

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
GUILHERME MONTE BARARDI

**BARREIRAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES NOS POLOS DO
PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE EM SANTA CATARINA**

Florianópolis

2017.

GUILHERME MONTE BARARDI

**BARREIRAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES NOS POLOS DO
PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE EM SANTA CATARINA**

Monografia submetida ao Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Graduado em Educação Física - Bacharelado.

Orientador: Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech.
Coorientadora: Prof^a. M^a. Paula Fabrício Sandreschi

Florianópolis

2017.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Monte Barardi, Guilherme

Barreiras para implementação de ações nos polos do
Programa Academia da Saúde em Santa Catarina / Guilherme
Monte Barardi ; orientador, Cassiano Ricardo Rech,
coorientadora, Paula Fabricio Sandreschi, 2017.

54 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Desportos, Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Programa Academia da Saúde. 3.
Gestor de Saúde. 4. Saúde Pública. 5. Barreiras. I.
Ricardo Rech, Cassiano. II. Fabricio Sandreschi, Paula.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Educação Física. IV. Título.

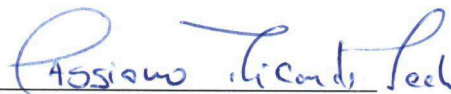
Guilherme Monte Barardi

**BARREIRAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES NOS POLOS DO
PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE EM SANTA CATARINA**

Esta Monografia foi avaliada e aprovada
para obtenção do título de Graduado em
Educação Física – Bacharelado, com
nota 10,0.

Florianópolis, 26 de Junho de 2017

Banca Examinadora



Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech

Orientador

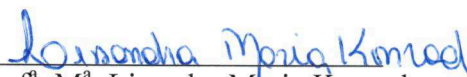
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof^a. M^a. Paula Fabricio Sandreschi

Coorientadora

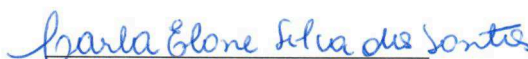
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof^a. M^a. Lisandra Maria Konrad

Membro examinador

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof^a. M^a. Carla Elane Silva dos Santos

Membro examinador

Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina onde obtive o mérito em fazer parte desta história e poder estar concluindo com este trabalho.

Gostaria de agradecer em especial o Professor Cassiano Rech que aceitou me orientar há um ano e, sem ele nada deste trabalho teria acontecido. Muito obrigado pela dedicação e por compartilhar a sua experiência e aprendizado com os que lhe cercam.

Muito obrigado pela paciência, compreensão e dedicação praticamente exclusiva da queridíssima coorientadora Paula Sandreschi. Esteve sempre presente na elaboração e conclusão deste trabalho. Opinou e ajudou na construção não só de um trabalho escrito como por parte em minha formação final e acadêmica.

Este trabalho também se deve a todos gestores que responderam o questionário e participaram da pesquisa. Ao grande trabalho da Prof. Dr^a Giovana Zarpellon Mazo, que orientou na execução do trabalho de doutorado do Prof. e hoje Dr. Daniel Petreça, sem ele e seus colaboradores do Laboratório de Gerontologia do CEFID/UDESC este trabalho não seria possível de executar. No qual foi possível aprofundar a sua pesquisa e apresentar resultados mais específicos.

Agradecer a todos professores e colegas do meu período de graduação, que de alguma forma me motivaram, auxiliaram a finalizar a graduação e este trabalho.

A minha namorada que esteve muito presente nesta etapa da minha vida e foi sempre uma parceira para tudo.

Por último, mas não menos importante os meus amigos de infância que sempre e para sempre estarão presentes em minha vida, assim como os meus pais e minha família pelo apoio e carinho, suporte e apoio de todos.

MUITO OBRIGADO!

"Às vezes os homens deixam de vencer na vida, porque deixam de acreditar em seu sonho de construir ideias".

Henry Ford

RESUMO

O Programa Academia da Saúde tem como objetivo promover a prática de atividade física, a alimentação saudável e outros modos de vida em geral sendo que esses objetivos são implantados conforme a cultura do local de implementação do projeto. São oferecidas além de atividades de prática corporal, educação em saúde, práticas integrativas, culturais e artísticas. Este estudo teve como objetivo analisar as principais barreiras para implementação de ações nos polos do Programa Academia da Saúde do estado em Santa Catarina, quanto aos processos de planejamento, operação e avaliação. Essa pesquisa é caracterizada como quantitativa, descritiva e de corte transversal. A amostra foi composta por 26 gestores, representando 59% dos polos em funcionamento no estado de Santa Catarina, que responderam um questionário desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde de Pernambuco (GPES) com questões sobre dados sociodemográficos, de formação profissional e as barreiras para desenvolvimento do Programa Academia da Saúde. Desta forma, as principais barreiras apontadas pelos gestores durante os três processos de implementação foram: falta de recursos humanos, falta de incentivo da chefia e colegas de trabalho, metodologias padronizadas e inadequação dos materiais e instalações físicas. A fim de aumentar o número de participantes e melhorar a qualidade das intervenções, os resultados obtidos podem auxiliar na criação de estratégias de gestão, onde bem empregadas, podem estar minimizando as dificuldades acima relatadas, a fim de aumentar a prevalência de indivíduos ativos fisicamente e fortalecer os programas de promoção de saúde no Brasil.

Palavras-chave: Programa Academia da Saúde. Implementação. Barreiras. Gestor de Saúde. Saúde Pública. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The Gym Health Program aims to promote the practice of physical activity, healthy eating and other ways of life in general and that these goals are implemented according to the culture of the place where the project are implementation. They are offered in addition to activities of corporal practice, health education, integrative, cultural and artistic practices. The objective of this study was to analyze the main barriers to implementation actions at the poles of the Gym Health Program in Santa Catarina, regarding planning, operation and evaluation processes. This research is characterized as quantitative, descriptive and cross-sectional. The sample consisted of 26 managers, representing 59% of the poles in operation in the state of Santa Catarina, who answered a questionnaire developed by the Research Group on Lifestyle and Health of Pernambuco (GPES) with questions about socio-demographic data, vocational training and the barriers to development of the Gym Health Program. Thus, the main barriers pointed out by managers during the three implementation processes were: lack of human resources, lack of leadership and co-workers encouragement, standardized methodologies and inadequacy of subjects and physical installations. In order to increase the number of participants and improve the quality of the interventions, the results obtained can help in the creation of well-used management strategies, which may be minimizing the above difficulties in order to increase the prevalence of physically active individuals and Strengthen health promotion programs in Brazil.

Key words: Gym Health Program. Implementation. Barriers. Health Manager. Public Health. Health promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	8
1.2 JUSTIFICATIVA	9
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 Objetivo Geral.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos	11
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
2.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE	12
2.2 PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA	13
2.3 PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE	17
2.4 BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES	19
3 MÉTODOS	21
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	21
3.2 LOCAL	21
3.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	21
3.4 ANÁLISE DE DADOS	24
4 RESULTADOS	25
5 DISCUSSÃO.....	31
6 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXOS.....	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) foi constituído com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e aborda cinco princípios básicos que norteiam seu sistema jurídico; são eles: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Todos os serviços oferecidos são gratuitos e é um dos maiores sistemas de saúde do mundo (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi aprovada no Plano Nacional de Saúde em 2006, no qual as práticas saudáveis e sanitárias foram aprimoradas; sendo um marco de grande importância na consolidação do SUS. A sua política foi se moldando de forma democrática e participativa, buscando atualizações para uma consolidação nas secretarias do Ministério da Saúde. A participação de outras políticas públicas mostrou-se imprescindível assim como a participação social e de movimentos populares (BRASIL, 2006). Práticas de promoção da saúde por ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool estavam entre as prioridades da PNPS. Essas práticas são voltadas para indivíduos, mas também, preferencialmente para grupos, com um trabalho articulado multiprofissionalmente, em cooperação intra e intersetorial, abrangendo as necessidades de cada local (BRASIL, 2006).

Um dos eixos preconizados pela PNPS é do Pacto em Defesa da Vida, esta tem a prática de atividade física como uma de suas prioridades, haja vista os malefícios trazidos pela inatividade física, que representa hoje um dos principais fatores de risco para a morbimortalidade (DUTRA et al., 2016). Assim, com a PNPS sugere a implementação de ações intersetoriais e de mobilização de parceiros na rede de atenção básica à saúde, facilitando a prática de atividade física para a população (MALTA et al., 2016).

As ações de promoção à saúde ganharam impulso em 2005 e logo foram se tornando prioridade para o Ministério da Saúde, então a PNPS foi incluída na agenda interfederativa por meio do “Pacto Pela Vida”, sendo monitorada nas reuniões do Comitê Gestor. Nos anos seguintes, a partir de 2011, o Contrato Organizativo de Ação Pública também inseriu indicadores de promoção à saúde. Com isso, estruturou-se o Plano Nacional de Saúde 2012-2015 e o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015, que implantou o Programa Academia da Saúde (PAS) (MALTA et al., 2016).

O PAS tem como objetivo promover a prática de atividade física, a alimentação saudável, e outros modos de vida em geral sendo que esses objetivos são implantados conforme a cultura do local de implementação do projeto (BRASIL, 2016). São oferecidas além de atividades de prática corporal, educação em saúde, práticas integrativas, culturais e artísticas (BRASIL, 2016). As Academias da Saúde são divididas em três tipos no que se refere à estrutura física: o modelo básico, o intermediário e o ampliado. A diferença entre eles é o tamanho da estrutura, que pode vir a oferecer mais ou menos atividades (GEROLLA, 2011). Além destes três modelos, pode ser aprovado como miliar, ou seja, o município já apresenta uma instalação física que seja apropriada para as atividades.

O PAS é potencializado pela articulação intersetorial, que busca a integralidade dos usuários do SUS, e ainda completa e fortalece as ações de promoção da saúde, articulando-se com as Estratégias da Saúde da Família, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e com a vigilância em saúde (BRASIL, 2013). No Brasil há 2849 PAS habilitados e destes, 856 estão em funcionamento. Já em Santa Catarina, 124 municípios constam com um polo construído ou similar, porém apenas 45 estão em funcionamento. (SÁ et al., 2016).

Tendo em vista que a gestão nos polos é um ponto crucial para que o programa cumpra seu objetivo, Silva et al. (2017) apontam que as diretrizes do PAS são pouco esclarecedoras com relação ao planejamento, operacionalização e avaliação das ações. Tal fato pode refletir em dificuldades para execução das atividades propostas. A avaliação destas implementações permite que os gestores destes programas conheçam as intervenções e expliquem as possíveis defasagens perante a execução, bem como analisem os resultados obtidos (HARTZ et al., 2006). Segundo Natal et al., (2010) o PAS pode ser considerado recente e programas em fase de aprimoramento tendem a apresentar poucos artigos referentes ao seu funcionamento.

1.2 JUSTIFICATIVA

Níveis elevados da inatividade física tem grande influência aos fatores de risco para morbimortalidade cardiovascular (DUTRA et al., 2016), assim, é de suma importância a prática de atividade física regular. Com a prática regular de exercícios, o indivíduo pode ter benefícios à sua saúde física, psicológica e também nos aspectos de interação social (ARAÚJO et al., 2005).

O oferecimento de práticas de atividade física por meio de programas governamentais é de grande importância para a população que utiliza o SUS. Segundo Putzel (2011) a prática de

atividade física traz estabilidade da pressão arterial, mudanças no estilo de vida, na autoestima e melhoria no condicionamento físico dos usuários do sistema público de saúde. Por conta disso, há uma diminuição dos custos para o governo, pois com a prática de atividade física regular feita pela população, existe um menor número de internações realizadas e remédios distribuídos (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010).

Assim, a implementação de programas de promoção da saúde traz benefícios não só à população, mas também para o governo, que deve disponibilizar ferramentas capazes de abranger as diferenças culturais, sociais e políticas do Brasil. No estado de Santa Catarina há um grande número de PAS habilitadas, porém que não foram construídas. Como exemplo disso, o município de Florianópolis obteve a habilitação para a construção de PAS em 2011 (BRASIL, 2015) e até o momento essa ação não foi concretizada.

Em vista da existência de complicadores para a construção de polos do PAS, indaga-se sobre a existência de dificuldades também após a implantação dos mesmos e dos fatores preponderantes para sua gestão.

Ações governamentais relacionadas a promoção de atividade física são recentes no Brasil. Tendo em vista isto, estudos que buscam compreender o funcionamento destes programas, apresentando diagnósticos do andamento e desenvolvimento de suas ações, podem tornar mais efetivos e eficazes (AMORIM et al., 2013). Dessa forma, este estudo será focado em analisar quais as principais barreiras encontradas em relação à implementação de ações de planejamento, operação e avaliação do PAS no estado de Santa Catarina. São investigações que podem contribuir no processo de planejamento dos gestores do PAS assim como de outros gestores de programas similares governamentais; aprimorando o desenvolvimento do programa e assim, oportunizando o acesso à população em geral contribuindo para os potenciais benefícios à saúde na ordem coletiva, individual e social (MAGLUTA, 2013).

1.3 OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo estão divididos em um objetivo geral e três objetivos específicos expostos a seguir.

1.3.1 Objetivo Geral

Identificar as principais barreiras para a implementação das ações nos polos do Programa Academia da Saúde em Santa Catarina.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar as principais barreiras para implementação do planejamento das ações do Programa Academia da Saúde.
- b) Verificar as principais barreiras para operações no Programa Academia da Saúde.
- c) Verificar as principais barreiras para a implementação de ações de avaliação do Programa Academia da Saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura é de extrema importância para que os delineamentos, problema, justificativa e métodos sejam melhor compreendidos. Esta revisão abordará tópicos de: Promoção de Saúde; Promoção da Atividade Física; O Programa Academia da Saúde; Barreiras em programas governamentais para implementação de ações.

2.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE

O conceito de promoção de saúde evoluiu conforme o tempo. Na década de 40 o conceito foi definido a partir do modelo de Leavell e Clark (1978) como um elemento de nível primário de atenção em medicina preventiva para a melhoria da saúde (HEIDMANN et al., 2006). O conceito está associado a um conjunto de valores, gerando assim uma combinação de estratégias envolvendo políticas públicas e a comunidade (BUSS, 2003).

Em 1986, com a apresentação da Carta de Ottawa na primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, o conceito passa a abordar questões de políticas públicas, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde, isto para uma melhor promoção da mesma. Desde então a Carta de Ottawa tem influenciando as ações de promoção de saúde (HEIDMANN et al., 2006).

De acordo com Oliveira (2005) a promoção da saúde deveria combinar melhorias ambientais, abordando a questão estruturalista, com mudanças de comportamento e estilo de vida pessoal, o que pode reduzir a morbidade e as mortes prematuras. No processo evolutivo da atenção à saúde no Brasil, há investimento na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006). Enfatiza-se a construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria na qualidade de vida da população.

Em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que aborda três vertentes: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto em Gestão. Relacionado à promoção de saúde, pode-se destacar o Pacto em Defesa da Vida que pontua um conjunto de compromissos sanitários que devem evidentemente tornar-se primordiais para os três entes federativos, com responsabilidades definidas para cada um. Entre as maiores prioridades deste Pacto, tem-se o aprimoramento do acesso à qualidade dos serviços prestados pelo SUS, com ênfase na melhoria estratégica da Saúde da Família (BRASIL, 2006).

No Brasil, existem diversas estratégias que visam a implementação da PNPS. Dentre elas destacam-se: privilegiar práticas de saúde que sejam coerentes com a realidade brasileira, incentivar a implementação de ações de promoção de saúde nos diferentes níveis de atenção, enfatizando a atenção básica nos cuidados com o corpo e a saúde, alimentação saudável, prevenção e controle ao tabagismo. Outras ações igualmente importantes estão voltadas à melhoria na qualificação dos profissionais, criação e divulgação da Rede de Cooperação Técnica para Promoção da Saúde, estímulo à interação entre município, estado e Governo Federal, fortalecendo as práticas existentes na promoção da saúde. Ressalta-se também o apoio ao desenvolvimento de estudos que visem o impacto na situação da saúde estabelecendo relações internacionais visando à troca de informações e conhecimento técnico-científico com países que tenham a promoção de saúde integrada ao sistema público de saúde. Isso faz com que o sistema tenha uma melhor produtividade no que se relaciona a promoção de saúde (BRASIL, 2006).

2.2 PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

A inatividade física é considerada um dos principais fatores de risco primários para mortalidade e morbidade. No Brasil, em 2003 as doenças cardiovasculares correspondiam a 31% do total de óbitos registrados (HALLAL et al., 2010). Este cenário de elevada prevalência de inatividade física motivou organizações internacionais e nacionais a incluir atividade física na agenda mundial de saúde pública. Para que esses riscos sejam reduzidos recomenda-se que adultos realizem pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa por semana (Organização Mundial da Saúde – OMS, 2010).

Baseado na proposta das cidades saudáveis, surgida no Canadá no ano de 1978, como estratégia de promoção à saúde, algumas cidades brasileiras desenvolveram programas de promoção de atividade física, com intuito de promover a mesma e informar sobre seus benefícios. Desde então, foi verificado um aumento na implementação de programas referentes à atividade física no Brasil (HALLAL et al., 2010).

Sabe-se que para uma prática adequada de atividade física é necessária uma boa orientação, sendo o Profissional de Educação Física responsável por isso (ANDRADE, 2011). Somente a partir da década de 90, toma conta do cenário a relação entre atividade física e a saúde, até então só presente no mundo acadêmico, bem como a prática de prescrição de

exercícios como medidas médicas de promoção da saúde. Com isso, o Ministério da Saúde em 1997 reconheceu o Profissional de Educação Física como profissional da área da saúde (ANDRADE, 2011).

No Brasil, no ano de 1996, atendendo à solicitação da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, o Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul lançou o Programa Agita São Paulo, como o intuito de promover a saúde através da atividade física para a população em geral, desde jovens até idosos, sendo este apoiado pelo poder público, por instituições, universidades e um grande aporte científico (FERREIRA; NAJAR, 2005). A sua estrutura organizacional é constituída por várias instituições, que se reúnem periodicamente para definir as ações e estratégias para serem definidas durante o ano. Com a implementação desse programa, foram realizados estudos que observaram a diminuição do percentual de inatividade física em São Paulo (MATSUDO et al., 2010). Os dados mostraram que, em 2002, os números de inatividade física encontravam-se em 9,6% e em 2008 reduziram para 2,7%, com isso identificou-se a colaboração do Agita São Paulo na promoção de atividade física neste estado brasileiro.

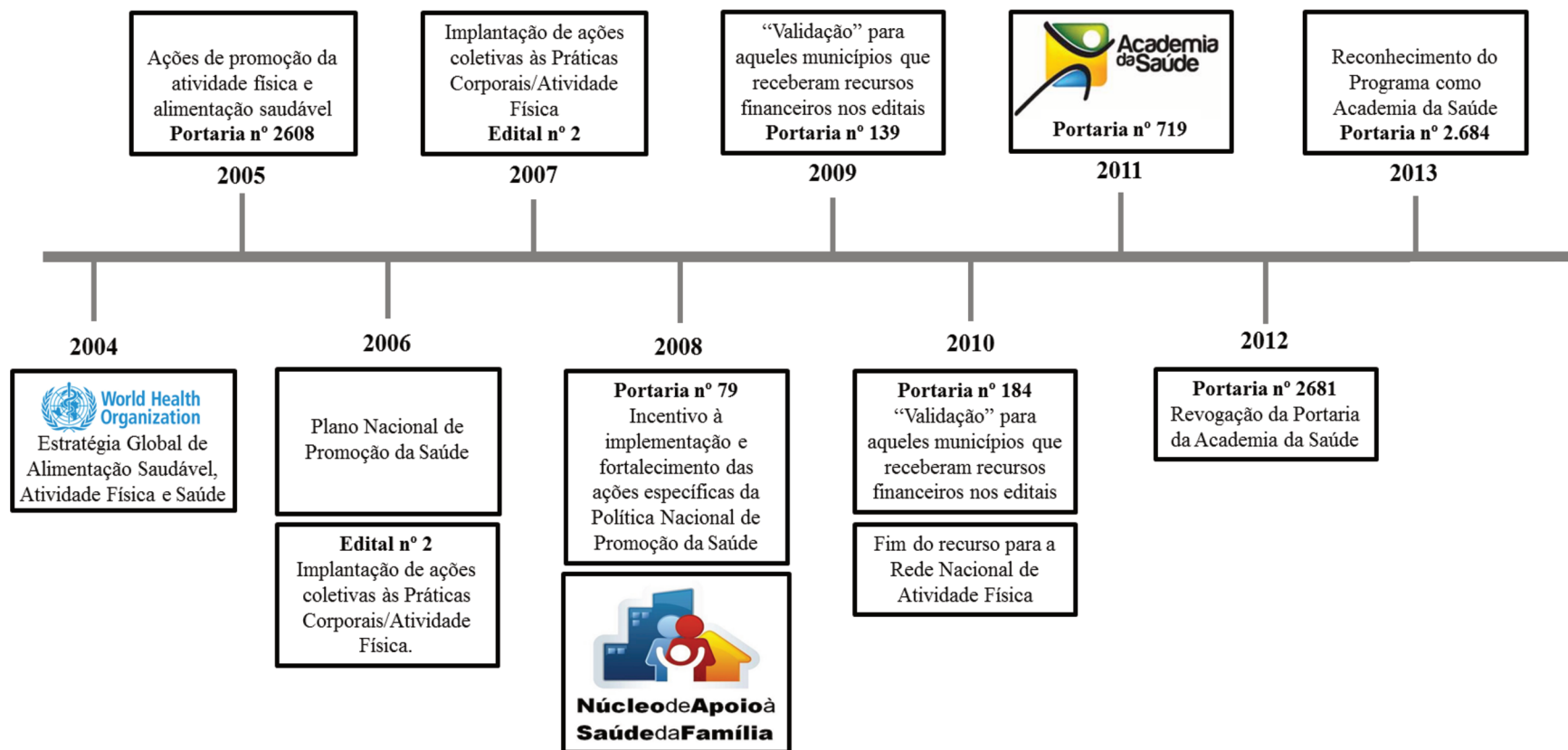
A grande difusão deste programa deu-se no ano de 2000, quando foi eleito pelo poder Público Federal o carro chefe para as ações e estratégias de promoção de atividade física a nível nacional. A partir deste, foi criado o Agita Brasil em 2002, o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física, informando a população sobre os benefícios da atividade física e sua importância como fator de proteção à saúde. Porém, este programa durou apenas dois anos em função das novas diretrizes dadas pelo novo governo que assumiu o Planalto Central (FERREIRA; NAJAR, 2005).

O Programa Academia da Cidade em Recife foi outro exemplo destes programas. Criado em 2002 pela Secretaria de Saúde do Recife, está hoje inserido no SUS como uma política de atenção básica à saúde. Este Programa tem o objetivo de promover a atividade física, lazer e alimentação saudável para a população de forma a melhorar a qualidade de vida (HALLAL et al., 2010).

Baseado no programa Academia da Cidade em Recife, o Ministério da Saúde, em parceria com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e universidades no Brasil e dos EUA, uniram-se em torno do projeto denominado “Guia”, que representa um direcionamento sobre as intervenções para atividade física no Brasil e América Latina. Esse objetivou a identificação da correlação entre participantes e não participantes destes programas e os respectivos níveis de atividade física (MALTA; SILVA, 2012). Os resultados

demonstraram que as realizações de programas com base populacional aumentaram o nível de participação em atividade física e também a adoção de hábitos saudáveis. A partir deste estudo, o Ministério da Saúde desenvolveu o PAS em 2011 (MALTA; SILVA, 2012). Além disso, foram observadas características comuns nos programas avaliados: Gratuidade, possuíam pouca ou nenhuma maneira para participação, priorizavam atividades coletivas e existiam a mais de um ciclo de gestão (BRASIL, 2017c).

Figura 1 - Linha do tempo com o resumo das políticas que buscam promover a atividade física no Brasil



Fonte: SANDRESCHI, 2015

2.3 PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde, criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, teve como objetivo oportunizar à população o acesso à promoção de atividade física, alimentação saudável e adoção de estilos saudáveis de vida. Esses três quesitos são atribuídos conforme a cultura do local de implementação do projeto (BRASIL, 2013).

Para a constituição do PAS foi criada a portaria nº 719, de 7 de abril de 2011, que tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implementação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para as orientações das atividades. Em 2013, o Programa passou por diversos ajustes e aperfeiçoamentos, tendo sido redefinido pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, que o instituiu no âmbito do SUS, sendo implantado pelas Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, com apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde. Essa portaria define o PAS como um espaço público, no qual a comunidade usufrui de suas ações. A equipe do PAS deve atuar sob coordenação da rede de Atenção Básica, articulando com toda rede de serviços de saúde, considerando princípios, diretrizes e objetivos da PNPS e de Atenção Básica à Saúde. O grupo de apoio à gestão do polo deve ser formado por profissionais da Atenção Básica à Saúde, representantes da comunidade e por profissionais de outras áreas do poder público envolvidos com o Programa (BRASIL, 2013).

As Academias da Saúde completam e fortalecem as ações de promoção da saúde, articulando-se com as Estratégias da Saúde da Família, o NASF e com a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013b). Este programa se destaca pela potencialização à atenção a saúde pela articulação intersetorial, buscando a integralidade no cuidado dos usuários do SUS (BRASIL, 2013b).

Para conseguir a habilitação ao recebimento dos recursos financeiros para a construção dos polos, o Distrito Federal, o Estado ou o Município deve realizar o cadastro com suas propostas no site do Sistema de Monitoramento de Obras (BRASIL, 2013a). O recebimento dos recursos é dividido em três parcelas, a primeira de 20% do valor referente à modalidade, a segunda de 60% e a terceira de 20%. Após a aprovação para construção da obra, os entes federativos têm o prazo de nove meses, após o pagamento da primeira parcela, para entregar os documentos que liberam o recebimento da segunda parcela. Após 18 meses do primeiro pagamento devem apresentar o Atestado de Conclusão da Edificação do polo e sua inserção no Sistema de Monitoramento de Obras. A terceira parcela vem depois da aprovação do

Departamento de Atenção Básica e, por fim, o polo tem 90 dias para iniciar suas atividades (BRASIL, 2013a).

Existem três tipos de polo da Academia da Saúde e esses devem ser construídos no território de abrangência do estabelecimento de saúde como propósito de Atenção Básica. Os modelos são divididos em básico, intermediário e ampliado e o custeio e área foram retificados pela portaria nº 381, de 6 de fevereiro de 2017 (BRASIL, 2017).

- a) Modelo básico com o custo de R\$ 81.000 e área de 250m²;
- b) Modelo intermediário no valor de R\$ 125.000 e área de 263,2m²;
- c) Modelo ampliado que vem como o maior custeio, no valor de R\$ 218.000 e área de 451,2m².

Caso o custo final da construção do polo tenha ultrapassado o incentivo financeiro disponibilizado pelo Ministério da Saúde para cada tipo, o respectivo valor deve ser pago pelo Município, pelo Distrito Federal ou pelo Estado, conforme for sua pactuação (BRASIL, 2013a). Para custear as atividades oferecidas, são disponibilizados R\$ 3.000 por mês. Esse valor só poderá ser pago após o cumprimento das seguintes exigências: cadastrar em até 90 dias o polo do PAS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde no Código de Estabelecimento 74 - polo Academia da Saúde; possuir pelo menos um profissional com carga horária de 40 horas semanais ou dois de 20 horas; identificar os espaços existentes no polo do PAS em até 90 dias, conforme os padrões visuais do Programa; e por último, alimentar os sistemas de informação vigentes com informações referentes às atividades desenvolvidas no polo. A Portaria nº 1.707 de 23 de setembro de 2016, redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros para a construção dos polos, do custeio no âmbito do PAS. O repasse é feito pelo Sistema de Apoio a Implantação de Políticas em Saúde (SAIPS) para todos os tipos de polos independente se há vínculo com o NASF (BRASIL, 2016).

De maneira geral são oferecidas as seguintes estruturas: estrutura de apoio, que comporta a sala de vivência e de acolhimento, depósito, sanitários e área de circulação; espaço multiuso, que diz respeito a área externa com pontos para fixação de redes para prática esportiva, barras para flexão de braço vertical e horizontal, barras de auxílio para exercícios, pranchas para exercícios abdominais e espaldar; e área de canteiros e jardins (GEROLLA, 2011).

Além das três modalidades do PAS, o mesmo pode ser reconhecido como Similar, no qual não há o recebimento de custeio para construção da obra, somente há para custeio mensal de manutenção. Para solicitar o reconhecimento do polo Similar o município deve aguardar a

abertura do período de inscrições, logo após deve atender aos critérios de habilitação, onde o local deve ser adequado conforme os mesmos para ser habilitado como polo Similar do PAS (BRASIL, 2016).

O PAS está presente em diversos estados brasileiros, Santa Catarina é um desses, com 149 módulos aprovados, desde 2011, porém nem todos estão implementados (BRASIL, 2015). Assim o processo de implantação e implementação em Santa Catarina se divide da seguinte maneira:

- a) 37 polos em ação preparatória para a obra;
- b) 39 polos em processo de construção;
- c) 71 polos concluídos;
- d) 2 polos similares habilitados.

2.4 BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES

Buscando na Constituição Federal de 1988, foi estabelecido como instrumento de planejamento de ações governamentais, o plano plurianual, no qual os orçamentos e recursos gastos devem ser apresentados para a sociedade, demonstrando os objetivos propostos e se as metas que foram estabelecidas. Essas metas constitucionais são reforçadas com a Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal) que reafirma os fins e a importância da ação planejada, disciplina e destaca a necessidade de compatibilidade entre os instrumentos de planejamento e a consequente aplicação dos recursos. O Ministério da Saúde vem financiando diversos municípios do Brasil desde 2005, desenvolvendo estratégias de promoção da saúde, com ênfase em projetos de atividade física. Até 2010 foram investidos aproximadamente R\$ 171 milhões no financiamento dessas intervenções (AMORIM, 2013).

O termo barreiras no domínio da Atividade Física tem sido utilizado para perceber desvantagens relacionadas a estruturação (MOTTA, SALLIS, 2002). Durante um processo de implementação de ações e estratégias do governo, pode-se encontrar uma série de barreiras. Planejamento é decidir de forma antecipada o que será feito para atingir os objetivos (LOPES e ALVES, 2013). Para Mintzberg (2006), o planejamento começa se avaliando as forças e fraquezas do programa, considerando as influências do ambiente em que está inserido e, depois formula as estratégias e metas para seguir adiante. Estas estratégias então podem ser aplicadas aos programas para cumprir os objetivos. No setor público é mais recente do que no setor privado, mas nos últimos anos vem crescendo gradualmente.

Operação é o processo no qual as tarefas que foram planejadas anteriormente são colocadas em prática e dependem diretamente de uma boa liderança, motivação e comunicação (LOPES e ALVES, 2013). Diversos estudos apontam barreiras no processo de operação do programa/intervenção. Estudo de Silva et al. (2017) entrevistando a percepção entre os professores e coordenadores do PAS de Recife, demonstrou que estes não conhecem os objetivos propostos nas portarias normativas do programa. Outro estudo que apresentava como objetivo analisar barreiras e facilitadores organizacionais para implementação de um programa de promoção da Atividade Física no SUS, observou-se que dentre as barreiras, a sobrecarga de trabalho e a dificuldade orçamentária foram os principais empecilhos (BORGES 2014). Silvestre et al., (2016), que procurou analisar a implementação do Programa Saúde na Escola no Distrito Federal, de acordo com a percepção dos professores entrevistados no estudo, observou-se que não houve incremento nas práticas corporais, por conta principalmente da depreciação das instalações físicas.

Outra etapa na qual é possível encontrar barreiras é no monitoramento e avaliação das ações planejadas. O monitoramento/avaliação pode ser entendido como o acompanhamento contínuo e cotidiano da execução dos programas e podem ser feitas por diferentes indicadores, permitindo que o gestor visualize o desempenho do programa, e descobrindo se as metas estão sendo alcançadas (VAITSMAN, RODRIGUES, PAES, 2006). Através dos monitoramentos é possível avaliar a efetividade das intervenções, conhecer o público atuante e direcionar as intervenções de acordo com as necessidades dos mesmos, assim subsidiando as políticas públicas ao longo do tempo (BRASIL, 2015). A própria PNPS reporta que os programas/intervenções devem desenvolver ações de monitoramento e avaliação a fim de formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006). É uma função crucial para o programa, pois, assim o gestor poderá verificar se está cumprindo as diretrizes do programa, alcançando seus objetivos e metas, podendo adotar medidas corretivas para melhorar a sua operação (SILVA et al., 2017). Sistemas de planejamento, operação e monitoramento de políticas públicas, são etapas sensíveis na gestão e tem uma relevância inquestionável (VAITSMAN, RODRIGUES, PAES, 2006).

3 MÉTODOS

Este estudo foi realizado com uma análise secundária, no qual faz parte da pesquisa intitulada “Avaliação de Programas de Promoção e Atividade Física no Estado de Santa Catarina – APAF”, realizada pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e o Centro de Ciência da Saúde e do Esporte (CEFID) com apoio da Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Foi aprovada pelo comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da UDESC, sob protocolo n. CAAE: 7414515.0.0000.0118 (Anexo A). Os princípios éticos foram cumpridos de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo caracterizou-se pela abordagem quantitativa, de natureza aplicada, pois os dados foram analisados e quantificados (FONSECA, 2002). Em relação aos objetivos, foram descritivos, pois segundo Cervo e Bervian (2002), procuraram esclarecer aspectos do comportamento humano de forma isolada, além de descrever determinadas características. Seus procedimentos técnicos caracterizaram-se como uma pesquisa transversal, uma vez que o fator e efeito ocorreram no mesmo momento (GIL, 2010).

3.2 LOCAL

O estudo foi realizado no estado de Santa Catarina (SC), Brasil, atualmente com 295 municípios e que tem como capital a cidade de Florianópolis (IBGE, 2015). Santa Catarina é dividida em seis mesorregiões político-administrativas: Grande Florianópolis (21 municípios), Norte Catarinense (26 municípios), Oeste Catarinense (118 municípios), Serrana (30 municípios), Sul Catarinense (46 municípios) e Vale do Itajaí (54 municípios) (IBGE, 2015).

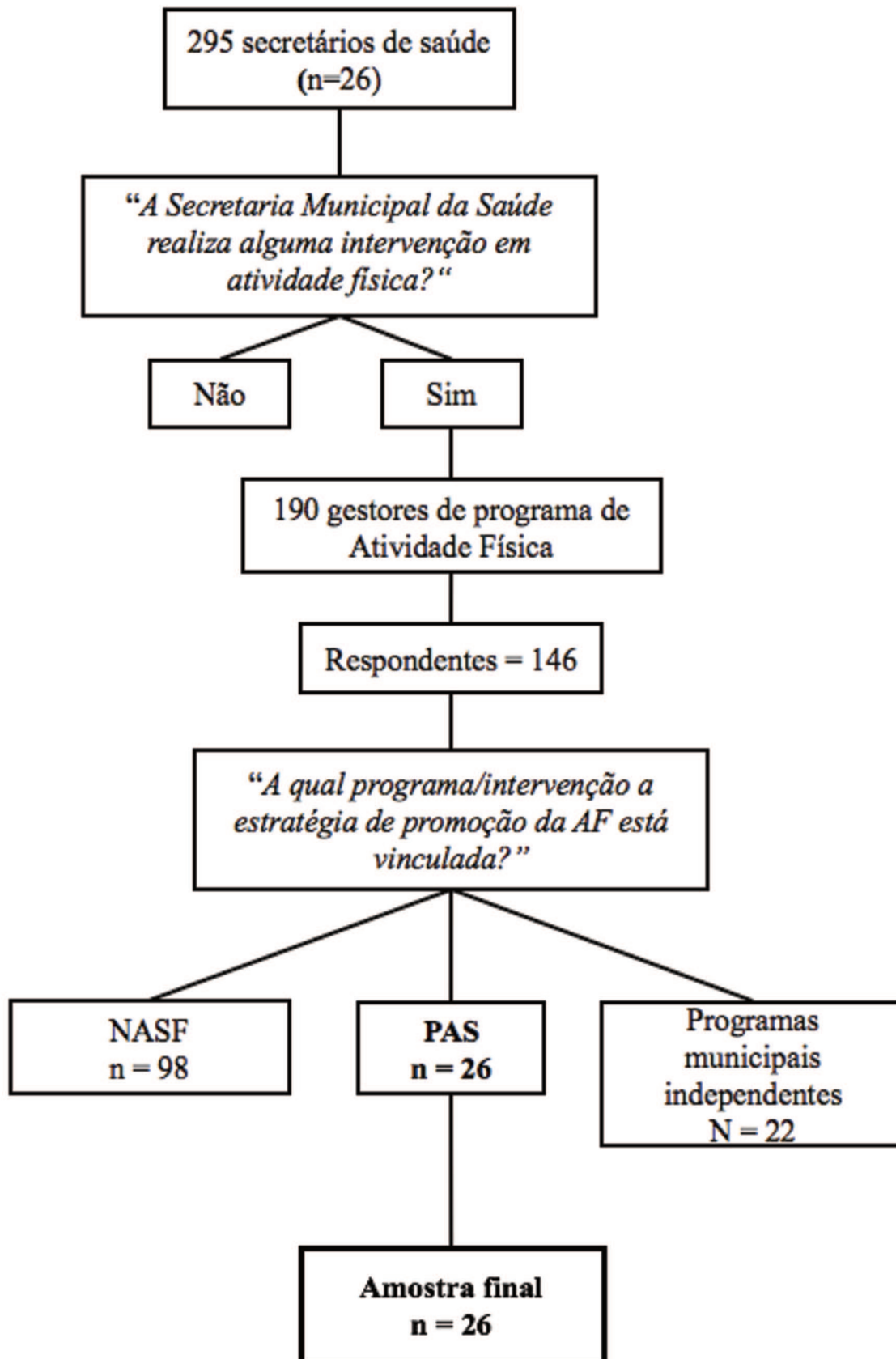
3.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente o contato foi realizado com as secretarias de saúde de todos os municípios do estado de Santa Catarina, por meio de um contato direto com a Secretaria Estadual de Saúde, que apoiou a pesquisa e repassou uma planilha com os contatos. Foram contatados, por meio de ligações telefônicas, todos os 295 secretários de saúde os quais foram convidados a participar

da pesquisa. Nessa primeira etapa foi realizada a seguinte pergunta: “*A Secretaria Municipal da Saúde realiza alguma intervenção em atividade física?*”, os que responderam “não” foram excluídos e, para os que responderam sim, foi solicitado o contato (e-mail e número do telefone) dos gestores desses programas. De acordo com os secretários de saúde, existem 190 gestores de algum programa de atividade física no estado. Posteriormente, iniciou-se o contato a essas pessoas. Para obter uma amostra representativa, foi realizado cálculo amostral com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, resultando em um tamanho amostral de 128. No entanto, com uma taxa de 76,9% respondentes, a amostra ficou em 146 gestores.

Foram enviados via e-mail ou correspondência, conforme preferência do gestor, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (Anexo B) e um questionário autoaplicável do Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde (GPES, 2015) (Anexo C). Nesta etapa, foram excluídos aqueles que não responderam o questionário no período proposto (15 dias após contato) ou aqueles que se recusaram a participar da pesquisa. Para as análises do presente estudo, foram incluídos somente os gestores que apresentaram vínculo com o PAS, questão disponível na etapa da caracterização das intervenções do questionário. Portanto, a amostra final foi composta por 26 gestores participantes responsáveis por um polo. A Figura 2 ilustra as etapas do estudo até a obtenção da amostra final. Todos os procedimentos ocorreram de setembro de 2015 a março de 2016.

Figura 2 – Organograma representando os participantes desta pesquisa.



Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor (2017).

Foi utilizado para coleta de dados um questionário autoaplicável que teve como objetivo verificar o perfil dos gestores de programas de atividade física e saúde dos municípios de Santa Catarina. O instrumento foi desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde da Universidade de Pernambuco (GPES, 2015) (Anexo C). Para o presente estudo foram utilizadas três perguntas principais. A primeira (H13) se referia aos principais motivos que dificultaram a realização de ações de planejamento; a segunda (I13), referente a operacionalização, apontando os principais motivos que dificultaram a operação/atendimento aos usuários do programa; por fim, referente ao monitoramento e avaliação (G11), apontando as principais barreiras para realização destas ações.

Também foram utilizadas perguntas complementares para caracterização dos gestores referentes a informações sócio demográficas e formação. Questões: A, A1, A2, A3, A4, A5, A6, B1, B2, C3, C4a, C4b, C4c e C7 (Anexo C). Além de informações referentes aos municípios com dados provenientes do IBGE (2016) - tamanho populacional e mesorregião político-administrativo e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013) - índice de desenvolvimento humano.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados e digitalizados no programa *Microsoft Excel*[®]. Para as análises, foi utilizado o *software* estatístico *IBM SPSS*[®] versão 22.0, para *Windows*. Os valores de tamanho populacional foram categorizados como Pequeno 1 (até 20 mil habitantes), Pequeno 2 (de 20.001 a 50 mil habitantes), Médio (de 50.001 a 100 mil habitantes), Grande (100.001 a 900.000 habitantes) e Metrópole (mais de 900 mil habitantes); (IBGE, 2010) e de IDH em muito baixo (0,000 – 0,499), baixo (0,500 – 0,599), médio (0,600 – 0,699), alto (0,700 – 0,799) e muito alto (0,800 – 1,000) (PNUD, 2013). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva por média, desvio padrão, mínimo e máximo (para variáveis numéricas) e por frequência simples e relativa (para variáveis categóricas).

Para a elaboração da nuvem de palavras, foi utilizado o *software* *WordItOut*[™], no qual o tamanho de cada palavra é regido pela sua frequência de uso ou respostas, é uma maneira resumida de apresentar os termos mais comuns obtidos nos resultados.

4 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo foram organizados em três tópicos. No primeiro a caracterização dos municípios que possuem PAS em Santa Catarina, no segundo a caracterização dos gestores dos PAS e por fim, as barreiras encontradas para planejar, operar e monitorar as ações no PAS.

Caracterização dos municípios investigados

Na Tabela 1 estão apresentados os dados relativos à região, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e porte dos municípios catarinenses que possuem PAS. Dos 26 polos investigados, 46,2% estão localizados no Oeste Catarinense. A maior parte (80,9%) está localizado em municípios de pequeno porte (até 10 mil habitantes). Em relação ao IDH, 76,9% dos municípios tem IDH elevado (PNUD, 2013).

Tabela 1 – Caracterização da amostra dos municípios com Programa Academia da Saúde, Santa Catarina (n=26), 2016.

	f	%
Região		
Oeste	12	46,2
Norte	2	7,7
Vale do Itajaí	4	15,4
Serrana	4	15,4
Sul	4	15,4
Índice de Desenvolvimento Humano		
Muito Alto (0,800 – 1,000)	2	7,7
Alto (0,700 – 0,799)	18	69,2
Médio (0,600 – 0,699)	5	19,2
Porte		
Pequeno 1 (até 20 mil habitantes)	21	80,9
Pequeno 2 (20.001 à 50 mil habitantes)	1	3,8
Médio (50.001 à 100 mil habitantes)	3	11,5
Grande (100.001 à 900 mil habitantes)	1	3,8

Fonte: PNUD, 2013; IBGE, 2010.

Notas: f= frequência simples; %= frequência relativa.

Caracterização dos gestores investigados

A Tabela 2 apresenta os resultados dos dados sociodemográficos e de formação dos gestores do PAS. Maior parte é do sexo feminino (61,5%), possui média de idade de 33,7 anos, (mínimo 21 anos e máximo 53 anos), recebe de um a dois salários mínimos (53,8%) e 46,2% é casado.

Em relação à formação dos gestores, observa-se que apenas um gestor não é graduado e atua como provisionado em Educação Física. 76,9% deles possui pelo menos uma especialização. A predominância entre os gestores é da formação na área de Educação Física (50%) e apenas um dos gestores não é formado na área da saúde.

Com relação ao vínculo com a Secretaria Municipal da Saúde, 42,3% deles tem cargo efetivo e 57,7% está com um cargo temporário ou comissionado. O gestor que atua a mais tempo no SUS está há 21 anos e um está vinculado há apenas 8 meses.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e de formação dos gestores do Programa Academia da Saúde do Estado de Santa Catarina (n=26), 2016.

	f	%
Dados sociodemográficos		
Sexo		
Feminino	16	61,5
Masculino	10	38,5
Renda (em salários mínimos) *		
1 a 2	14	53,8
2 a 4	7	26,9
4 a 10	5	19,2
Estado Civil		
Solteiro	10	38,5
Casado	12	46,2
Divorciado	4	15,4
Dados de formação		
Pós-graduação **		
Especialização	20	76,9
Residência	1	3,8
Mestrado	2	7,7
Área de formação		
Enfermagem	5	19,2
Educação Física	13	50,0
Administração	1	3,8
Fisioterapia	6	23,1
Vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde		
Efetivo	11	42,3
Temporário/comissionado	15	57,7

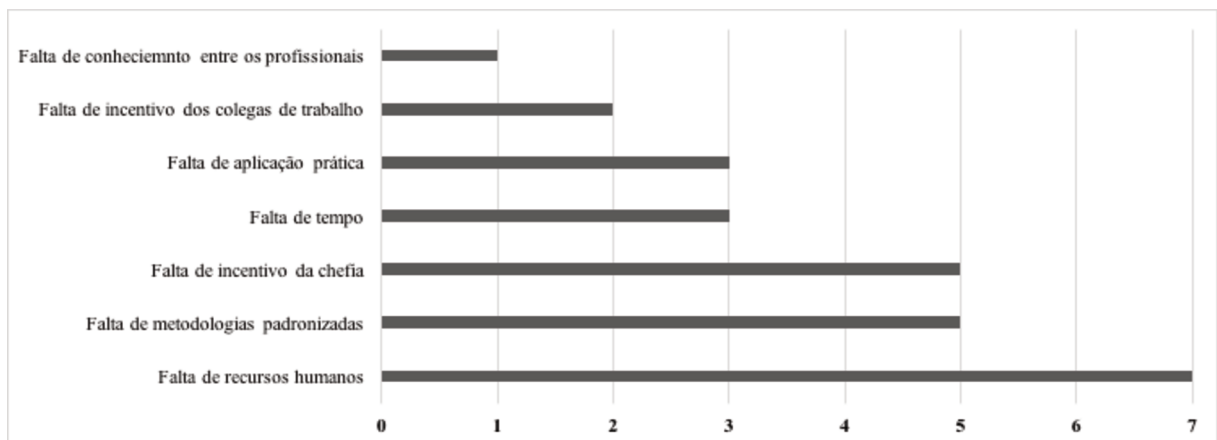
Fonte: Dados do autor

Notas: f= frequência simples; %= frequência relativa. * Salário mínimo R\$ 788,00, valor vigente até 30 de abril de 2016; ** Pós-graduação concluída ou em andamento.

Barreiras para implementação de ações nos polos do PAS em Santa Catarina

As barreiras com maior número de relatos para o planejamento de ações nos polos do PAS foram a falta de recursos humanos (n=7), falta de incentivo da chefia (n=7) e dos colegas (n=2) e a falta de metodologias padronizadas de planejamento (n=5) (Figura 3).

Figura 3 - Barreiras percebidas por gestores em relação a planejamento do Programa Academia da Saúde, Santa Catarina, (n=26), 2017.

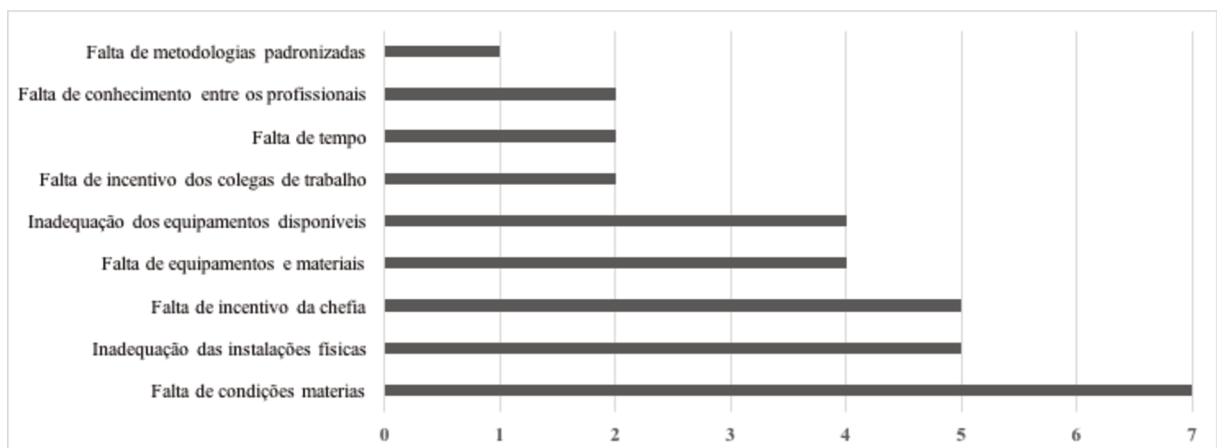


Fonte: Dados do autor

Notas: Eixo Y= Barreiras; Eixo X= número de gestores que perceberam a barreira.

Em relação às barreiras para a operacionalização das ações nos polos, observou-se que a falta de condições materiais (n=7), falta de incentivo da chefia (n=5) e colegas (n=2) e a inadequação das instalações físicas (n=5) foram as barreiras mais relatadas (Figura 4).

Figura 4 - Barreiras percebidas por gestores em relação a operacionalização do Programa Academia da Saúde, Santa Catarina, (n=26), 2017.

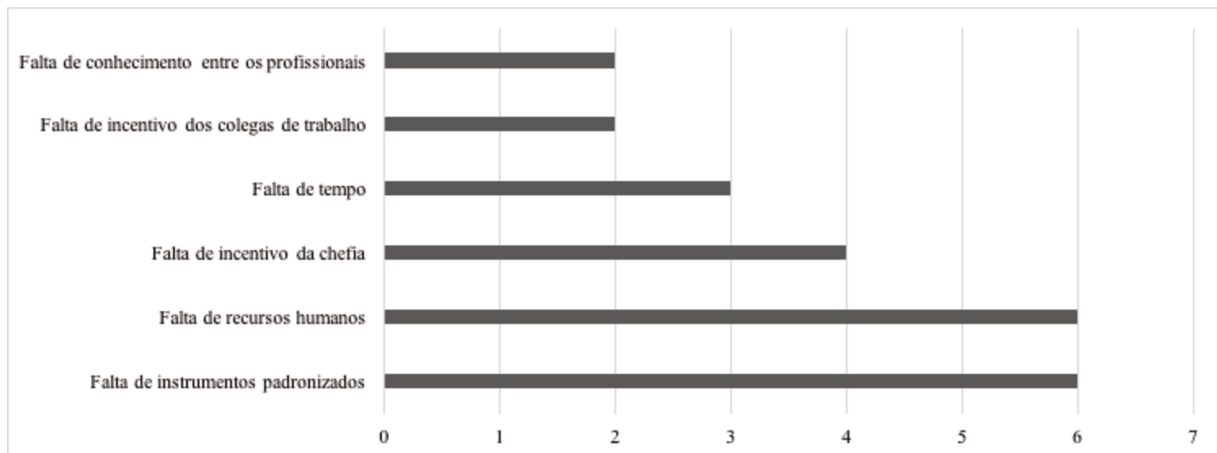


Fonte: Dados do autor

Notas: Eixo Y= Barreiras; Eixo X= número de gestores que perceberam a barreira.

Por fim, em relação a avaliação das ações nos polos do PAS (Figura 5), observou-se como principais barreiras a falta de instrumentos padronizados (n=6), a falta de recursos humanos (n=6) e a falta de incentivo da chefia (n=4) e colegas (n=2).

Figura 5 - Barreiras percebidas por gestores em relação a avaliação do Programa Academia da Saúde, Santa Catarina, (n=26), 2017.



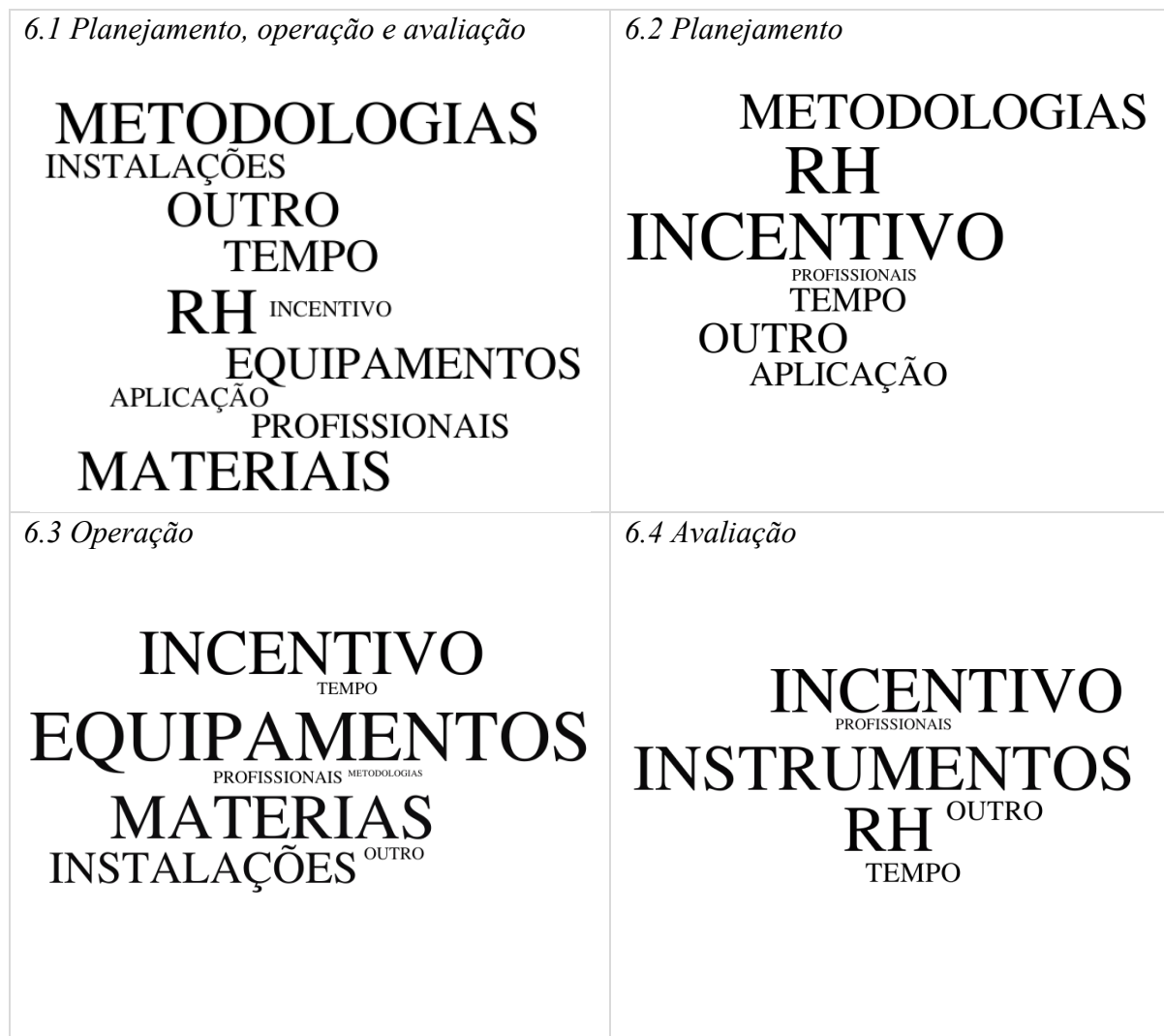
Fonte: Dados do autor

Notas: Eixo Y= Barreiras; Eixo X= n° de gestores que perceberam a barreira.

Independentemente da etapa do processo (planejamento, operação ou avaliação) o gestor tinha a oportunidade de informar a inexistência de barreiras para executar ações em seu polo. Em relação a barreira de planejamento, 30,8% dos gestores informaram não ter barreiras. Para a operação, 50% deles não tem dificuldades e para avaliação e monitoramento 46,2%. Assim, 42,3% dos gestores não percebe nenhuma barreira para o desenvolvimento destas ações em seus polos. Porém, todos que assinalaram a opção de não terem barreiras, se contradisseram em seguida, assinalando outras questões que demonstravam ser barreiras pertinentes.

Foram elaboradas quatro nuvens de palavras nas quais é possível identificar as barreiras com maior prevalência entre os gestores, o tamanho da fonte da palavra é proporcional ao número de menções recebidas.

Figura 6 – Nuvem de palavras relacionando as principais barreiras encontradas pelos gestores do Programa Academia da Saúde do estado de Santa Catarina.



Fonte: Dados do autor

Notas: Metodologias= falta de metodologias padronizadas de planejamento e operação; instalações= inadequação das instalações físicas; outro=outras barreiras; tempo=falta de tempo; RH= recursos humanos; incentivo= falta de incentivo por parte da chefia e dos colegas; equipamentos= inadequação dos equipamentos; aplicação= falta de aplicação prática para ações de planejamento; profissionais= falta de conhecimento entre os profissionais; materiais= falta de equipamentos e materias.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar quais são as principais barreiras para implementação de ações do PAS em Santa Catarina. Os gestores, na sua maioria, são graduados em Educação Física e, no que tange ao seu vínculo empregatício, pouco mais da metade está com um cargo temporário ou comissionado. Pouco mais de 42% dos gestores consideram não possuir nenhuma barreira nas três etapas de desenvolvimento do programa Academia da Saúde em Santa Catarina. Entre as principais barreiras identificadas pelos gestores durante o processo de planejamento, operação e monitoramento destaca-se a falta de recursos humanos, falta de metodologias padronizadas, falta de incentivo por parte da chefia e dos colegas de trabalho, a inadequação ou a falta de materiais/equipamentos e de instalações físicas.

Conforme apontado, metade dos gestores é formado em Educação Física. A presença do profissional da Educação Física na saúde pública é algo relativamente recente - foi inserido com a criação do NASF em 2008 com objetivo de ampliar as ações na atenção básica (FERREIRA et al. 2016). Cabe ressaltar que, de maneira geral, o tema de saúde pública apresenta pouca inserção na organização curricular dos cursos de Educação Física pelo Brasil (FERREIRA et al. 2016). A diretriz curricular estabelece que o graduado em Educação Física deve estar apto para atuar em diversos campos que identifiquem expressões de atividade física, inclusive na saúde (BRASIL, 2004). O Profissional da Educação Física, na atenção básica, requer competências para compreender a organização institucional e política, além de saber trabalhar com uma equipe multiprofissional. De acordo com Guarda et al. (2014), a formação não parece estar atendendo às especificidades neste setor.

A publicação da Portaria 2.681 de 2013, ampliou o sentido da promoção da saúde do PAS, para além da atividade física, e estabeleceu que as atividades devem acontecer em conformidade com oito temáticas: práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade (BRASIL, 2013). Sendo assim, o programa ficou com um campo mais abrangente a participação de gestores de outras áreas que não Educação Física, pois, o perfil dos gestores tem relação direta com os determinantes das portarias. As atividades que são propostas pela portaria podem ser executadas por demais profissões e, indiferente a sua formação, cabe ao profissional identificar objetivos e planejar suas ações de implementação, as

quais devem se adequar ao público de maneira geral, respeitando o ambiente no qual está inserido (GUARDA et al., 2014).

O Brasil é gerido por um regime burocrático, por isso o concurso público é um excelente modo de ocupar cargos públicos pelo ponto de vista da administração e gerenciamento, já que funciona de modo eficiente em defesa do interesse público na realidade do órgão envolvido. Os cargos efetivos passaram a ser um procedimento obrigatório com a Constituição Federal de 1988, viabilizando assim uma segurança para o servidor, pois este possui estabilidade no cargo após três anos de exercício, (BRASIL, 1988). Essa estabilidade financeira possivelmente trará um bom desempenho em suas funções, visando o interesse público e não particular (SANTOS, 2015). Outro tipo de cargo previsto na constituição são os comissionados. Estes são de livre nomeação e exoneração e não oferecem estabilidade para os candidatos pois são provisórios. Outro ponto importante é que estes podem apenas assumir cargos de chefia, assessoramento e direção (BRASIL, 1988a). Sendo assim, pela maioria (57,7%) dos gestores deste estudo apresentar um vínculo temporário ou comissionado, a elaboração das atividades de gestão do programa podem estar sendo prejudicadas e assim afetando um desenvolvimento ideal do PAS. Os gestores que estão há mais tempo vinculados com a secretaria da saúde, também estão há mais tempo como gestores. Visando uma solução ideal para este problema, seria necessária a abertura de concursos públicos para ocupar o cargo de gestor do PAS. Assim, os concursados ficariam mais tempo atuando na função e poderiam reconhecer a realidade local e criar vínculo com os territórios e as equipes de saúde da região, sendo assim cumprindo os princípios do programa, podendo desenvolver um trabalho a médio e longo prazo de maneira mais coerente (BRASIL, 2013). A contratação por contrato sem concurso limita a continuidade das propostas e vínculos com as comunidades.

Como mencionado anteriormente, havia a opção para o gestor de aludir inexistência de barreiras. Em relação ao planejamento, a questão foi assinalada oito vezes, já para operação, treze vezes, e no referente à avaliação, foi assinalada doze vezes. A falta de barreiras percebidas pelos gestores pode estar atrelada a boa formação dos mesmos. Um recurso oferecido aos gestores pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina é Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde. Tem uma duração de 180 horas e é realizado na modalidade a distância. O curso é voltado preferencialmente para profissionais que já atuam em algum polo do PAS pelo Brasil (BRASIL, 2015a). Assim, gestor bem informado que segue os passos recomendados pelas diretrizes do programa de fato encontrará menos barreiras.

Entre as barreiras relatadas pelos gestores do PAS, a falta de recursos humanos, ou seja, de profissionais capacitados para atuar nos polos, foi uma das questões mais mencionadas. Segundo Vieira et al. (2006), os recursos humanos consistem na totalidade de empregados e colaboradores de uma determinada organização. Há diversas dificuldades em relação a formação de profissionais qualificados, pois é necessário obter um conjunto de variáveis, no qual é preciso aliar a teoria com a prática. Em um estudo realizado em uma grande cidade de São Paulo por Campos et al. (2014), que tinha como objetivo compreender a percepção dos usuários do SUS no atendimento na atenção primária, foi relatada a falta de profissionais e a alta rotatividade dos mesmos nas unidades de saúde. Sendo assim, a formação de recursos humanos qualificados e engajados é crucial para desenvolvimento de políticas públicas e vem preocupando planejadores da área da saúde. Profissionais formados e comprometidos podem garantir a qualidade do atendimento a população, seguindo os princípios que norteiam o SUS (VIEIRA, et al. 2006). Um recurso para este problema seria a participação efetiva do curso de Aperfeiçoamento em Implementação da PNPS: Programa Academia da Saúde citado anteriormente.

Metodologias padronizadas de avaliação dos programas de Atividade Física auxiliam o desenvolvimento dos mesmos, principalmente se estes forem governamentais. Essas metodologias podem ajudar a direcionar as intervenções para ações mais eficientes, assim como reparar os gastos públicos (BRASIL, 2013b). Como exemplo, o Projeto CuritibAtiva, no qual seus gestores provaram a importância de metodologias padronizadas no processo de planejamento como no de avaliação, a fim de guiar o programa para intervenções mais coerentes. O uso de metodologias padronizadas cria um padrão de avaliação para os gestores tornando a identificação das variáveis uma linguagem comum, do contrário, estas poderiam ser esquecidas ou feitas de modo equivocado (BRASIL, 2013b). Ao longo do tempo as metodologias padronizadas ou normas operacionais podem ter uma influência positiva no PAS, porém os gestores, ao utilizar estes recursos devem levar em consideração as peculiaridades de cada local, o clima, governo atual, população, suas instalações físicas e profissionais envolvidos.

Outro fator apontado nesta pesquisa foi que, durante os três processos de implementação do programa, a falta de incentivo no âmbito de trabalho foi uma barreira relevante. Relações interpessoais são vínculos de extrema importância para as pessoas e podem influenciar a vida de um indivíduo em relação a sua saúde física, mental e comportamental (BROUGH; PEARS, 2004). Fonseca et al. (2013) realizou um estudo que associava diretamente a satisfação no

trabalho com os níveis de apoio social na empresa e concluiu que os funcionários que tinham alto nível de apoio realizaram aproximadamente quatro vezes mais satisfeitos no trabalho. Assim, a falta de incentivo no âmbito de trabalho pode afetar diretamente no desempenho das pessoas. No estudo de Silva et al. (2017), foi apontado pelos gestores do PAS de Recife que não havia nenhuma articulação entre os profissionais do programa com os profissionais do NASF. Para um bom funcionamento do PAS, sugere-se que os gestores tenham uma integração multiprofissional, articulado diversas categorias profissionais nas ações de planejamento, execução e avaliação das ações do programa.

Barreiras como a inadequação de instalações físicas e a falta de materias e equipamentos são fatores comuns entre os programas e estratégias envolvendo políticas públicas. O Programa Academia da Cidade de Recife é um bom exemplo. Foi utilizado como base para o desenvolvimento do PAS, e também apresentou barreiras referentes a estrutura física, estas percebidas pelos usuários (HALLAL et al., 2010). Em um município de Belo Horizonte também foi realizado um estudo na Academia da Cidade. Usuários e monitores do programa também relataram a necessidade de melhoria nos equipamentos (SILVA et al. 2014). Estas dificuldades também foram relatadas pelos gestores do PAS nos polos de Santa Catarina investigados neste estudo. Outro aspecto importante revelado na pesquisa de Ferreira (2015) foi que as estruturas oferecidas pelo Ministério da Saúde não são suficientes, tanto em seu espaço físico como na funcionalidade. Os projetos disponibilizados pelo Ministério da Saúde são sugestões de construção, com requisitos obrigatórios e outros não. As condições climáticas de Santa Catarina são subtropicais, no qual há estações do ano bem definidas, verões quentes e invernos frios, e estes climas extremos podem afetar as instalações físicas comprometendo a adesão de usuários e um bom funcionamento das mesmas. Os gestores em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde devem levar estes fatores em consideração na elaboração dos projetos do Polo. Seguir as recomendações do Ministério da Saúde, porém com as peculiaridades da população e do clima local. No estudo de Borges (2014), que aborda barreiras e facilitadores organizacionais de programas de Atividade Física no SUS, ela aponta que a falta de espaços adequados é a grande barreira para o desenvolvimento de iniciativas de promoção da Atividade Física. Bonfim (2012) relata que a metade dos programas de atividade física vinculados a órgãos governamentais tem o Centro de Saúde como único ponto de referência para o desenvolvimento de suas atividades. Os polos do PAS, implementados de maneira coerente, podem ser considerados uma solução para os resultados de Bonfim (2012).

Algumas limitações necessitam ser consideradas neste estudo. A amostra contemplou 59,1% dos municípios com Polo do PAS, assim podem não representar todos os gestores de polos de Santa Catarina. Porém, observou-se a inclusão de gestores de diferentes regiões e tamanhos de municípios, o que pode melhorar a distribuição do grupo investigado. O uso de um questionário fechado não permite investigar a extensão de importância de cada barreira relatada, mas é possível identificar sua presença.

O PAS conta com um sistema de monitoramento anual realizado no mês de maio. Cabe destacar o DATASUS, que tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle (BRASIL, 2017a). Um dos serviços do DATASUS é o FormSUS, que tem a finalidade de criação de formulários para uso público, com normas de utilização já definidas. Foi desenvolvido para atender a finalidades do SUS e de órgãos públicos parceiros, mas foi colocado à disposição de instituições e universidades para aplicações de interesse público. Os formulários são restritos e só podem ser acessados por convite do gestor do Formulário. É de responsabilidade de cada gestor de formulário cuidar de sua aplicação e garantir a aplicação dessas normas (BRASIL, 2017b). Destaca-se que, o primeiro monitoramento (piloto) foi realizado em 2012, a partir deste o sistema foi se consolidando e hoje é um instrumento essencial para o planejamento e avaliação das ações realizadas (BRASIL, 2012). Os resultados mais recentes publicados são do monitoramento de 2015 e o estado de Santa Catarina obteve 100% de resposta dos gestores. Entre eles, 80 municípios estão com polo em construção e 44 deles estão em funcionamento.

Outro ponto forte deste trabalho foi a participação dos gestores para a identificação destas barreiras de implantação de ações, pois na sua maioria, outros estudos apresentam a percepção dos usuários, limitando assim informações quanto ao processo de implementação. Os resultados obtidos com este estudo são de grande importância para que os profissionais de Educação Física tenham mais recursos para uma boa consolidação no cenário da atenção básica no Brasil. O PAS é uma excelente área de atuação dos mesmos, e estudos voltados para esta área fazem não só o programa crescer como a profissão no estado de Santa Catarina e no Brasil. Os monitoramentos anuais e estudos devem ganhar força, a fim de minimizar as barreiras do programa, assim, proporcionando um atendimento exemplar aos usuários e atuando na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

6 CONCLUSÃO

Tendo em vista que o PAS está em ascensão no estado de Santa Catarina como no Brasil, estudos referentes ao desenvolvimento do programa são de extrema importância.

Por tanto, foi possível identificar que dos 71 polos concluídos no estado apenas 44 estão em funcionamento, destes, maior parte na região oeste do estado, com população de até 20 mil habitantes. Em relação aos gestores analisados, por sua maioria do sexo feminino, formados em Educação Física com alguma especialização e um cargo temporário/ comissionado.

Referente ao planejamento das ações, a falta de recursos humanos, falta de metodologias padronizadas e falta de incentivo foram as maiores dificuldades enfrentadas pelos gestores. Em relação a operação das ações, a falta de condições materiais, a falta de incentivo e a inadequação das instalações físicas foram as barreiras mais relatadas. Já para as barreiras de avaliação, as principais foram a falta de instrumentos padronizados, falta de recursos humanos e a falta de incentivo. Com isso, recomenda-se o desenvolvimento de capacitações aos coordenadores com foco na gestão. A capacitação dos recursos humanos e de estruturas adequadas pode ter um reflexo na qualidade das intervenções. Que estes profissionais desenvolvam intervenções conjuntamente com a chefia, pautadas na realidade local e nas condições de trabalho disponível, a fim de alcançar os propósitos planejados.

Por fim conclui-se que é necessário que novos estudos ocorram na área a fim de identificar características, para um aprofundamento maior em relação à efetividade das ações, mediante as barreiras e suas possíveis soluções. Ainda assim, estes dados podem identificar os problemas, possibilitando a reorientação das ações, direcionando os investimentos e intervenções a fim de servir a mais usuários, promovendo a equidade.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, T. C. et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 18, n. 1, p. 63-74, jan. 2013.
- ANDRADE, D. R. Políticas recentes de promoção da atividade física no setor da saúde no Brasil. **Revista Corpoconsciência**, Santo André, v. 15, n. 2, p.2-6, jul. 2011.
- ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, Niterói, v. 6, n. 5, p.194-203, set. 2005.
- BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao sistema Único de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 15, n. 1, p.9-14, jan. 2010.
- BONFIM, M.R.; COSTA, J.L.R.; MONTEIRO, H.L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v.17, n.3, p.167-73, 2012.
- BORGES, R. A. **Programa de Promoção de Atividade Física no SUS: barreiras e facilitadores organizacionais**. 125 f. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Curso de Pós-Graduação – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília, DF: Centro Gráfico, do Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **FormSUS**. 2017b. Disponível em: <<http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php>>. Acesso em 3 jul. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Curso de aperfeiçoamento em implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde**. 2. ed. Brasília, 334 f., Ministério da Saúde. 2017c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>> Acesso em: 20 out. 2016.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 9 maio 2017.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 058/2004. Estabelece as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em educação física. Brasília: Ministério da Educação, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. 2017a. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/datasus>>. Acesso em: 3 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento do programa Academia da Saúde Brasil e Santa Catarina**. 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/29/DEVOLUTIVA-NACIONAL---cen--rio-SANTA-CATARINA--2015.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 23 de set. de 2016. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/09/2016&jornal=1&pagina=36&totalArquivos=132>>. Acesso em: 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de nov. de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 17 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.684, de 8 de nov. de 2013a. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio e no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684_08_11_2013.html> Acesso em: 19 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 381, de 7 de fev. de 2017. Dispõe sobre as transferências, fundo a fundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=27&data=07/02/2017>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Educação Física no Brasil**. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf>. Acesso em: 26 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf> Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. **Monitoramento de Gestão do Programa Academia da Saúde**. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php?conteudo=monitoramento_form sus>. Acesso em: 25 abr. 2017.

BRASIL. **Inscrições abertas para o curso de EaD sobre o Academia da Saúde**. 2015a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2056>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BROUGH, P.; PEARS, J. Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. **International Journal of Organizational Behaviour**, Hanover (PA), v. 8, n. 2, p. 472-485, 2004.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.19-42, 2003.

CAMPOS et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, out. 2014.

CERVO, A L. BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**, São Paulo: Pearson Education, 5. ed. 2002.

DUTRA, D. D. et al. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.4501-4509, 5 abr. 2016.

FERREIRA, D. P. **Percepção dos Gestores Sobre as Barreiras para Implantação e Implementação do Programa Academia da Saúde em Santa Catarina**. 2015 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Educação Física), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

FERREIRA et al. A inserção do profissional de educação física nos núcleos de apoio a saúde da família: visão dos profissionais. **Revista Brasileira de Atividade e Física e Saúde**, São Paulo. v. 21, n. 3, p. 228-236, fev. 2016.

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p.207-219, set. 2005.

FONSECA, I. S. S. et al. Apoio social e satisfação no trabalho em funcionários de uma empresa de petróleo. **Psicologia para América Latina**, Feira de Santana, c. 25, p. 43-56, 2013.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**, Fortaleza: UEC, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**, 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUARDA, F. R. B. et al. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. **Revista Pan-Amaz Saúde**, Ananindeua, v. 5, n. 4, p. 63-74, dez. 2014.

GEROLLA, G. **Polos esportivos de Recife são referência para novo programa de incentivos do Governo Federal**. 2011. Disponível em: <<http://infraestruturaurbana.pini.com.br/solucoes-tecnicas/11/academias-da-saude-Polos-esportivos-de-recife-sao-referencia-245145-1.aspx>>. Acesso em: 20 out. 2016.

GPES - Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde. **Projeto SUS + Ativo Universidade de Pernambuco**. 2015. Disponível em: <<http://www.gpesupe.org/projetos.php>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

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

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA, L. M. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 228-235, 2006.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.352-358, abr. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil em síntese**, Rio de Janeiro: 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico: trabalho e rendimento**, Rio de Janeiro, IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros**. 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.s.htm> Acesso em: 28 de abr. de 2017.

LEAVELL, H.; CLARK G.G. **Medicina preventiva**, Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1978.

LOPES, A.; ALVES, E. A. L. **Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região: Noções de Administração Geral/Pública**. Brasília: Vestcon, 2013.

MAGLUTA C. Desafios da Avaliação de Programas e Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p.14-416, fev, 2013.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 21, n. 6, p.1683-1694, jun. 2016.

MALTA, D. C.; SILVA, J. B. **Policies to promote physical activity in Brazil**, The Lancet, Londres, v. 380, p. 195-196, jul 2012.

MATSUDO, V. K. R. et al. Time Trends in Physical Activity in the State of São Paulo, Brazil: 2002–2008. **American College Of Sports Medicine**. Indianapolis, p. 2231-2236, mar. 2010.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**, São Paulo: Atlas, 2. ed, 2006.

MOTA, J.; SALLIS, J. F. **Atividade Física e Saúde: factores de influência de actividade física nas crianças e adolescentes**, Porto: Campo das Letras, 2002.

NATAL, S. et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de recursos humanos da Secretaria em Vigilância da Saúde do Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 560-571, 2010.

OLIVEIRA, D. L. A **‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação**. Latino-americana Enfermagem, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p.423-231, maio 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global recommendations on physical activity for health**. 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 18 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa: Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**, Ottawa, nov. 1986.

PUTZEL, M. P. **Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde**. 2011. 77 f. Monografia (Especialização) - Curso de Educação Física, Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, 2011.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/>>. Acesso em: 28 de abr. de 2017.

SÁ, G. B. A. R. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação, **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1849-1860, jun. 2016.

SANDRESCHI, P. F. **Secretários municipais de saúde de Santa Catarina: perfil e visão sobre as barreiras para o desenvolvimento de programas de atividade física para idosos**. 127 f. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Curso de Pós-Graduação – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SANTOS, J. S. **Os limites constitucionais para a criação e nomeação de cargos comissionados na administração pública**. 67 f. 2015. Monografia (Especialista em Direito Administrativo) – Curso de Pós-Graduação Lato Sensu – Instituto Brasiliense em Direito Público, Brasília, 2015.

SILVA, K. et al. Acesso e utilização da Academia da Cidade de Belo Horizonte: perspectiva de usuários e monitores. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas. v. 19, n. 6, p.700-710, nov. 2014.

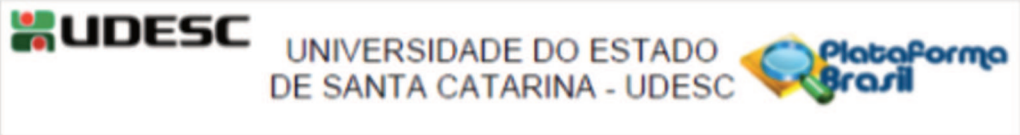
SILVA, R. N. et al. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Recife, v. 33, n. 4, p. 327-345, 2017.

SILVESTRE, C. et al. Análise de promoção de práticas corporais e atividade física propostas pelo Programa Saúde da Escola nas escolas de Samambaia/Distrito Federal. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO DE INVESTIGAÇÃO DE QUALITATIVA EM SAÚDE, 5., 2016, Brasília. Anais... Brasília: ABRASCO, 2016. p. 1645-1652.

VAITSMAN J.; RODRIGUES R. W. S.; PAES S. R. **O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais**: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil, Brasil: Unesco, 2006. 74f.

VIEIRA A. S, et al. Ministério da Saúde. Panorama das graduações em saúde no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília, 2006.

ANEXO A - Parecer emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina.

											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP											
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA											
Título da Pesquisa: Avaliação de programas de atividade física na saúde pública do estado de Santa Catarina											
Pesquisador: Giovana Zarpellon Mazo											
Área Temática:											
Versão: 4											
CAAE: 47414515.0.0000.0118											
Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC											
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio											
DADOS DO PARECER											
Número do Parecer: 1.351.266											
Apresentação do Projeto:											
<p>Pesquisa em nível de mestrado e de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano – PPGCMH/CEFID/UDESC. O projeto intitulado "Avaliação de programas de atividade física na saúde pública do estado de Santa Catarina". Trata-se de um estudo observacional de corte transversal. Será desenvolvido em 295 municípios das 6 mesorregiões do Estado de Santa Catarina, através de em questionário referente a processos administrativos envolvidos na gestão e atuação dos participantes no setor profissional. A coleta de dados dar-se-á através de 3 questionários e um diário de campo. O público alvo é de 900 participantes. Serão utilizadas informações do IBGE e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para verificação de características demográficas da população. O projeto tem um orçamento financeiro de R\$ 3.140,00. O projeto detalhado conta com 4 pesquisadores e/ou participantes.</p> <p>A coleta está prevista para 01/11/2015 a 31/08/2017.</p>											
Objetivo da Pesquisa:											
Objetivo geral:											
Analisar as intervenções em atividade física na Saúde Pública do estado de Santa Catarina											
<table border="1"> <tr> <td>Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007</td> <td>CEP: 88.035-001</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Itacorubi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SC</td> <td>Município: FLORIANOPOLIS</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (48)3321-8195</td> <td>Fax: (48)3321-8195</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br</td> </tr> </table>		Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007	CEP: 88.035-001	Bairro: Itacorubi		UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS	Telefone: (48)3321-8195	Fax: (48)3321-8195		E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br
Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007	CEP: 88.035-001										
Bairro: Itacorubi											
UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS										
Telefone: (48)3321-8195	Fax: (48)3321-8195										
	E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br										
Página 01 de 04											



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.351.266

considerando o processo de planejamento, operação e avaliação, a validade externa e as competências conceituais, procedimentais e atitudinais dos secretários municipais de saúde, gestores e profissionais de saúde envolvidos na operação; além de verificar as barreiras percebidas para implementação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tratando-se de um questionário pouco invasivo com poucas questões pessoais de caracterização, este estudo terá riscos mínimos. Os benefícios citados nos projetos detalhado e básico da plataforma Brasil são indiretos, sendo bem descritos nos projetos e nos TCLEs.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está de acordo com a Resolução 466/2012 CONEP/CNS/MS e suas complementares, possui mérito acadêmico e as pesquisadoras possuem experiência para executar a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O processo apresenta:

- projeto detalhado;
- projeto básico da plataforma Brasil;
- Declaração de Ciência de Concordância das Instituições envolvidas assinada pelo Secretário adjunto da Secretaria do estado de saúde de SC;
- TCLEs

Recomendações:

N/A

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências quanto a inclusão nos TCLEs das informações sobre despesas, remuneração e indenização aos participantes da pesquisa foram cumpridas.

Projeto Apto à Aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEPESH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEPESH. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEPESH via Plataforma Brasil, na forma de

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.351.266

NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEPESH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_547817.pdf	02/12/2015 10:12:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestor_profissional.doc	26/11/2015 08:22:47	Giovana Zarpellon Mazo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_secretarios.doc	26/11/2015 08:22:38	Giovana Zarpellon Mazo	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto comitê.jpg	17/08/2015 09:05:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO-COMITÊ-DE-ÉTICA_11 08 2015.pdf	11/08/2015 15:14:54		Aceito
Outros	Questionário Profissionais.pdf	11/08/2015 15:13:59		Aceito
Outros	Questionário Gestores.pdf	11/08/2015 15:13:44		Aceito
Outros	Questionário Secretários da Saúde (2).pdf	11/08/2015 15:13:13		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_8253 (1).JPG	14/07/2015 10:04:26		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.351.256

FLORIANOPOLIS, 04 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Bernadette Kreutz Erdtmann
(Coordenador)

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 68.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

ANEXO B - Termo de consentimento Livre e Esclarecido entre para os coordenadores de ações/intervenções em Atividade Física.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP SH

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de doutorado intitulada AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA, que será realizada por meio de um questionário, tendo como objetivo analisar as intervenções em atividade física na Saúde Pública do estado de Santa Catarina.

Os riscos destes procedimentos serão MÍNIMOS por tratar-se de questionário, um procedimento de coleta pouco invasivo. Além disso, as questões referem-se a processos administrativos envolvidos na gestão e atuação dos participantes no setor profissional. Desta forma, poucas questões pessoais de caracterização serão abordadas, minimizando seu risco de desconforto e constrangimento. A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão: UTILIZAÇÃO no seu cotidiano das INFORMAÇÕES levantadas nas intervenções de atividade física, pois ele reunirá evidências avaliativas sobre características de intervenções como barreiras, estrutura e processo.

As pessoas responsáveis pelos procedimentos serão os pesquisadores estudante de doutorado Daniel Rogério Petreça e estudante de mestrado Paula Fabricio Sandreschi coordenados pela professora doutora Giovana Zarpellon Mazo.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Ao assinalar a opção "aceito participar", a seguir, você atesta sua anuência com esta pesquisa, declarando que compreendeu seus objetivos, a forma como ela será realizada e os benefícios envolvidos, conforme descrição aqui efetuada.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Giovana Zarpellon Mazo
 NÚMERO DO TELEFONE: (48) 3664-8611
 ENDEREÇO: Rua Pascoal Simone, 358 – Coqueiros – Florianópolis/SC

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP SH/UDESC
 Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-001 – Fone/Fax: (48)3321-8195
 e-mail: cepsh.reitoria@udesc.br
 CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - SEPN 510, Norte, Bloco A, 3º andar, Ed. Ex-INAN, Unidade II – Brasília
 – DF- CEP: 70750-521 - Fone: (61)3315-5878/ 5879 – e-mail: conep@saude.gov.br

Pergunta *

Aceito participar

ANEXO C – Questionário de avaliação de Programas de Atividade Física em Santa Catarina.

1. *

Marcar apenas uma oval.

Aceito participar



AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA EM SANTA CATARINA Versão Gestores

Esse questionário tem como objetivo conhecer melhor os gestores e os programas de atividade física desenvolvidos na saúde pública de Santa Catarina.

Por se tratarem de questões pessoais, pedimos a gentileza de que seja respondido EXCLUSIVAMENTE pelo gestor do programa.

Contamos com sua colaboração e agradecemos desde já a participação na pesquisa.

2. A. Qual o nome do seu município? *

3. A1. Qual é o sexo do(a) senhor(a)? *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

4. A2. Qual é a idade completa do(a) senhor(a)? *

5. A3. Qual é a escolaridade completa do(a) senhor(a)? *

Marcar apenas uma oval.

Ensino fundamental

Ensino médio

Superior

Especialização

Residência

Mestrado

Doutorado

6. **A4. Atualmente, considerando o salário mínimo (SM) vigente de R\$ 880,00, a sua renda bruta recebida como pagamento pela sua atuação profissional na Secretaria Municipal de Saúde é de aproximadamente quanto? ***

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 1 SM
- De 1 a 2 SM
- De 2 a 4 SM
- De 4 a 10 SM
- De 10 a 20 SM
- Acima de 20 SM

7. **A5. Qual é o estado civil (situação conjugal) atual do(a) senhor(a)? ***

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro(a)
- Casado(a) ou vivendo com um parceiro (a)
- Divorciado(a) ou separado(a)
- Viúvo(a)

8. **A6. Qual é a cor da pele do(a) senhor(a)? ***

Marcar apenas uma oval.

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda/mestiça
- Indígena
- Não soube responder

DIMENSÃO: FORMAÇÃO INICIAL

9. **B1. O(a) senhor(a) tem um curso de graduação concluído? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não *Ir para a pergunta 21.*
- Não, mas sou provisionado em Educação Física *Ir para a pergunta 21.*

DIMENSÃO: FORMAÇÃO INICIAL

10. **B2.** Qual foi a área de formação no curso de graduação que o(a) senhor(a) concluiu? Caso tenha concluído mais de um curso de graduação pode marcar mais de uma opção. *

Marque todas que se aplicam.

- Bacharelado em Educação Física
- Licenciatura plena em Educação Física
- Licenciatura em Educação Física
- Assistente Social
- Medicina
- Farmácia
- Enfermagem
- Fisioterapia
- Psicologia
- Terapia Ocupacional
- Nutrição
- Odontologia
- Biomedicina
- Saúde Coletiva
- Fonoaudiologia
- Outro: _____

DIMENSÃO: ATUAÇÃO PROFISSIONAL

22. **C3. Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha na Atenção Básica à Saúde? (Resposta em ANOS).**

23. *Marcar apenas uma oval.*

Não trabalho na Atenção Básica de Saúde

24. **C4a. Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha no NASF? Resposta em ANOS.**

NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família): Criada em 2008 o NASF vem com o objetivo de ampliar a oferta de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações em nove áreas estratégicas: práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica, incluindo também atividade física e práticas corporais. O município pode se organizar, com financiamento federal, podendo montar sua equipe com diversos profissionais.

26. **C4b. Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha na REDE NACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA? Resposta em ANOS**

REDE NACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA: incentivos financeiros fundo a fundo ofertados pelo Ministério da Saúde nos anos de 2005 a 2009 como ações instituídas na Política Nacional de Promoção da Saúde. Possibilitou o desenvolvimento de projetos em municípios e estados para a atuação em promoção da saúde com ênfase em atividade física, criando-se assim Rede Nacional de Atividade Física.

27. *Marcar apenas uma oval.*

Não trabalho na REDE NACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

28. **C4c. Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha na ACADEMIA DA SAÚDE? Resposta em ANOS.**

ACADEMIA DA SAÚDE: O Programa "Academia da Saúde", criado em 2011, tem como foco contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos nas modalidades: Básica: R\$ 80.000,00; Intermediária: R\$ 100.000,00 e Ampliada: R\$ 180.000,00 com infraestrutura e profissionais qualificados. Os polos do Programa Academia da Saúde são construídos na área de abrangência do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da Atenção Básica.

34. **C7. Qual é o tipo de vínculo empregatício que o(a) senhor(a) tem na Atenção Básica à Saúde (ou no Programa em que atua)? Caso tenha mais de um tipo de vínculo, pode marcar mais de uma opção. ***

Marque todas que se aplicam.

- Não possui vínculo empregatício
- Contrato temporário, sem realização de processo seletivo
- Contrato temporário, com realização de processo seletivo
- Contrato temporário, realizado via empresa terceirizada, sem realização do processo seletivo
- Contrato temporário, realizado via empresa terceirizada, com realização do processo seletivo
- Servidor público efetivo, cedido por outra secretaria
- Servidor público efetivo, após realização de concurso para a Secretaria da Saúde
- Cargo comissionado
- Outro: _____

49. **E1. O programa/intervenção o qual o(a) senhor(a) coordena está vinculado a qual estratégia de promoção da atividade física? ***

Marcar apenas uma oval.

- Programa Municipal Independente *Ir para a pergunta 58.*
- Rede Nacional de Atividade Física *Ir para a pergunta 59.*
- NASF *Ir para a pergunta 59.*
- Programa Academia da Saúde *Ir para a pergunta 50.*
- Outro: _____ *Ir para a pergunta 58.*

ACADEMIA DA SAÚDE

50. **E1a. Atualmente, o Programa ACADEMIA DA SAÚDE vincula-se a qual(is) ponto(s) ou serviço da rede de saúde? ***

Marcar apenas uma oval.

- Não possui nenhum vínculo com a rede de saúde
- Pela Estratégia de Saúde da Família
- Pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- Tanto pela Estratégia de Saúde da Família como pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- Outro: _____

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

117. **G11. Quais são os principais motivos que dificultam a realização de ações de monitoramento ou avaliação deste programa/intervenção? ***

Marque todas que se aplicam.

- Não há dificuldade para a realização de monitoramento e avaliação
- Falta de conhecimento entre os profissionais
- Falta de tempo
- Falta de recursos humanos (profissionais)
- Falta de instrumentos padronizados
- Falta de incentivo por parte da chefia
- Falta de incentivo por parte dos meus colegas
- Falta de aplicação prática para os resultados das ações avaliativas
- Não há dificuldade para realização dessas ações
- Outro

PLANEJAMENTO

130. **H13. Quais são os principais motivos que DIFICULTAM a realização de ações de PLANEJAMENTO? ***

Marque todas que se aplicam.

- Não há dificuldade para realização dessas ações
- Falta de conhecimento entre os profissionais
- Falta de recursos humanos (profissionais)
- Falta de incentivo por parte da chefia
- Falta de aplicação prática para as ações de planejamento
- Falta de tempo
- Falta de metodologias padronizadas de planejamento
- Falta de incentivo por parte dos colegas de trabalho
- Outro

OPERAÇÃO

143. I13. Quais são os principais motivos que dificultam a operação do programa/treinamento, ou seja, a prestação de serviços, o atendimento aos usuários? *

Marque todas que se aplicam.

- Não há dificuldade para operação do programa
- Falta de conhecimento entre os profissionais
- Falta de incentivo por parte da chefia
- Falta de condições materiais
- Falta de tempo
- Falta de metodologias padronizadas de atendimento aos usuários
- Falta de incentivo por parte dos colegas de trabalho
- Inadequação dos equipamentos disponíveis
- Inadequação das instalações físicas
- Falta de equipamentos e materiais
- Outro