de Moraes. Benefícios do treinamento para idosos em academia ao ar livre de Campo Grande-MS. **FIEP Bulletin**, v. 81, 2011.

MATTOS, Adriel. **Moradores do Nova Campo Grande ganham academia ao ar livre e parquinho**. **Campo Grande News**. Campo Grande. 01 dez. 2021. Disponível em:

<https://www.campograndenews.com.br/cidades/capital/moradores-do-nova-campo-grande-ganham-academia-ao-ar-livre-e-parquinho>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. **Avaliação do idoso: física e funcional**. Londrina: Midiograf, 2000.

MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; BARROS NETO, Turíbio Leite. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 7, n. 1, jan.-fev., 2001.

MATTOS, Adriel. **Moradores do Nova Campo Grande ganham academia ao ar livre e parquinho**. **Campo Grande News**. Campo Grande. 01 dez. 2021. Disponível em:

<https://www.campograndenews.com.br/cidades/capital/moradores-do-nova-campo-grande-ganham-academia-ao-ar-livre-e-parquinho>. Acesso em: 19 nov. 2022.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos: primeiro manuscrito**. 1844. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1844/manuscritos>. Acesso em: 08 maio 2024.

MAX-NEEF, Manfred A. **Desenvolvimento à escala humana: concepção, aplicação e reflexões posteriores**. Blumenau: Edifurb, 2012.

MESSING, Sven; KRENNERICH, Michael; ABU-OMAR, Karim; FERSCHL, Susanne; GELIUS, Peter. Physical Activity as a Human Right? **Health And Human Rights Journal**, v. 23, n. 2, p. 201-211, dez. 2021.

MIDIAMAX. **Campo Grande ganhará mais 13 academias ao ar livre**. Campo Grande: outubro de 2014. Disponível em <https://midiamax.uol.com.br/geral/2014/campo-grande-ganhara-mais-13-academias-ao-ar-livre/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org). **Pesquisa social: teoria, método, criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MUMFORD, Lewis. **A cidade na História: suas origens, transformações e perspectivas**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

NEBEL, Mathias; GARZA-VÁZQUEZ, Oscar. Introduction. Mathias Nebel; Oscar Garza-Vázquez, Clemens Sedmak (orgs). **A Common Good Approach to Development: Collective Dynamics of Development Processes**. Cambridge, Open Book Publisher, p. 1-24, 2022.

NEBEL, Mathias. The Theoretical Framework: Common Goods and Systems of Common Goods. Mathias Nebel; Oscar Garza-Vázquez, Clemens Sedmak (orgs). **A Common Good Approach to Development: Collective Dynamics of Development Processes**. Cambridge, Open Book Publisher, p. 29-56, 2022.

NHAMO, Godwell; TOGO, Muchaiteyi; DUBE, Kaitano. Making Sustainable Development Goals Relevant for, in and with Societies. In: NHAMO, Godwell; TOGO, Muchaiteyi; DUBE, Kaitano (ed.). **Sustainable Development Goals for Society Vol. 1: selected topics of global relevance**. Cham: Springer Nature Switzerland, 2021. p. 3-15.

NÓBREGA, Antonio Claudio Lucas *et al.* Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde do Idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Rio de Janeiro. v. 5. n. 6. p.207-211, nov.-dez., 1999.

NOGUEIRA, Renato Souza; FERNANDES, Vera Lúcia da Costa. **O Espaço Saúde e Lazer: a academia ao ar livre em questão**. Universidade do Estado do Pará - UEPA, 2013.

OBSERVATÓRIO DE ARQUITETURA E URBANISMO DA UFMS (OAU). **Os vazios urbanos na cidade de Campo Grande – Projeto de extensão – Relatório Final**. Campo Grande: UFMS, 2016.

OLIVEIRA, Anamaria Siriani de. Fisioterapia aplicada aos idosos portadores de patologias traumato-ortopédicas. In: REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica: A prática da Assistência ao Idoso**. 2ª ed. Barueri: Manole, 2007. 505 p.

OLIVEIRA, Daniel Vicentini de; ARAÚJO, Ana Paula Serra; BERTOLINI, Sônia Maria Marques Gomes. Capacidade funcional e cognitiva de idosas praticantes de diferentes modalidades de exercícios físicos. **Revista Rene**. v. 16, n. 6, p.872-880, nov.-dez., 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 13 out. 2015, p. 1-49. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2022.

ORIQUI, V. **Prefeitura implementa programa de atividades físicas**. Capital News/ A Crítica, janeiro de 2011. Disponível em <https://www.acritica.net/editorias/geral/prefeitura-implementa-programa-de-atividades-fisicas/31562/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

OSTROM, Elinor. **Governing the Commons: the evolution of institutions for collective action**. Indiana University, University Press, Cambridge, 1990.

ORUÊ, Fábio. Casa de idosos recebe academia ao ar livre em Campo Grande. **Correio do Estado**. Campo Grande. 5 jun. 2019. Disponível em: <https://www.correiodoestado.com.br/cidades/casa-de-idosos-recebe-academia-ao-ar-livre-em-campo-grande/354218/>. Acesso em: 27 dez. 2022.

PALÁCIOS, Ana Rosa Oliveira Poletto; NARDI, Antonio Carlos Figueiredo. Academia da Terceira Idade: promoção da saúde e atividade física em Maringá. **Divulgação em saúde para debate**. v. 40, p.71-76, jun. 2007.

PALÁCIOS, Ana Rosa Oliveira Polettos; SALINEIRO, Ana Paula dos Santos Bocardi; NARDI, Antonio Carlos Figueiredo; ROSANELI, Caroline Filla. A concepção do Programa Maringá Saudável: suas ações e resultados. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 44, p. 34-40, maio 2009.

PALÁCIOS, Ana Rosa Oliveira Poletto; NARDI, Antonio Carlos Figueiredo. Academia da Terceira Idade: promoção da saúde e atividade física em Maringá, Paraná, Brazil. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Londrina, v. 1, n. 40, p. 71-76, jun. 2017.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; ETCHEPARE, Luciane Sanhotene. O envelhecimento e o sistema músculo esquelético. **Lecturas: Educación Física y Deportes**. n. 101, out. 2006.

PEREIRA, Adriana Soares; SHITSUKA, Dorlivete Moreira; PARREIRA, Fabio José; SHITSUKA, Ricardo. **Metodologia da pesquisa científica**. Santa Maria: UFSM, 2018. 119 p.

PLANURB. Instituto Municipal de Planejamento Urbano. **Índice de Qualidade De Vida Urbana: Bairros de Campo Grande – 2010**. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Campo Grande, ago. 2013.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Guia de Territorialização e Integração dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Coletânea Territorialização dos ODS. Brasília: Pnud, 2021.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993

SANTOS, Cintia da Penha; PORTO, Flávia. O surgimento das academias da terceira idade no Brasil. In: VIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 2021. **VIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. Campina Grande: Editora Realize, 2021. p. 1-12. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/77465>. Acesso em: 25 abr. 2022.

SICOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface-Comunicação Saúde e Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVEIRA, Caio. Desenvolvimento local e novos arranjos socioinstitucionais: algumas referências para a questão da governança. In: DOWBOR, Ladislau; POCHMANN, Marcio (Org.). **Políticas para o desenvolvimento local**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 41-66, 2010.

SISGRAN. **Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande**, 2023. Disponível em: <https://sisgran.campogrande.ms.gov.br/mapas/>. Acesso em: 02 jan. 2023.

TAYLOR, Rod S.; BROWN, Allan; EBRAHIM, Shah; JOLLIFFE, Judith; NOORANI, Hussein; REES, Karen; SKIDMORE, Becky; STONE, James A.; THOMPSON, David R.; OLDRIDGE, Neil. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **The American Journal of Medicine**, v. 116, n. 10, p. 682-692, maio 2004.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da Saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, v. VII, Brasília: CENEPI/MS, 1998.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. As dimensões da produção do comum e a saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 27-43, 2015.

TERRA, Rodrigo Barbosa; CRUZ, Rafael Presotto Vicente. A Política de Esporte e Lazer no Município de Campo Grande/MS. **Licere**, v. 22, n. 2, p. 570-613, jun. 2019.

TESH, Sylvia Noble. **Hidden arguments: political ideology and disease prevention policy**. New Brunswick: Rutgers University Press. 1988.

THOMAS, Jerry R. *et al.* **Métodos de pesquisa em educação física**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **International Charter of Physical Education, Physical Activity and Sport**. 2015. 9 p. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235409>. Acesso em: 3 fev. 2024.

VACCARI, Glaucea. **Campo Grande terá 74 academias ao ar livre até o fim deste ano**. Correio do Estado. Campo Grande. 07 ago. 2021. Disponível em: <https://correiodoestado.com.br/esportes/academias-ao-ar-livre-em-campo-grande/389353>. Acesso em: 19 nov. 2022.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**. Brasília: Editora UNB, 2000. 456 p.

WESTPHAL, Márcia Faria. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 39-52, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra, 2010. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf). Acesso em: 10 abr. 2021.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZAMAI, Carlos Aparecido; MORAES, Marco Antonio Alves de; BANKOFF, Antonia dalla Pria; MENDES, Roberto Teixeira. Atividade Física na Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. In: GUTIERREZ, Gustavo Luís; VILARTA, Roberto; MENDES, Roberto Teixeira (org.). **Políticas públicas, qualidade de vida e atividade física**. Campinas: Ipes, 2011. Cap. 19. p. 179-193.

ZAMAI, Carlos Aparecido. Resultados alcançados através da prática de exercícios físicos em academia ao ar livre em diversas localidades. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v. 9, n. 3, p. 41-49, 2019.



## **APÊNDICE: Pesquisa de opinião sobre as Academias ao Ar Livre de Campo Grande**

### **Sexo**

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não responder

### **Região urbana em que reside?**

- Anhanduizinho
- Bandeira
- Centro
- Imbirussu
- Lagoa
- Prosa
- Segredo

### **Raça/Cor da pele**

- Amarela
- Branca
- Indígena
- Parda
- Preta

### **Qual o seu nível de formação/escolaridade?**

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo

### **Qual a sua idade/faixa etária?**

- Entre 18 e 20 anos
- Entre 20 e 35 anos
- Entre 35 e 50 anos
- Entre 50 e 60 anos

- Mais de 60 anos

**Como você descreveria sua experiência geral ao usar a academia ao ar livre?**

- Muito boa  
 Boa  
 Regular  
 Ruim  
 Muito ruim

**Com que frequência você utiliza a academia ao ar livre?**

- Raramente  
 Pelo menos 1 vez por semana  
 Pelo menos 3 vezes por semana  
 Mais de 3 vezes por semana

**Como você avalia a manutenção dos equipamentos?**

- Muito boa  
 Boa  
 Regular  
 Ruim  
 Muito ruim

**Como você avalia a limpeza dos equipamentos?**

- Muito boa  
 Boa  
 Regular  
 Ruim  
 Muito ruim

**A localização dessa academia ao ar livre favorece a sua participação (próximo de casa/fácil acesso)?**

- Sim  
 Não  
 Não sei

**Você sente que as academias ao ar livre contribuem para sua saúde e bem-estar?**

- Sim  
 Não

- Em parte
- Não sei

**Você costuma encontrar outras pessoas nesta academia ao ar livre?**

- Sim
- Não
- Não sei/Não quero responder

**Motivo da participação na academia ao ar livre?**

- Recomendação médica
- Emagrecimento
- Prevenção de doenças/manter saúde
- Fazer amigos/socializar
- Praticar mais atividades físicas
- Outro motivo

**Algun profissional da Unidade Básica de Saúde indicou essa academia ao ar livre?**

- Sim
- Não
- Não utilizo o SUS/UBS/USF

**Você recebe algum tipo de acompanhamento ou orientação realizada por algum profissional da saúde ou profissional de educação física enquanto realiza exercícios na academia ao ar livre?**

- Sim
- Não

**Você praticava algum tipo de atividade física antes da implementação dessa academia ao ar livre?**

- Sim
- Não

**A quanto tempo frequenta a academia ao ar livre?**

- Menos de um ano
- De 1 a 2 anos
- De 2 a 3 anos
- 3 anos ou mais

Não sei

**Tempo diário de permanência na academia ao ar livre (em média)?**

- Menos de 60 minutos (1 hora)
- 60 minutos (1 hora)
- Mais de 60 minutos (1 hora)

**Turno que frequenta**

- Manhã
- Tarde
- Noite

**Você considera esse local seguro?**

- Sim
- Não
- Não sei/Prefiro não responder

**Você pratica atividade física em outro local?**

- Sim
- Não

**Quanto ao acesso aos serviços de saúde:**

- Unidade Básica de Saúde (SUS)
- Convênio/Plano de Saúde
- Particular (Saúde suplementar)

**Você considera que a academia da saúde:**

- É bem utilizada
- Subutilizada
- Não sei/Prefiro não responder

**ANEXO: Localização das Academias ao Ar Livre do Município<sup>1</sup>**

Bairro	Endereço	Informações adicionais
<b>Região Urbana: Anhanduizinho</b>		
Aero Rancho	Av. Engenheiro Luthero Lopes	
Aero Rancho	R. Cleuza Helena Yrigarai	Praça Profa. Darci José Pereira
Aero Rancho	R. Do Príncipe	USF Dra. Regia Jussara Fagundes de Barros
Aero Rancho	R. Gérbera	Área de Recreação e Lazer Dudu - Luiz Eduardo Martins Gonçalves
Aero Rancho	R. Jornalista Valdir Lago	Parque Ayrton Senna
Aero Rancho	R. Leonor Garcia Rosa Pires	USF Dr. Nelson Tokuei Simabukuro
Alves Pereira	Av. Souza Lima	Praça Wellington Camargo Seza - Tutu
Alves Pereira	R. Conde do Pinhal	Praça Jonas da Silva Leite
Centenário	R. Albino	Praça Esportiva dos Veteranos
Centenário	R. José Paulino	
Centenário	R. Santa Quitéria	USF Dr. Mauro Rogério de Barros Vanderley
Centro Oeste	R. Campina Nova	
Centro Oeste	R. Catiguá	
Centro Oeste	R. Leandro da Silva Salina	USF Dr. Wagner Jorge Bortotto Garcia
Centro Oeste	R. Pedro Rodrigues da Fonseca	
Guanandi	R. General Gentil Marcondes	
Jacy	Av. Laudelino Barcelos	
Jacy	R. Brigadeiro Tobias	Praça Benedito Dias
Jockey Club	R. Bom Sucesso	Praça Mário José Mendonça

<sup>1</sup> Fonte: PLANURB. Agência Municipal de Meio Ambiente e Planejamento Urbano. **Perfil socioeconômico de Campo Grande**. 30ª ed. rev. Campo Grande: PLANURB. p. 518-520, 2023.

Lageado	R. Evelina Figueiredo Selingardi	USF Dr. Benjamim Asato
Los Angeles	R. José Francelino Teixeira Gomes	Praça Projeto Coruja
Pioneiros	R. Barão de Campinas	
Pioneiros	R. Cascais	USF Dra. Jeanne Elizabeth Wanderley Tobaru
Pioneiros	R. Dona Deolinda Pereira de Souza	Praça Reis Perez Nunes
Piratininga	Av. Manoel da Costa Lima	Praça Fernão Dias Magalhães
Piratininga	Av. Manoel da Costa Lima	Centro de Convivência do Idoso Edmundo Sheuneman
Piratininga	R. do Hipódromo	
Piratininga	R. do Touro	Ginásio Poliesportivo Avelino dos Reis
Taquarussu	R. Brigadeiro Tobias	Praça Angel Antônio Cáceres
Taquarussu	R. Canoas do Sul	
<b>Região Urbana: Bandeira</b>		
Maria Aparecida Pedrossian	Av. Orlando Daros	
Moreninha	Av. Araticum	Praça Disvaldo de Souza Bezerra
Moreninha	Av. Baobá	Praça Dirceu de Souza Gameiro Júnior
Moreninha	R. Barreiras	Praça Pastor Manoel Ventura Sales
Moreninha	R. Copaíba	Parque Jacques Da Luz
Rita Vieira	R. Ana Basília	Praça Jovelina Ferreira Gonçalves
Rita Vieira	R. Assunção	Praça João Wenceslau Leite de Barros
São Lourenço	R. Professor Xandinho	Praça Jorge Razuk
Tiradentes	R. Da Planície	
Tiradentes	R. Heitor Laburu	Parque Dr. Anísio de Barros
Tiradentes	R. Silvio Romeiro	Praça Teófilo José Rodrigues

Tiradentes	Tv. dos Ferreiros	
Universitário	R. Dolores Duran	Praça Lázaro Ivanildo Grisoste Barbosa
Universitário	R. Maria Virgínia Pimentel	
Vilasboas	R. Giocondo Orsi	Praça Demósthenees Martins
<b>Região Urbana do Centro</b>		
Amambaí	R. Joel Dibo	Parque Florestal Antônio de Albuquerque
Centro	R. 15 de Novembro	Praça Ary Coelho
Centro	R. Dom Aquino	Praça Belmar Fidalgo
Itanhangá	R. Chaadi Scaff	Praça Lúdio Martins Coelho - Ludinho
Planalto	Av. Noroeste	Orla Morena
Vila Carvalho	R. Bernardo Franco Baís	Praça 1º de Maio
Vila Carvalho	Tv. Lima	Praça Martinica
<b>Região Urbana do Imbirussu</b>		
Nova Campo Grande	R. 60	
Nova Campo Grande	R. Delmiro Gouveia	USF Dra. Sumie Ikeda Rodrigues
Panamá	R. Itaporanga	Praça Ramão de Souza Gomes
Panamá	R. Jerusalém	
Panamá	R. Mitsuo Daima	USF Ana Maria do Couto
Panamá	R. Pinto D'água	
Popular	Av. Doutor João Júlio Dittmar	
Popular	Av. José Barbosa Rodrigues	Centro de Educação Ambiental Odilza Fernandes Bittar
Popular	Av. José Barbosa Rodrigues	Praça da Figueira
Santo Amaro	Av. Florestal	Praça Camilo Boni
Santo Amaro	Av. Tamer Gelelaite	USF Sírio Libanês
Santo Amaro	R. Beirute	Praça da República do Paraguai

Santo Amaro	R. Terlita Garcia	UBS Albino Coimbra Filho
Santo Antônio	Av. Murilo Rolim Júnior	
Santo Antônio	R. Taquari	
Sobrinho	R. Jorge Nahas	Praça das Magnólias
<b>Região Urbana da Lagoa</b>		
Batistão	Tv. Adelaide	
Caiçara	R. Vilalobos	Praça Brasilina de Aguiar
Caiobá	R. Francisco Antônio de Souza	
Caiobá	R. Ilha de Marajó	USF Maria de Lourdes dos Santos
Coophavila II	Av. Marinha	
Leblon	R. da Penha	
Leblon	R. Jardim Silveira	
São Conrado	R. Antônio Inácio de Souza	
São Conrado	R. Pampulha	Praça Claudionor Falcão
São Conrado	R. Praia Grande	Parque Linear do Lagoa
Tarumã	R. Acaiá	
Tarumã	R. Fanorte	USF Dr. Emilio Garbeloti Neto
Taveirópolis	R. Albert Sabin	Praça Elias Gadia
Taveirópolis	R. Kilo	
União	R. Antônio João Escobar	USF Benedito Martin Gonçalves
União	R. Lago Igapó	
União	R. Paulo Hideo Katayama	Praça Generoso da Costa Benevides
<b>Região Urbana do Prosa</b>		
Autonomista	R. Genebra	Praça da República da Armênia
Carandá	R. Vitória Zeolla	Praça Augusto Campos Braga
Chácara Cachoeira	Av. Centaurea	Praça Elói de Lima
Chácara Cachoeira	R. Joaquim Murtinho	Centro de Convivência do Idoso Adalgisa de Paula Ferreira - Vovó Ziza



Mata Do Jacinto	R. Antônio Rahe	Parque Ecológico Francisco Anselmo Gomes de Barros
Mata Do Jacinto	Tv. Guilherme R. de Menezes	
Novos Estados	R. Argola	
Novos Estados	R. Guarapuá	
Novos Estados	R. Marquês de Leão	Praça Severiano Gonçalves
Santa Fé	R. Tolueno	Praça Heitor Medeiros
Veraneio	Av. Des. José Nunes da Cunha	Parque dos Poderes
Veraneio	Av. Poeta Manoel de Barros	Parque dos Poderes

### Região Urbana do Segredo

Coronel Antonino	Av. Pref. Heráclito José Diniz de Figueiredo	
Coronel Antonino	R. Doutor Jivago	Praça Prof. José Barbosa Rodrigues
Coronel Antonino	R. Serra das Divisões	
Mata Do Segredo	R. Luvirno Bicudo	
Monte Castelo	Av. Monte Castelo	Centro de Convivência do Idoso Elias Lahdo
Nasser	R. Armando Holanda	Praça Manoel da Cruz
Nasser	R. Atílio Banduci	Praça José Carlos da Silva - O Índio
Nasser	R. Doutor Miguel Vieira Ferreira	
Nasser	R. Dulcimar Martins Galvão	
Nasser	R. Itamaracá	
Nasser	R. Riverside	USF Dra. Alda Garcia de Oliveira
Nasser	R. Santa Gertrudes	USF Vila Cox
Nasser	R. Santo Afonso	Praça Vitorino Nunes de Oliveira
Nasser	R. Santo Anastácio	Praça Waldir Nunes da Silva
Nasser	R. São Manoel	Complexo Poliesportivo Prof. Rui Jorge da Cunha

Nasser	R. Theobaldo Kafer	
Nasser	R. Waldemiro de Oliveira Lima	
Nova Lima	Av. Abrão Anache	
Nova Lima	R. Firmo Cristaldo	
Nova Lima	R. Marquês de Herval	
Nova Lima	R. Santo Augusto	
Seminário	R. Alfredo Nobel	
Seminário	R. Sacramento	Praça José Roberto de Oliveira - Zé Roberto