

UNIVERSIDADE DO CONTESTADO - UnC

DAYANE CRISTINA PETREÇA

BARREIRAS IDENTIFICADAS POR SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE  
PARA IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA  
EM SANTA CATARINA

CAMPUS MAFRA

2016

DAYANE CRISTINA PETREÇA

BARREIRAS IDENTIFICADAS POR SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE  
PARA IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA  
EM SANTA CATARINA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como exigência para obtenção de Título de  
Especialista em Gestão de Saúde Pública,  
ministrado pela Universidade do Contestado –  
UnC, Campus Mafra, sob Orientação do  
Professor Ms. Daniel Rogério Petreça. Pesquisa  
financiada pelo FUMDES

CAMPUS MAFRA

2016

Dayane Cristina Petreça

Barreiras identificadas por secretários municipais de saúde para implantação de programas de promoção de atividade física em Santa Catarina

Esta Monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

**Especialista em Gestão de Saúde Pública**

E aprovada na sua versão final em 07 de maio de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade do Contestado e Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Saúde Pública.

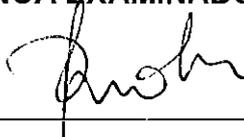


---

Prof. Ms. Eivaldo Antunes

Coordenador do Curso de Pós-graduação em Gestão de Saúde Pública

**BANCA EXAMINADORA:**



---

Prof. Dr. Renata Campos

(Orientador)



---

Prof. Ms. Eivaldo Antunes

(Avaliador)



---

Prof. Ms. Daniel Rogério Petreça

(Avaliador)

## AGRADECIMENTOS

Ao FUMDES pela oportunidade de aprender e aprimorar os conhecimentos.

Ao Professor Mestre Daniel Rogério Petreça pela dedicação e comprometimento nos ensinamentos e melhora profissional dos indivíduos.

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar as barreiras para implantação de programas de atividade física sob visão dos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina em relação aos recursos humanos, recursos físicos e priorização do tema pela população. A população foi composta pelos Secretários municipais de saúde dos 295 municípios do estado de Santa Catarina. Com uma amostra de 175 municípios feita através da estratificação por meio do porte de cada região. A coleta de dados foi feita primeiramente com contato via telefone com o Secretário Municipal da Saúde, com o objetivo de realizar o convite para participar da pesquisa e pedir autorização para o envio do instrumento de coleta que foi um questionário semiestruturado autoaplicável o qual foi enviado por e-mail ou correspondência, sendo o segundo contato com o secretário municipal de saúde, o qual foi perguntado o grau de importância das barreiras para o desenvolvimento de ações/atividades relacionadas à atividades físicas no seu município, segundo a falta de capacitação dos profissionais, falta de comprometimento/ envolvimento dos profissionais, escassez de recursos humanos para desenvolvimento das ações, escassez de recursos materiais, falta de políticas/diretrizes priorizando a atividade física para a comunidade, atividade física não é prioridade para a comunidade e escassez de espaços e/ou equipamentos para a prática de atividade física. Foi definido um prazo de 30 dias para o retorno, caso não tivesse cumprido com o prazo, foi realizado novo contato, solicitando o envio dos documentos em 15 dias. Ainda não havendo resposta, cessaram-se os contatos e foram incluídos aqueles que enviaram o questionário respondido até a finalização da coleta. Para análise estatística foi realizada um banco de dados no programa Microsoft Excel<sup>®</sup>. Para as análises foi utilizado o software estatístico IBM SPSS<sup>®</sup> versão 20.0, para Windows. Os dados foram tratados por meio da estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência simples e relativa). De acordo com os dados, obteve-se média de idade de 43,7 (DP = 9,9) anos, com predominância do gênero masculino com 51,1%, os quais atuam principalmente nas cidades de Porte Pequeno 1, que são cidade com até 10.000 habitantes. Com superioridade de indivíduos com escolaridade com mais de 15 anos de estudo totalizando 65%. Em relação às barreiras encontradas para o desenvolvimento de ações/atividades relacionadas à atividade física nos municípios, a falta de capacitação dos profissionais foi citada como a maior barreira para os secretários municipais da saúde com um total de 93,2% das respostas para a questão como de "extremamente importante", "muito importante" e "importante" quando somadas. Seguida das barreiras: escassez de recursos humanos para o desenvolvimento das ações e falta de políticas/diretrizes priorizando a atividade física para a comunidade, as duas questões totalizando 89,7% com a soma das respostas "extremamente importante", "muito importante" e "importante".

**Palavras-Chave:** Implantação. Atividade Física. Saúde Pública. Gestor.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the barriers to implementation of physical activity programs in view of municipal secretaries of state health of Santa Catarina in relation to human resources, physical resources and prioritization of the issue by the population. The population was composed by municipal secretaries of health of 295 municipalities in the state of Santa Catarina. With a sample 175 through the municipal made by laminating the size of each region. Data collection was first made to contact by telephone with the Municipal Secretary of Health, in order to carry out the invitation to participate and ask for permission to send the collection instrument was a semi-structured self-administered questionnaire which was sent by e-mail or correspondence, the second contact with the municipal secretary of health, which was asked how important barriers to the development of actions / activities related to physical activity in your municipality, according to the lack of professional training, lack of commitment / involvement of professionals, lack of human resources for the development of actions, lack of material resources, lack of policies / guidelines prioritizing physical activity for the community, physical activity is not a priority for the community and lack of spaces and / or equipment for physical activity. a period of 30 days for the return has been set, if it had not complied with the deadline, was made new contact, requesting the submission of documents in 15 days. There is still no reply, ceased to contacts and were included those who sent the questionnaire responded to the completion of the collection. Statistical analysis was performed a database in Microsoft Excel®. For the analysis was used IBM SPSS statistical software version 20.0 for Windows. The data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation, simple and relative frequency). According to the data, we obtained a mean age of 43.7 (SD = 9.9) years, with a predominance of males with 51.1%, which act mainly in towns in Small 1, which are city with up to 10,000. With superiority of individuals with education with over 15 years of study totaling 65%. Regarding the barriers encountered in the development of actions / activities related to physical activity in the cities, the lack of professional training was cited as the biggest barrier to the municipal health secretaries with a total of 93.2% of the answers to the question as "extremely important", "important" and "important" when added. Then the barriers: lack of human resources for the development of actions and lack of policies / guidelines prioritizing physical activity for the community, the two issues totaling 89.7% to the sum of answers "very important", "very important" and "important".

**Keywords:** Implementation. Physical activity. Public health. Manager.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>7</b>  |
| 1.1 OBJETIVOS .....  | 9         |
| 1.1.1 Objetivo Geral.....  | 9         |
| 1.1.2 Objetivos Específicos.....   | 9         |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....   | <b>10</b> |
| 2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ÊNFASE EM ATIVIDADE FÍSICA .....                             | 10        |
| 2.2 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA                         | 11        |
| 2.3 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA ..... | 13        |
| 2.4 GESTORES MUNICIPAIS EM SAÚDE .....   | 15        |
| <b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....  | <b>16</b> |
| 3.1 TIPO DE PESQUISA .....   | 16        |
| 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....  | 16        |
| 3.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS .....  | 18        |
| 3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....   | 20        |
| 3.6 TRATAMENTO DOS DADOS.....  | 21        |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....   | <b>22</b> |
| <b>5 CONCLUSÃO</b> .....   | <b>31</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>32</b> |
| APÊNDICE A – Questões do questionário semiestruturado autoaplicável.....               | 39        |
| APÊNDICE B –Roteiro de ligações Secretaria de Gabinete .....                           | 50        |
| APÊNDICE C –Roteiro de ligações Secretário da Saúde .....                              | 51        |
| APÊNDICE D –Termo de consentimento Livre e Esclarecido .....                           | 52        |

## 1 INTRODUÇÃO

O conhecimento acumulado na área da epidemiologia da AF indicam que grande parcela da população não atinge as recomendações atuais quanto a prática de atividades físicas (HALLAL, et al., 2005) e dessa forma se faz a associação inversa da prática regular de AF com doenças crônicas degenerativas, como o diabetes, hipertensão, doenças coronarianas, distúrbios mentais, doenças musculoesqueléticas e câncer, tornando-a uma estratégia eficaz à promoção da saúde (BAUMAN, 2004).

Dessa forma, o desenvolvimento de intervenções eficazes para aumentar o nível de atividade física e prevenir incapacidades tornou-se prioridade em saúde pública (FERRUCCI et al., 2004, KOHL et al., 2012) sendo disponibilizada para a população diversas ações de promoção da saúde, em diversos países (Brasil, Estados Unidos, Bélgica, Canadá, Grécia, Austrália, Rússia, Inglaterra, Nova Zelândia, Colômbia, Japão, entre outros) (HEATH et al., 2012) utilizando a atividade física como principal estratégia (AMORIM, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) assumiu como prioridade a estruturação de ações de promoção à saúde, prevenção e vigilância de DCNT em função das possibilidades existentes para prevenção e controle destas doenças (MALTA, et al., 2009).

A promoção da saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um processo cuja finalidade é ampliar as possibilidades de indivíduos e comunidades em atuarem sobre fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida, com maior participação no controle deste processo (WHO, 2009).

Segundo Malta e Castro (2009) os princípios da "promoção da saúde" foram incorporados pelo movimento da reforma sanitária, na Constituição Federal de 1988 e no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, foi somente em 2006 que o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) elaboraram e aprovaram a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Em 2006, foram definidos como eixos prioritários de ação da PNPS alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução

da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável. Estas ações prioritárias apontadas na PNPS serviram como dispositivo para ampliar ações de promoção em todos os níveis do SUS.

Quanto ao direcionamento de procedimentos relacionados à prática corporal/atividade física a Política de Promoção da Saúde por meio da Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que sejam implantadas ações na rede básica de saúde e na comunidade; ações de aconselhamento/divulgação; ações de intersectorialidade e mobilização de parceiros e ações de monitoramento e avaliação (MORETTI, et al., 2009).

O Ministério da Saúde, desde a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde, por meio de incentivos financeiros possibilitou o desenvolvimento de projetos em municípios e estados para implementação de programas de promoção da saúde com ênfase em atividade física. Criando-se assim a Rede Nacional de Atividade Física (MALTA et al., 2014).

Seguindo essa política o Brasil, assumiu posição de destaque na implementação de intervenções (FERREIRA; NAJAR, 2005). Destacam-se alguns programas da promoção de atividade física vinculados à saúde pública como o Agita São Paulo, SP (MATSUDO et al., 2003), Curitiba de Curitiba, PR (KRUCHELSKI; RAUCHBACH, 2005) e a Academia da Cidade do Recife, PE (HALLAL et al., 2010).

A fim de implantar intervenções efetivas para promoção de saúde a nível populacional é necessário entender todos os aspectos modificáveis que estão associados com as atividades físicas. Características individuais como raça e renda podem ser determinantes menos importantes que condições de vida, condições adequadas de moradia e segurança no bairro (AMESTY, 2003).

A responsabilidade sobre as ações e serviços de saúde em cada esfera de governo é: no nível federal o Ministério da Saúde, nos estados os gestores são os secretários estaduais de saúde (BRASIL, 2008). No nível municipal, cabe aos gestores programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Isto significa que o município deve ser o primeiro e o maior responsável pelas ações de saúde para a sua população (BRASIL, 2008).

Valendo ressaltar da dificuldade de estudos sobre essa temática, pois, segundo Andrello et. al (2002) estudos envolvendo gestores, em especial os secretários municipais da saúde, não são comumente encontrados na literatura devido à dificuldade de acesso aos mesmos .

Com base nessas informações e justificativas, formulou-se a seguinte questão problema: quais são as percepções dos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina quanto à importância, as ações realizadas e as barreiras dos programas de promoção de atividade física?

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Analisar as barreiras para implantação de programas de atividade física sob visão dos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina em relação aos recursos humanos, recursos físicos e priorização do tema pela população.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

Verificar as barreiras encontradas pelos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina em relação aos recursos humanos para o desenvolvimento de programas de promoção de atividade física para a população de seu município.

Verificar as barreiras encontradas pelos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina em relação aos recursos físicos para o desenvolvimento de programas de promoção de atividade física para a população de seu município.

Verificar as barreiras encontradas pelos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina em relação à construção de políticas e priorização da implementação de ações de atividade física de seu município.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ÊNFASE EM ATIVIDADE FÍSICA

Relatos que associam a atividade física (AF) ao estado de saúde dos indivíduos/populações remontam aos pensadores da Idade Antiga (DE ROSE, 1997). No entanto, as primeiras evidências científicas sobre o tema surgiram na segunda metade do século XX, por meio dos trabalhos pioneiros de Jeremy Morris e colaboradores no ano de 1953, cujos resultados apontaram menor número de mortes por todas as causas em indivíduos inseridos em atividades ocupacionais mais vigorosas, quando comparados aos trabalhadores que possuíam atividades mais leves.

A prevalência de inatividade física é elevada no Brasil e no mundo. (HALLAL, et al. 2012) e à associação do mesmo com diversas doenças (KOHL et al., 2012), vem fazendo com que haja muitas estratégias de promoção da atividade física incluídas em planos referentes à saúde da população (HEATH et al., 2012).

Diante disso a Organização Mundial de Saúde (OMS) por meio das diretrizes internacionais da Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física, elegeu a promoção da AF como uma das ações prioritárias do SUS (MALTA et al., 2009).

A consolidação das estratégias voltadas a promoção da saúde, se deu de fato, ao institucionalizar, em julho do 2005, por meio da Portaria nº 1.190, o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS), que tinha como objetivo propor a política e consolidar a "Agenda Nacional de Promoção da Saúde 2005-2007 (BRASIL, 2005), financiando cidades para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, sendo que a ênfase dos projetos foi na promoção de atividade física (MENDONÇA et al.,2009).

Até 2010 foram investidos aproximadamente R\$ 171 milhões no financiamento dessas iniciativas, cujo conjunto passou a ser denominado "Rede Nacional de Atividade Física" (RNAF) (AMORIM et al., 2013).

Em Santa Catarina, 40 municípios e o estado foram contemplados com recursos, sendo em 2005, apenas Florianópolis e o estado com R\$ 96.855,00, em

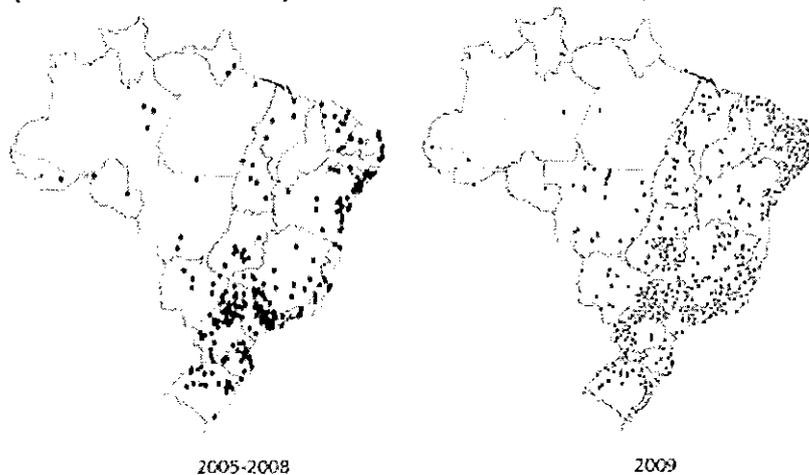
2006 foram 11 municípios com R\$ 40.000,00, em 2007 foram 9 municípios com R\$ 40.000,00, em 2008 foram 16 municípios com R\$ 50.643,70, em 2009 foram 30 municípios com R\$ 40.000,00 e em 2010, foram 40 municípios com R\$ 40.000,00, perfazendo um total de R\$ 4.339.153,72. (BRASIL, 2006, 2007, 2008 e 2009).

## 2.2 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA

O Ministério da Saúde, desde 2005, por meio de incentivos financeiros vinculados a convênios, editais e portarias, vem possibilitado o desenvolvimento de projetos em municípios e estados para a atuação em promoção da saúde. Os projetos incluem ações nas áreas de atividade física, alimentação saudável, prevenção de tabagismo, álcool e outras drogas, prevenção de acidentes de trânsito, prevenção de violência e estímulo a cultura de paz e promoção de desenvolvimento sustentável, eixos formadores da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2007).

A figura 1 destaca a rápida evolução da Rede Nacional de Atividade Física, mostrando o mapa do país com cada cidade financiada em 2005 e o mapa de cidades financiadas em 2009. Nota-se que o crescimento foi grande e que neste período, as regiões Sudeste e Nordeste do país foram as que mais aumentaram o número de programas. (AMORIM et al., 2013)

Figura 1 – Municípios contemplados nos editais da Política Nacional de Promoção da Saúde (2005-2008 e 2009), na área temática Práticas corporais/Atividade Física.



Segundo Pratt et al. (2010), desde a formação da Rede Nacional de Promoção da Saúde, há uma notável ênfase em projetos de atividade física, sendo esta a área predominante da rede. Por isso, esta também é considerada a Rede Nacional de Atividade Física (RNAF) do Ministério da Saúde. Com esta elevada demanda para a atividade física, o Ministério da Saúde se cercou de estratégias de fortalecimento, sustentabilidade, monitoramento e avaliação para apoio à rede que se constituiu. (HOEHNER et al., 2008)

A partir disso, o Ministério da Saúde possibilitou o desenvolvimento de projetos em municípios e estados para implementação de programas de promoção da saúde com ênfase em atividade física/práticas corporais criando a Rede Nacional de Atividade Física (MALTA et al., 2014).

Dentre os programas de governo destacam-se o "Mais Saúde", entre 2008 e 2010, inserindo no monitoramento ações de Promoção da Saúde como as reuniões do Comitê Gestor da PNPS; repasses financeiros para programas de Promoção da Saúde, como os de promoção de atividade física e alimentação saudável, prevenção do tabagismo, implementação de núcleos de prevenção de violência, vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito. Estas ações também foram inseridas em 2011 no Plano Nacional de Saúde (2011-2015) e no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (2011-2015).

Em 2008, o Ministério da Saúde criou outra ação significativa com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL,2008). Diversos profissionais de saúde compõem as equipes do NASF,

incluindo a Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social e Educação Física, sendo que a última está inserida em 49,2% das equipes (SANTOS; BENEDETTI, 2013).

Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2015).

O Programa Academia da Saúde foi instituído com a publicação da Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011. Depois, em 2013, o Programa passou por ajustes e aperfeiçoamentos, tendo sido redefinido pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Para tanto, o Programa promove a implantação de polos do Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados (BRASIL, 2016).

Trata-se de uma política pública capilarizada no território, visto que já alcançou mais de 2.660 municípios brasileiros, de todas as unidades da federação, o que indica o compromisso do estado brasileiro com a promoção da saúde e de modos de vida saudáveis e sustentáveis em todo o território nacional. De acordo com meta estabelecida no Plano Plurianual 2011-2015, o Ministério da Saúde deveria habilitar 4.800 polos do Programa até o final de 2015 (BRASIL, 2016).

### 2.3 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA

Fazendo uma análise histórica sobre os recursos despendidos ao estado de Santa Catarina, podemos afirmar que de 2006 a 2010 tivemos um aumento de a Rede Nacional de Atividade Física. (AMORIM, 2013). A Rede Nacional de Atividade Física se deu por diversos editais os quais possuíam características diferentes. Santa

Catarina vem sendo contemplados nesses editais desde 2005, onde nesse ano apenas Florianópolis e o estado foram contemplados.

No ano de 2006 o número aumentou para onze municípios com um valor de R\$40.000,00, mesmo valor ganho pelos nove municípios contemplados no ano de 2007. Em 2008 foram contemplados dezesseis municípios com um valor maior que os anos anteriores de R\$ 50.643,70. Em 2009 e 2010 o valor voltou a ser R\$40.000,00, sendo contemplados trinta municípios no primeiro ano e quarenta no segundo ano. (BRASIL, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 E 2010).

Com a implantação de polos do Programa Academia da Saúde em 2011 que são espaços públicos ou espaços especialmente construídos para o desenvolvimento das ações de promoção de práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção do cuidado, entre outros, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais com a atuação conjunta das áreas de vigilância e atenção à saúde com a finalidade (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014) em Santa Catarina, atualmente, possui 149 polos do Programa Academia da Saúde, sendo 71 deles (48%) com as obras concluídas.

Uma avaliação realizada pelo Ministério de Saúde, em maio de 2015, verificou que a população de idosos está presente em 100% dos polos da Academia, sendo que, em 90%, participam adultos; 60% adolescentes e 50% crianças. Das dificuldades apontadas para a implantação, a contratação de recursos humanos, a participação da comunidade no planejamento das ações e a inserção de crianças são as mais citadas (DIVE, 2015).

Todos os profissionais da Atenção Básica, especialmente os integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), deverão incluir o Programa Academia da Saúde no planejamento conjunto de suas ações e, além da articulação com a rede de serviços de saúde, deverão dialogar e estabelecer parcerias com os demais equipamentos sociais existentes no território, a partir da identificação de suas potencialidades, para contribuir para a melhoria das condições de saúde dos usuários. Também devem constituir apoio às linhas de cuidado desenvolvidas na Atenção Básica para a construção de modos de vida favoráveis à saúde individual e coletiva (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014). Em Santa Catarina temos um total de 214 municípios

habilitados com 221 unidades do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). (BRASIL, 2014)

## 2.4 GESTORES MUNICIPAIS EM SAÚDE

Segundo Campos (2000) os termos gestão e administração refém-se ao ato de governar pessoas, organizações e instituições. Gestão diz respeito à capacidade de dirigir, isto é, confunde-se com o exercício do poder.

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (BRASIL, 2003). As funções gestoras no SUS podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessária para a implementação de políticas na área da saúde” (SOUZA, 2002).

Os gestores possuem quatro principais atribuições, para que desenvolvam seu papel sendo elas: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados); prestação direta de serviços de saúde(SANTOS, 2006).

Para Castro et al. (2005), torna-se necessário que o gestor tenha conhecimento sobre o processo regulatório da política de descentralização, expresso em normas operacionais que estabelecem critérios, definições de passos a serem percorridos e procedimentos técnicos, tendo como base um pacto político cooperativo entre as instâncias e instituições do sistema de saúde.

O modelo de gestão pública com enfoque em diferentes formas de controle, como da qualidade, dos resultados, dos custos e do social, vinculada à responsabilidade social e à democratização, requer uma formação e mudança do perfil do gestor público (SOUZA 2002).

Com essa linha de pensamento, acrescenta que o perfil deste gestor deverá ser delineado, considerando, entre outras, as seguintes dimensões: iniciativa, responsabilidade, bom senso, capacidade de decisão, perseverança, conhecimento atualizado e visão de futuro (CASTRO et al, 2005). O cenário da atual política de

saúde, a democratização, qualidade, responsabilidade, eficiência, efetividade e eficácia são componentes fundamentais para garantir o alcance de bons resultados na prestação dos serviços, o que leva à reflexão sobre qual o perfil adequado para o gestor, na perspectiva de corresponder às demandas (SANTOS, 2006 CASTRO et al., 2005.)

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

O referente estudo pode ser caracterizado como pesquisa descritiva, que tem como objetivos observar, registrar, analisar, descrever e relacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, procurando descobrir com precisão a frequência em que um fenômeno ocorre e sua relação com outros fatores (MATTOS et al., 2008).

Sendo também classificada como de levantamento, que de acordo com Gil (2010) busca observar as características de uma população com o questionamento direto às pessoas as quais se deseja conhecer. Quanto ao corte, é classificada como transversal, uma vez que observa o fator e o efeito em um mesmo momento histórico, avaliando a mesma variável (ROUQUARYOL; BARRETO, 2003).

#### **3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população deste estudo foi composta pelos 295 secretários municipais de saúde (SMS) do estado de Santa Catarina. Para determinação da amostra, foi realizado um cálculo de proporção levando em conta o porte e a divisão em mesorregiões (Grande Florianópolis, Serrana, Sul, Oeste, Planalto Norte, Vale do Itajaí) do estado de Santa Catarina. Os dados do tamanho populacional foram obtidos por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo 2010.

Os municípios Balneário Rincão e Pescaria Brava (ambos da mesorregião Sul) foram fundados em 2012 e por isso não participaram do Censo 2010; para tanto, utilizou-se a população estimada para 2015 pelo IBGE. Os pontos de corte para a definição do porte dos municípios foram adaptados daqueles criados pelo IBGE de acordo com a realidade do estado de Santa Catarina, algumas categorias foram agrupadas e outras divididas, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Pontos de corte utilizados para categorização do porte dos municípios.

| IBGE      |                   | ADAPTADO  |                  |
|-----------|-------------------|-----------|------------------|
| Porte     | Ponto de corte    | Porte     | Ponto de corte   |
| Pequeno 1 | Até 20.000        | Pequeno 1 | Até 10.000       |
| Pequeno 2 | 20.001 – 50.000   | Pequeno 2 | 10.001 – 20.000  |
| Médio     | 50.001 – 100.000  | Médio 1   | 20.001 – 50.000  |
| Grande    | 100.001 – 900.000 | Médio 2   | 50.001 – 100.000 |
| Metrópole | Mais de 900.000   | Grande    | Mais de 100.000  |

Após a verificação do porte dos municípios de cada região, buscou-se uma proporção de respostas semelhante à proporção que cada porte a qual se representava em cada região. Dessa forma, a estratificação dos municípios que deveriam fazer parte da amostra foi de 175 municípios conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Representatividade de cada porte por região e proporção de respostas dos secretários municipais de saúde.

| REGIÃO E PORTE              | Municípios |   | Resposta na pesquisa |                      |
|-----------------------------|------------|---|----------------------|----------------------|
|                             | f          | Representatividade na região (%)<br>(percentual de resposta esperado) | f                    | Percentual da região |
| <b>Grande Florianópolis</b> | <b>21</b>  | <b>100</b>  | <b>9</b>             | -                    |
| Pequeno 1                   | 11         | 52  | 5                    | 45*                  |
| Pequeno 2                   | 4          | 19  | 1                    | 25                   |
| Médio 1                     | 2          | 10  | 1                    | 50                   |
| Médio 2                     | 1          | 5   | -                    | 0*                   |
| Grande                      | 3          | 14  | 2                    | 67                   |
| <b>Vale do Itajaí</b>       | <b>54</b>  | <b>100</b>  | <b>25</b>            | -                    |
| Pequeno 1                   | 25         | 46  | 11                   | 44*                  |
| Pequeno 2                   | 14         | 26  | 10                   | 71                   |
| Médio 1                     | 6          | 11  | 2                    | 33                   |
| Médio 2                     | 5          | 9   | 2                    | 40                   |
| Grande                      | 4          | 7   | 2                    | 50                   |
| <b>Norte</b>                | <b>26</b>  | <b>100</b>  | <b>22</b>            | -                    |
| Pequeno 1                   | 6          | 23  | 5                    | 83                   |
| Pequeno 2                   | 9          | 35  | 1                    | 11*                  |
| Médio 1                     | 6          | 23  | 1                    | 17*                  |

|                |            |            |           |     |
|----------------|------------|------------|-----------|-----|
| Médio 2        | 3          | 12         | -         | 0*  |
| Grande         | 2          | 8          | 2         | 100 |
| <b>Serrana</b> | <b>30</b>  | <b>100</b> | <b>14</b> | -   |
| Pequeno 1      | 22         | 73         | 7         | 32* |
| Pequeno 2      | 4          | 13         | 3         | 75  |
| Médio 1        | 3          | 10         | 3         | 100 |
| Médio 2        | 0          | 0          | -         | 0   |
| Grande         | 1          | 3          | 1         | 100 |
| <b>Sul</b>     | <b>46</b>  | <b>100</b> | <b>15</b> | -   |
| Pequeno 1      | 20         | 43         | 3         | 15* |
| Pequeno 2      | 14         | 30         | 3         | 21* |
| Médio 1        | 7          | 15         | 5         | 71  |
| Médio 2        | 4          | 9          | 4         | 100 |
| Grande         | 1          | 2          | -         | 0*  |
| <b>Oeste</b>   | <b>118</b> | <b>100</b> | <b>88</b> | -   |
| Pequeno 1      | 89         | 75         | 69        | 78  |

Continuação Quadro 2

|              |            |            |            |           |
|--------------|------------|------------|------------|-----------|
| Pequeno 2    | 16         | 14         | 10         | 63        |
| Médio 1      | 10         | 8          | 8          | 80        |
| Médio 2      | 2          | 2          | 1          | 50        |
| Grande       | 1          | 1          | -          | 0*        |
| <b>TOTAL</b> | <b>295</b> | <b>100</b> | <b>175</b> | <b>59</b> |

\*Não foi atingido o percentual apontado pelo cálculo de proporção.

Apesar de realizado o cálculo de proporção, todos os secretários de saúde dos 295 municípios foram convidados a participar da pesquisa e por isso foi atingido um percentual acima do mínimo em alguns portes de algumas regiões. Em contra partida, alguns SMS, não aceitaram participar ou ultrapassaram as tentativas determinadas neste estudo, que eram 7 tentativas.

### 3.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo foi o questionário semiestruturado autoaplicável desenvolvido para a pesquisa Avaliação dos Programas de Atividade Física em Santa Catarina (APAF) versão Secretários de Saúde, o qual é composto de seis blocos conforme é apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Blocos de questões do questionário semiestruturado autoaplicável da pesquisa Avaliação dos Programas de Atividade Física em Santa Catarina (APAF) versão Secretários de Saúde.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>Bloco 1</b> | Sociodemográfico: traçar o perfil sociodemográfico dos secretários da saúde   |
| <b>Bloco 2</b> | Formação inicial: reconhecer a área abrangente da formação dos secretários de saúde   |
| <b>Bloco 3</b> | Formação continuada: verificar a participação dos secretários da saúde em ações de educação continuada  |
| <b>Bloco 4</b> | Condições de saúde: analisar as condições de saúde dos secretários, como a presença de doenças e auto percepção do estado de saúde  |
| <b>Bloco 5</b> | Aspectos comportamentais: verificar o nível de atividade física e a utilização de tabaco.   |
| <b>Bloco 6</b> | Programas de promoção da atividade física: reconhecer a percepção dos secretários de saúde quanto à importância, as ações e as barreiras para implantação para programas de atividade física oferecidos para a população. |

Para atingir os objetivos propostos neste estudo foi utilizado as questões referentes a idade, sexo e escolaridade do Bloco 01 e as questões G13, G14, G15, G16, G17, G18 E G19 (Apêndice A) as quais estão descritas no Quadro 4.

Quadro 4. Questões utilizadas do bloco 6 do instrumento da pesquisa Avaliação dos Programas de Atividade Física em Santa Catarina (APAF) versão Secretários de Saúde.

| <b>Enunciado Geral</b> | <i>Por favor, indique o grau de importância das barreiras listadas abaixo para o desenvolvimento de ações/atividades relacionadas à atividades físicas no seu município:</i> |
|------------------------|--|
| <b>G13</b>             | Falta de capacitação dos profissionais   |
| <b>G14</b>             | Falta de comprometimento/ envolvimento dos profissionais   |
| <b>G15</b>             | Escassez de recursos humanos para desenvolvimento das ações  |
| <b>G16</b>             | Escassez de recursos materiais   |
| <b>G17</b>             | Falta de políticas/diretrizes priorizando a atividade física para a comunidade   |
| <b>G18</b>             | Atividade física não é prioridade para a comunidade  |
| <b>G19</b>             | Escassez de espaços e/ou equipamentos para a prática de atividade física   |

As opções de resposta foram desenvolvidas na escala de Likert com as alternativas: "extremamente importante", "muito importante", "importante", "pouco importante" e "nenhuma importância". As questões do bloco que foram especificamente elaboradas para o presente estudo e passaram por um processo de validação que foi realizado por especialistas da área. A validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir (ROBERTS et al., 2006).

O formulário de validação foi composto da seguinte maneira: questão, objetivo, escala de validade, escala de clareza, escala de pertinência e espaço para comentários. Foram utilizadas três escalas para cada questão que foi de um a dez

pontos com os descritores “não válidos” e “válidos”, “não claro” e “claro” e “não pertinente” e “pertinente” nos extremos, respectivamente. Caso a pontuação fosse inferior a 8 foi solicitado que os especialistas justificassem o quesito validade e/ou que sugerissem alterações que contribuíssem para a clareza e pertinência da questão.

Após as respostas obtidas, foi realizada uma média da pontuação para cada questão e excluídas aquelas com média inferior a 8 no quesito validade; além disso, as questões referentes à clareza e pertinência foram reformuladas de acordo com as sugestões dos especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Dessa forma, criou-se a versão final do bloco o qual foi enviado para os secretários da saúde.

### 3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Esse estudo é fruto de parceria institucional entre a Universidade do Contestado, UnC com o Laboratório de Gerontologia – LAGER, do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte - CEFID, da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, através da pesquisa Avaliação de Programas Promoção da Atividade Física na Saúde Pública de Santa Catarina (APAF-SC). Conta também com a parceria institucional da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (Anexo A).

O início de coleta de dados aconteceu após a aprovação do Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina sob protocolo n. CAAE: 7414515.0.0000.0118 e foram cumpridos os princípios éticos de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Inicialmente, a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina forneceu informações sobre as Secretarias Municipais da Saúde e os secretários dos 295 municípios de Santa Catarina: nome, e-mail, contato telefônico institucional e endereço profissional.

Posteriormente, foi realizado contato via telefone com o gabinete do secretário municipal da saúde a fim de obter informações de disponibilidade, confirmação dos dados e agendamento para o contato via telefone com o secretário da saúde, de acordo com roteiro apresentado no Apêndice B.

Foi feito então o contato com os SMS que aconteceu por meio de contato via telefone de acordo com roteiro apresentado no Apêndice C no dia e horário marcados,

foi realizado contato com o Secretário Municipal da Saúde, com o objetivo de realizar o convite para participar da pesquisa e pedir autorização para o envio do questionário referente à sua percepção sobre as barreiras para a implantação de programas de atividade.

As ligações telefônicas foram feitas por oito avaliadores estudantes de pós-graduação ou graduação em educação física, sendo quatro sediados na UnC no município de Mafra (responsáveis pelas mesorregiões Oeste, Vale do Itajaí e Norte) e quatro na UDESC no município de Florianópolis (responsáveis pelas mesorregiões Sul, Grande Florianópolis e Serrana).

Para efetuar a participação do SMS, foram realizadas no máximo sete ligações com o intervalo de uma semana entre uma e outra. Não havendo retorno, cessaram-se as ligações, deixando o secretário livre caso quisesse participar da pesquisa em um momento posterior.

Ao aceitar participar, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) e o questionário aos secretários de saúde. Foi definido um prazo de 30 dias para o retorno, caso não tenha cumprido com o prazo, foi realizado novo contato, solicitando o envio dos documentos em 15 dias. Ainda não havendo resposta, cessaram-se os contatos e foram incluídos aqueles que enviaram o questionário respondido até a finalização da coleta de dados do presente estudo.

### 3.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados para a realização do trabalho foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel<sup>®</sup>. Para as análises foi utilizado o software estatístico IBM SPSS<sup>®</sup> versão 20.0, para Windows. Os dados foram tratados por meio da estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência simples e relativa).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em relação aos fatores socio-demográfico dos SMS obteve-se para a idade valores entre 25 a 68 anos com média de 43,7 (DP = 9,9) anos. Os mais jovens se encontram na região da Grande Florianópolis com média 39,8 (DP = 9,1) anos e os mais velhos na região Norte com 45,3 (DP = 11,0) anos. O que corrobora com o IBGE (2012) que afirma que a idade de produtividade da população brasileira é entre os 15 a 59 anos.

Quanto ao sexo, obteve-se predominância do masculino com 51,1%. As mulheres são predominantes na região sul, enquanto na região norte os gêneros masculino e feminino são equivalentes, divergindo da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (IBGE,2012) o qual demonstrou que há uma menor proporção de mulheres em cargos de direção e gerência na área de Educação, Saúde e Serviço Social.

Os secretários de saúde atuam principalmente nas cidades de porte "Pequeno 1", que são municípios com até 10.000 habitantes contabilizando um total de 100 secretários, seguidos por secretários que atuam em municípios de porte "Pequeno 2", o qual corresponde a cidade de 10.001 a 20.000 habitantes com um total de 35 secretários da saúde. Os municípios com porte "Médio 1" (20.001 a 50.000) e "Médio 2" contabilizam juntos 33 e os municípios com "Grande Porte" (Mais de 100.000 ) contabilizam 7.

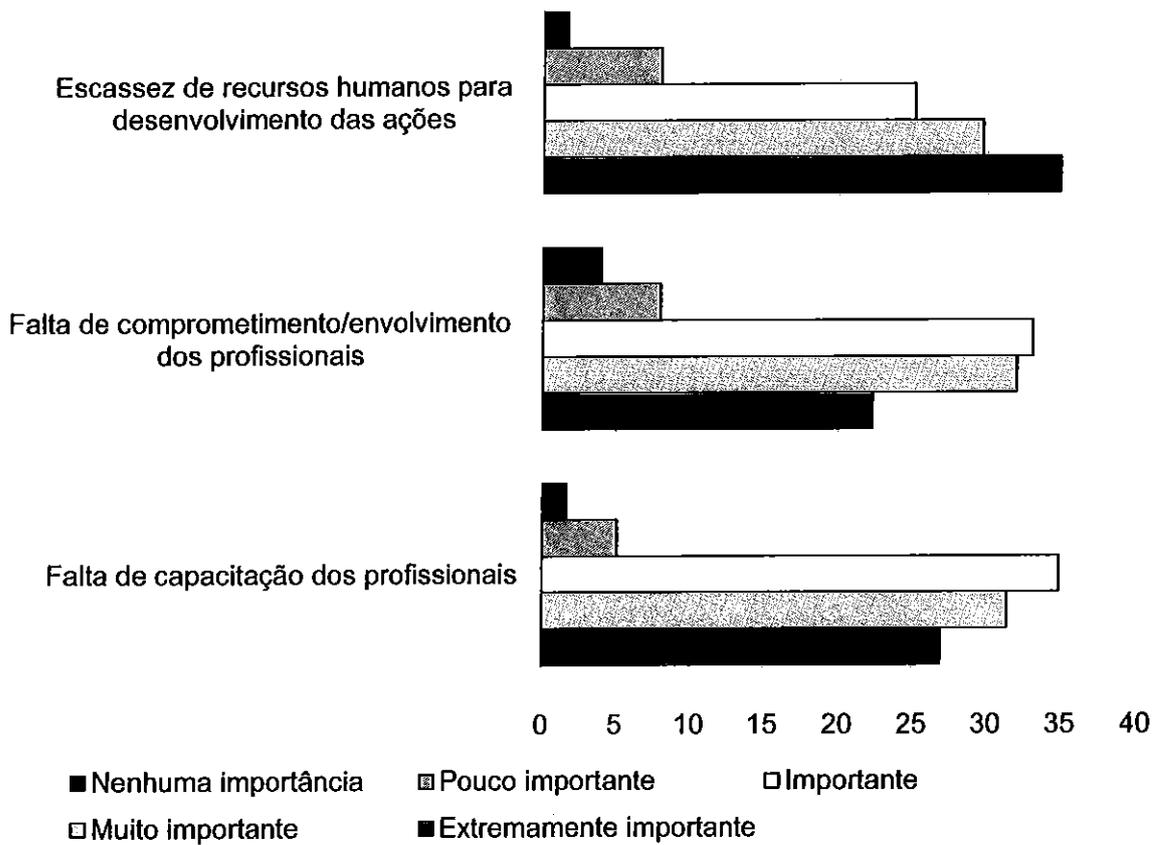
Em relação à escolaridade, ocorreu maior prevalência de SMS com mais 15 anos de estudo (Ensino Superior, Especialização, Mestrado) totalizando 65%. Sendo que segundo o IBGE (2013) em comparação aos anos de 2001 -2013 pessoas com estudo acima de 15 anos representavam 6,6% na primeira pesquisa e passaram para 13% na segunda pesquisa. Sendo que entre 2004 e 2013, a proporção de pessoas da faixa etária 25 a 34 anos com ensino superior praticamente dobrou, passando de 8,1% para 15,2%. Porém, o percentual é o menor, se comparado aos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (IBGE, 2012).

A Figura 2 demonstra as barreiras encontradas pelos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina em relação aos recursos humanos para o

desenvolvimento de programas de promoção de atividade física para a população de seu município.

Para tanto, foi questionado aos SMS barreiras em relação à escassez de recursos humanos para o desenvolvimento de ações, falta de comprometimento/ envolvimento dos profissionais e falta de capacitação.

Figura 2. Percepção dos secretários de saúde quanto às barreiras para implantação de programas de atividade física em relação aos recursos humanos.



Em relação à “falta de capacitação dos profissionais”, houve maior prevalência nas respostas de “muito importante”, “importante” e “extremamente importante” contabilizando 93,2%.

Ao questioná-los em relação a falta de comprometimento/envolvimento dos profissionais, 33,1% acham que é “importante”, seguidos de “muito importante” com 32%, e “extremamente importante” com 22,3%. Apenas, 12% considerou a falta de

comprometimento/envolvimento dos profissionais como uma barreira para a promoção de atividade física.

Quando perguntados sobre a escassez de recursos humanos para desenvolvimento das ações, as maiores prevalências foram nas respostas "extremamente importante" (34,9%), "muito importante" (29,7%) e "importante" (25,1%), na escala de grau de importância nas barreiras encontradas para o desenvolvimento de ações/atividades relacionadas a atividades físicas nos municípios.

Para tanto, é visto que a falta de capacitação e comprometimento/envolvimento e escassez de recursos humanos dos profissionais da área da saúde para o desenvolvimento de ações/atividades físicas nos municípios de Santa Catarina, pode ser considerada uma barreira para os Secretários da Saúde no desenvolvimento de ações/atividades relacionadas à atividade física,

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) a gestão dos recursos humanos que é uma das principais dificuldades para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e suas diretrizes desde a sua criação. A falta de profissionais com perfil adequado, problemas de gestão e organização da atenção são alguns dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do SUS e seus programas. (BRASIL, 2010).

Há uma percepção de mudança do comprometimento profissional em relação a uma nova geração que entra no serviço, para Gondim (2002), as instituições formais deveriam se reestruturar para assim se refletir em um delineamento de um perfil profissional mais compatível com a nova realidade. As novas demandas criadas a partir do fenômeno da globalização exigem profissionais com competências diversas e habilidades para lidar com várias situações. Esse perfil profissional baseia-se em três grandes grupos de habilidades: a) cognitivas; b) técnicas especializadas; e c) comportamentais e atitudinais.

Porem, segundo Fleury (2014) a gestão local de saúde diz que em relação à política de capacitação, em 2006, grande parte das secretarias municipais de saúde valeu-se dos cursos e treinamentos oferecidos pelos governos estadual e federal (82,4%). Aproximadamente um terço das gestões de saúde dispunha de política de educação permanente (37,9%) e/ou de política própria de capacitação (32,0%). As secretarias de saúde da região sul foram aquelas que mais implementaram política

própria de capacitação (42,7%) e/ou de educação permanente (46,8%), esta última pouco comum no centrooeste (23,3%) e no norte (28,4%).

Entretanto, como citado por Silva et al. (2007) a necessidade de adequação profissional exige modificações nas capacitações, pois muitas vezes os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação ocorrem desarticulados do contexto dos serviços e nem sempre respondem às necessidades dos gestores e trabalhadores.

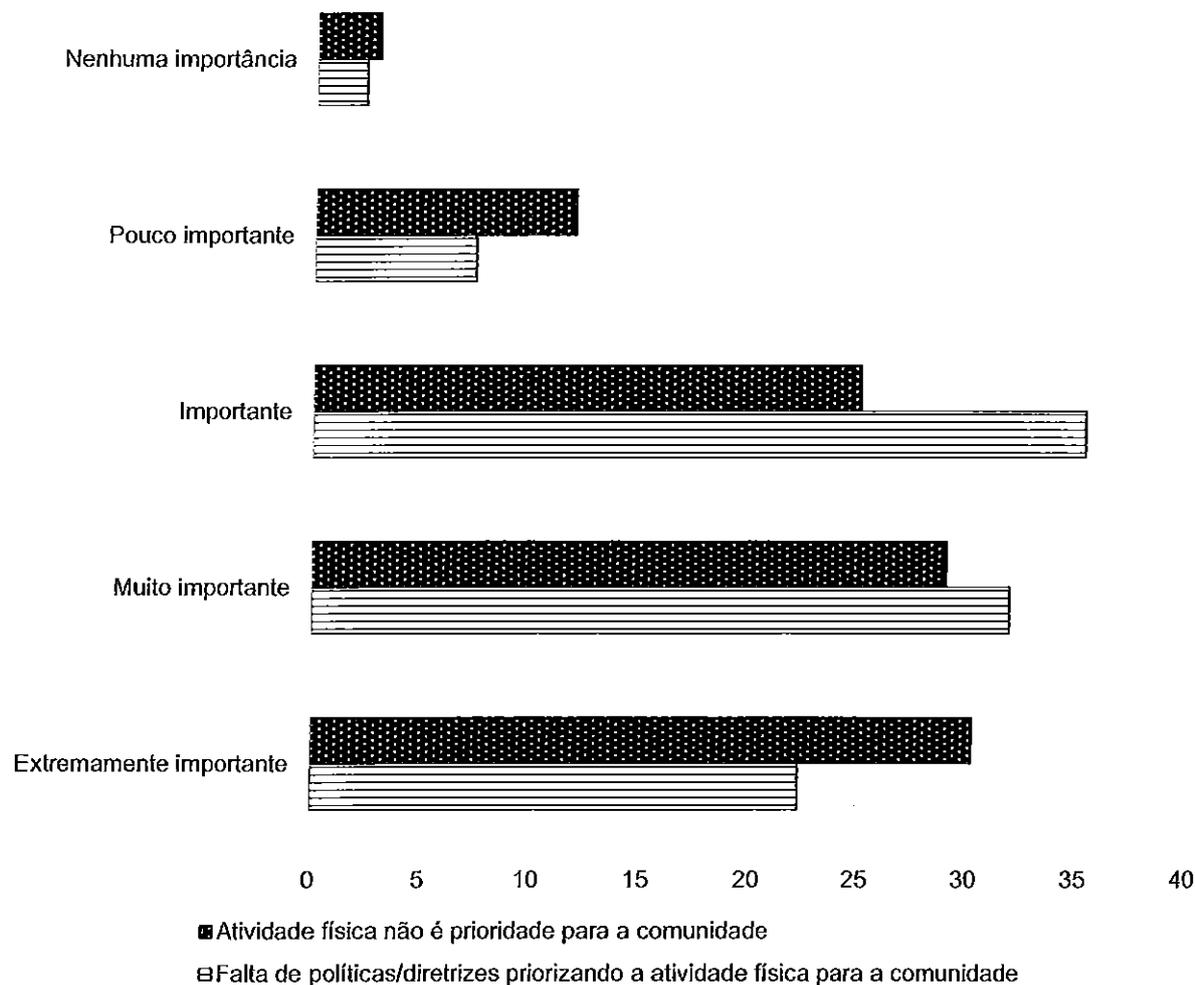
A oferta de práticas de atividade física, usualmente é de responsabilidade de profissionais de Educação Física, os quais foram inseridos no SUS através dos núcleos de apoio à saúde da família NASF, compondo equipes multiprofissionais que atuam em parceria com as Equipes de Saúde da Família (ESF), através da Portaria GM nº154 de 24 de Janeiro de 2008, que é composto de nove áreas estratégicas, que representam os diversos capítulos da presente publicação.

Os recursos financeiros do NASF são destinados a gastos com custeio – pagamento dos profissionais e compra de materiais para uso cotidiano. No entanto, no momento de implantação de ambos, o município receberá uma parcela específica destinada à aquisição de material permanente. Portaria nº 562, de 04 de abril de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). (BRASIL, 2013).

Assim como no Programa Academia da Saúde onde os recursos também são oriundos do Piso Variável da Vigilância em Saúde (PVVS) e da Atenção Básica (PAB Variável) e são repassados de forma regular, fundo a fundo, às Secretarias Municipais de Saúde, afim de, estimular a manutenção do Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e como ponto da Rede de Atenção à Saúde.

A Figura 3 demonstra as barreiras encontradas pelos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina em relação à construção de políticas e priorização da implementação de ações de atividade física de seu município.

Figura 3. Percepção dos secretários de saúde quanto as barreiras para implantação de programas de atividade física em relação à construção de políticas e priorização da implementação de ações.



Quando questionados com relação à atividade física não sendo prioridade para a comunidade os secretários municipais da saúde responderam que 30,3% acham que é extremamente importante, seguidos de muito importante com um resultado de 29,1%, e importante com 25,1%. Sendo que as questões respondidas com pouco importante ou nenhuma importância chegam ao total de apenas 14,9% das respostas dos Secretários da Saúde.

Em relação à pergunta sobre a falta de políticas/diretrizes priorizando a atividade física para a comunidade, onde houve uma superioridade nas respostas de importante (35,4%), muito importante (32%) e extremamente importante (22,3%) respectivamente, contabilizando 86,7% do total das respostas. Sendo que apenas 7,4% responderam pouco importante e 2,3 nenhuma importância.

Segundo Hallal (2008), a promoção de atividade física é uma prioridade atual em saúde. O desafio que se impõe é extremamente complexo, pois é fundamental que os pesquisadores estreitem seus vínculos com os gestores de saúde, sendo essencial que a promoção de atividade física seja priorizada, unindo esforços para que a prática regular da atividade física seja uma realidade, e não uma exceção no Brasil.

Os SMS relataram, que a falta de políticas/diretrizes priorizando a atividade para a comunidade é uma barreira para implementação de estratégias, apesar disso, o Ministério da Saúde tem criado opções de financiamento como por exemplo, em 2006, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que por meio de incentivos financeiros possibilitou o desenvolvimento de projetos em municípios e estados para implementação de programas de promoção da saúde com ênfase em atividade física. Criando-se assim a Rede Nacional de Atividade Física (MALTA et al., 2014).

A PNPS conta com sete eixos temáticos de atuação, entre os quais, as práticas corporais/atividade física e que dão suporte as estratégias desenvolvidas. A inserção das práticas corporais/atividade física (PCAF) ocorreu no decurso histórico do processo de construção da PNPS, em especial como enfrentamento da prevalência ascendente das doenças do aparelho circulatório como principal causa da morbimortalidade (MS 2008),

São consideradas ações específicas das práticas corporais/atividades físicas:

- I) Ações de oferta de práticas corporais/atividades físicas para toda a comunidade;
- II) Ações de aconselhamento/divulgação sobre os benefícios das mudanças no estilo de vida;
- III) Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros; e
- IV) Ações de monitoramento e avaliação da efetividade das estratégias.

Ressalta-se ainda, nesse contexto, que as práticas corporais/atividades físicas devem ser compreendidas como expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindas do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta e da ginástica, sendo possibilidades de atividades as práticas de caminhada e orientação de exercícios, além das práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas como capoeira, danças, modalidades de ginásticas orientais, entre

outras, as quais deverão ser oferecidas à população em geral, sem restrição aos indivíduos já adoecidos ou mais vulneráveis (VIGITEL, 2007).

Em Santa Catarina o incentivo fez com que os municípios implantassem algumas intervenções com ênfase em atividade física, como: Piçarras com o "Caminhando para uma vida saudável" que consistia de capacitações, caminhadas e aulas de ginástica; Chapecó com o "Chapecó mais saudável" o qual implantou o Núcleo de Promoção em Saúde, responsável por planejar, articular, monitorar e avaliar as ações coletivas; Herval d'Oeste com o "Mexa-se", programa permanente de atividade física voltada para a população hipertensa e diabética; Itajaí com o "Itajaí Ativo" realizando práticas corporais monitoradas por profissionais de educação física (BRASIL, 2009); Mafra com o "Mafra em Forma" que tem como objetivo proporcionar a prática regular e orientada de atividade física para os munícipes, além de orientar, educar e sensibilizar sobre os benefícios, importância e manutenção de um estilo de vida saudável e ativo (PETREÇA, 2009).

Ainda, os municípios de Schroeder (Grupo Terapêutico Movimenta Schroeder), São Bento do Sul (Agita São Bento), São Lourenço do Oeste (Programa do Exercício Terapêutico), Formosa do Sul (Projeto Alegria de Viver), Itapema (Itapema + Ativa) e Rio do Sul (Amigos da Saúde) (BRASIL, 2009).

Outra iniciativa que visa à promoção da atividade física na saúde pública é o Programa Academia da Saúde que surgiu com a publicação da Portaria nº 719, de 07 de abril (BRASIL, 2011) revogada posteriormente pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013). Foi lançada por conta do fim da disponibilização dos recursos da Rede Nacional de Atividade Física em 2010.

O Programa 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 com infraestrutura e profissionais qualificados (BRASIL 2013). Seus objetivos estão baseados no fortalecimento da promoção da saúde, o desenvolvimento do cuidado integral, a promoção da educação em saúde e de ações inter setoriais, convergir programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer, ampliar a autonomia sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis, aumentar o nível de atividade física da população e hábitos alimentares

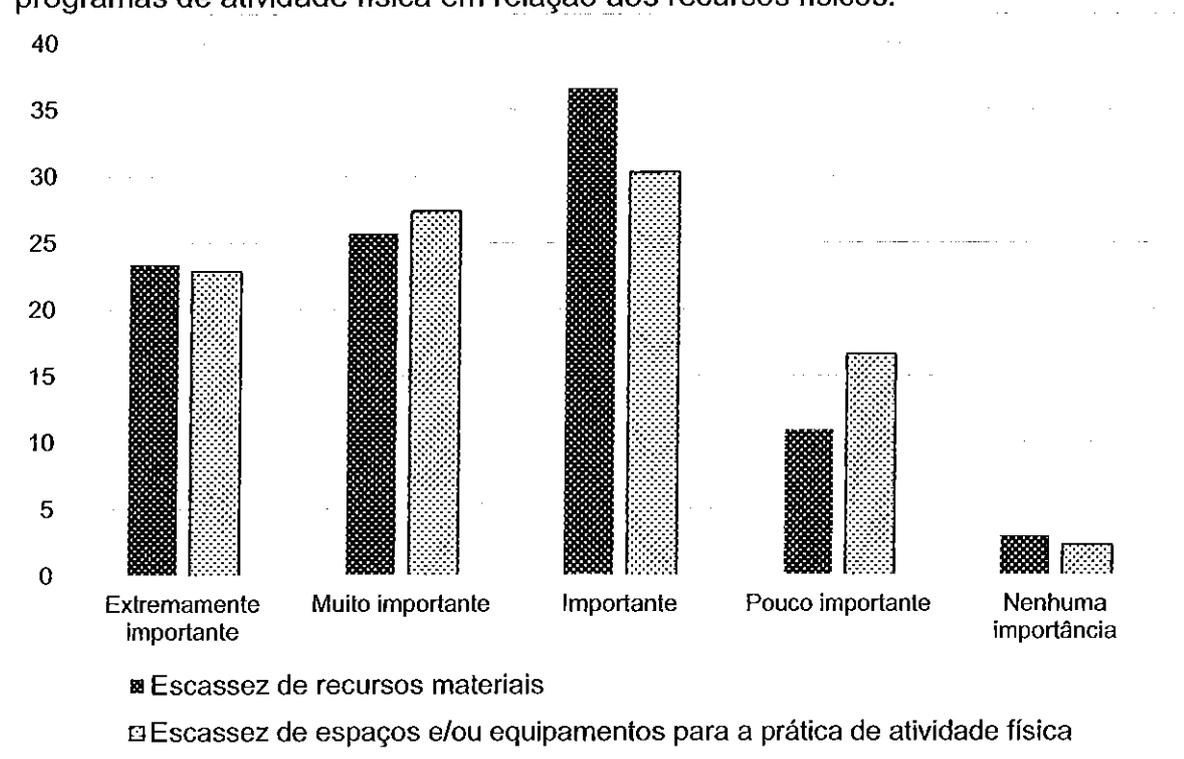
saudáveis e promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade.

O programa Academia da Saúde é baseado em iniciativas bem sucedidas realizadas em cidades como Recife, Aracaju e Belo Horizonte, onde esses programas buscaram eliminar barreiras como, por exemplo, a inexistência de espaços públicos de lazer que diminuem a possibilidade de acesso às práticas corporais pela maioria da população. (BRASIL, 2014).

Em relação à Academia da Saúde, 149 municípios possuíam polos habilitados em Santa Catarina entre 2011 a maio de 2015 (MS, 2015); sendo que desses, 71 estão com as obras concluídas. Além disso, dos municípios habilitados, 66% possuem NASF também (DIVE SC, 2014), são 214 municípios habilitados com 221 unidades (BRASIL, 2014).

A Figura 4 demonstra as barreiras encontradas pelos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina em relação aos recursos físicos para o desenvolvimento de programas de promoção de atividade física para a população de seu município.

Figura 4. Percepção dos secretários de saúde quanto as barreiras para implantação de programas de atividade física em relação aos recursos físicos.



Em relação à escassez de recursos materiais como barreiras para implementação de ações de promoção de saúde com ênfase em atividade física, foi verificado que 36% consideram como "importante" e 25,7% como "extremamente importante". Apenas 13,8%, assinalaram como resposta "pouco importante" e "nenhuma importância" somam apenas 13,8%.

Quanto à escassez de espaços e/ou equipamentos para a prática de atividade física, nessa questão os secretários da saúde responderam que essa barreira é: "importante" (36,6%) para o desenvolvimento de ações/atividades relacionadas a atividades física nos municípios, seguido da resposta "muito importante" com 25,7% das respostas, sendo que a terceira resposta mais citada foi: "extremamente importante" (23,4%), onde as respostas "pouco importante" e "nenhuma importância" somam apenas 18,9%."

Para exercer suas atividades, as equipes NASF devem ocupar o espaço físico das unidades às quais estão vinculadas, ou ainda outros espaços disponíveis no território, como o espaço das academias da saúde, escolas, parques, dentro outros. Não podendo utilizar os recursos advindos do PAB variável para comprar equipamentos, sendo que esse recuso se destina apenas ao custeio de ações em saúde.

Porem como já citado o Programa Academia da Saúde tem como um de seus pontos centrais a implantação de polos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, o que potencializa a realização de ações variadas de promoção da saúde, como: práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, práticas artísticas e culturais, gestão participativa, entre outras preconizadas pelo Programa. É, portanto, mais um espaço do SUS de referência e de vivência nos territórios que compõem as redes de atenção à saúde.

Apesar de seguir todos os procedimentos metodológicos descritos acima, esse manuscrito apresenta algumas limitações como a dificuldade em conseguir suprir o número previsto da amostra, o contato com secretários municipais é extremamente dificultado pelo carga de trabalho desse profissional.

## 5 CONCLUSÃO

Esse estudo teve como objetivo analisar as barreiras para implantação de programas de atividade física sob visão dos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina em relação aos recursos humanos, recursos físicos e priorização do tema pela população.

Para tanto, foi possível perceber o relato de barreiras para implementação de ações em promoção da atividade física, sendo as mais expressivas à falta de capacitação dos profissionais, seguido de escassez dos recursos humanos para desenvolvimento das ações, e falta de políticas/diretrizes priorizando a atividade física para a comunidade.

Para tanto, investigar posicionamento de gestores de saúde como os secretários municipais de saúde, pode ser um caminho promissor para o entendimento de como implementar, melhorar e expandir estratégias de promoção da saúde com ênfase em atividade física baseado nas diminuição das barreiras levantadas.

Recomenda-se mais estudos com secretários de saúde, população não comumente encontrados na literatura devido à dificuldade de acesso aos mesmos. Além disso explorando novas abordagens como: alimentação insalubre, uso de tabaco entre outross para o desenvolvimento de ações/atividades relacionadas a atividade física.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p.3061-3068, 2011.
- AMORIM, T. et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Pelotas, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2013.
- AMESTY S. Barriers to physical activity in the Hispanic community. *J Public Health Policy* 2003;24(1):41-58.
- ANDRELLO, E.; et al. Atividade física e saúde pública sob o olhar de secretários municipais de saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 17, n. 3, p. 206-11, 2012.
- BAUMAN Z. A ética é possível num mundo de consumidores. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.
- BENEDETTI, T.R.B., GONÇALVES, L.H.T., MOTA, J. A. P. S. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 387-98, 2007.
- BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BORGES, L. J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 3689-3696, 2012.
- BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z. Influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de ancianos en el sur de Brasil. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, v. 45, p. 72-78, 2010.
- BRASIL. Lei nº 8080, 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. Brasília: Casa Civil, 1990.
- BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2003.
- BRASIL. Portaria nº 2608, de 28 de dezembro de 2005. Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações

de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

BRASIL. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Edital nº 2 de 11 de setembro, de 2006. Edital de financiamento de projetos de atividade física. Diário Oficial da União. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Edital nº1 de 16 de setembro, de 2007. Edital de financiamento de projetos de atividade física. Diário Oficial da União. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria nº 79, de 23 de setembro de 2008. Diário Oficial da União. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Portaria nº139 de 11 de agosto, de 2009. Diário Oficial da União.

BRASIL. Portaria nº 184, de 24 de junho de 2010. Diário Oficial da União. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011. Diário Oficial da União. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde.

BRASIL. Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013. Diário Oficial da União. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/11/2014&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=212>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

CASTRO, J. L.; CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. Quem são os Gestores Municipais de Saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil. Plano Diretor 2004/2005 do Observatório NESC/UFRN, 2005.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 2, p. 373-83, 2002.

- CERVO, A. L. BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- DALAZEN, T.; FILIPPIM, E. S. Gestão da saúde pública: os desafios dos gestores municipais de saúde do Meio Oeste de Santa Catarina. Revista dos Mestrados Profissionais, v. 2, n. 2, 2013.
- DIVE SC 2014. Polos habilitados da academia da saúde em Santa Catarina. Secretaria do Estado da Saúde, 2014.
- FACCHINI, L. A.; et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11. n. 3, p. 669-81, 2006.
- FERNANDES, L. C. L.; et al. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14 (sup. 1), p. 1541-52, 2009.
- FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, Supl., Rio de Janeiro, p. 207-219, dez. 2005.
- FERRUCCI, L. et al. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. Journal of American Geriatric, v. 52, n. 4, p. 625-634, abr. 2004.
- FLEURY, SONIA. Democracia e inovação na gestão local da saúde. / Sonia Fleury – Rio de Janeiro: Cebes / Editora FIOCRUZ, 2014.
- GIL, A. C. Como elaborar um projeto de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GPES. Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde. Projeto SUS + Ativo. 2015. Disponível em: <<http://www.gpesupe.org/projetos.php>>. Acesso em: 26 de mar de 2015.
- GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. Research in Nursing & Health, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.
- HALLAL, P. C., et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects for the Lancet Physical Activity Series Working Group. The Lancet, v. 380, n. 9838, p. 247-257, jul. 2012.
- HALLAL, P. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010.
- HALLAL, P. et al. . DO DIAGNÓSTICO À AÇÃO: A PROMOÇÃO DA

ATIVIDADE FÍSICA COMO PRIORIDADE EM SAÚDE. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde • Volume 13, Número 1, 2008

HALLAL, P. et al. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(6):1685-1694, nov-dez, 2005

BAUMAN AE. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. J Sci Med Sport. 2004;7(1 Supl):6-19.

HEATH, G. W. et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. The Lancet, v. 380, n. 9838, p. 272-281, 2012.

HOEHNER, C. M. et al. Physical activity interventions in Latin America: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine, v. 34, n. 3, p. 224-233, mar. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Centro de Referência em Nomes Geográficos. Disponível em: <http://www.ngb.ibge.gov.br/?pagina=meso>. Acesso em: 5 de abril de 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2010. Rio de Janeiro: 2010.

KNUTH, A. G. et al. Rede nacional de atividade Física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 15, n. 4, p. 1-5, 2010.

KOHL, H. W. et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. The Lancet, v. 380, n. 9838, p. 67-78, jul. 2012.

KRUCHELSKI, S.; RAUCHBACH, R. Curitiba gestão nas cidades voltada à promoção da atividade física, esporte, saúde e lazer: avaliação, prescrição e orientação de atividades físicas e recreativas, na promoção de saúde e hábitos saudáveis da população curitibana. Curitiba: Livro Digital, 2005.

KRUG, R. R; LOPES, M. A.; MAZO, G. Z. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas fisicamente. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 21, p. 8-15, 2015.

KUHNEN, A. P.. Programa de exercícios físicos nos centros de saúde: as condições de saúde dos idosos. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

LAGER. Laboratório de Gerontologia. Instrumentos mais utilizados. Disponível em: <http://cefid.udesc.br/?id=1173>. Acesso em: 01 de jun de 2015.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. Nursing Research, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de PS e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 18, n. 1, p. 79-86, mar. 2009.

MALTA, D. C., et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, 2014.

MATSUDO, S. M. et al. The Agita Sao Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 14, n. 4, p. 265-72, 2003.

MATSUDO, S.; et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo da validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 6, n. 2, 2001.

MENDONÇA BCA, TOSCANO JJO, OLIVEIRA ACC. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física programa Academia da Cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2009;14(3):211-216

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Academia da Saúde. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13812&Itemid=766](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766)>. Acesso em 19 de março de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)>. Acesso em 08 de março de 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. 57ª Assembleia Mundial de Saúde, 2004.

PETREÇA, D. R. Mafra em forma: influência de um programa de exercícios físicos aplicado a mulheres acima de 50 anos de idade. 2009. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.

DE ROSE EH. Medicina do Esporte: passado, presente e futuro, buscando melhorar a qualidade de vida através da atividade física. *Rev Bras Med Esporte*. 1997; 3(3): 73-4. 2

MORRIS JN, HEADY JA, RAFFLE PA, ROBERTS CG, PARKS JW. Coronary heart-disease and physical activity of work. *Lancet*. 1953; 265 (6795): 1053-7

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Volume 29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Valores e Desenvolvimento Humano 2010. Brasília: 2010.

- QUINAUD, P. T.; et al. Academias da Saúde de Florianópolis: diferenças regionais na percepção dos idosos quanto aos serviços prestados e nível de atividade física. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 42, p. 56-62, 2013.
- RIBEIRO, D. P.; et al. Programa de ginástica para idosos nos Centros de Saúde: avaliação da aptidão funcional. *Fisioterapia em Movimento*, v. 22, p. 407-417, 2009.
- RAJENDRAN, S. Sustainable Construction Safety and Health Rating System. Dissertation, Oregon State University, 2006.
- ROBERTS, P.; PRIEST, H.; TRAYNOR, M. Reliability and validity in research. *Nursing Standard*, v. 20, n. 44, p. 41-45, 2006.
- ROUQUAYROL, M. Z.; BARRETO, M. Abordagem descritiva em epidemiologia. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- SALIN, M. S.; et al. Atividade Física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, p. 197-208, 2011.
- SALIN, M. S.; et al. Golden Age Gym: reasons for entry, permanence and satisfaction among participating older adults .. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, v. 16, p. 152-160, 2014.
- SANTOS, C. S. Introdução à Gestão Pública. São Paulo: Saraiva, 2006.
- SANTOS, S.; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 17, n. 3, p. 188-194, jun. 2013.
- SILVA, I J O DA; ALEXANDRE, M G; RAVAGNANI, F C DE P; SILVA, J V P DA; COELHORAVAGNANI, C DE F; . Atividade física: espaços e condições ambientais para sua prática em uma capital brasileira. *R. Bras. Ci. e Mov.* 2014; 22(3): 53-62
- SILVA, M. A. A.; RODRIGUES, V. Z.C. Gestão dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em uma regional de saúde do Distrito Federal (SES-DF): visão do gestor relacionada ao preparo para a função. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 4, n. 3, p. 843-60, 2013.
- SOUZA, E. C. L. A. capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais. *RAP*. Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 73-88, 2002.
- SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Londrina, v. 16, n. 1, p. 5-10, ago. 2011.

SUN, F.; NORMAN, I. J.; WHILE, A. E. Physical activity in older people: a systematic review. BMC Public Health, v. 13, n. 1, p. 449, 2013.

TAYLOR, A. H., et al. Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. Journal of Sports Sciences, v. 22, n. 8, p. 703-25.

VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2007

World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO Global Report. Geneva: WHO; 2009.

## APÊNDICE A – Questões do questionário semiestruturado autoaplicável

\*Obrigatório



### AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA EM SANTA CATARINA Versão Secretários da Saúde

Este questionário tem como objetivo avaliar os níveis de atividade física dos servidores da saúde do estado de Santa Catarina e identificar os principais fatores associados à prática de atividade física por parte dos servidores.

Para participar do questionário, você precisa responder às perguntas de seu nome, respondendo PRATICAMENTE pelo Secretário do município.

Considere como sua cidade natal a cidade em que você nasceu e pertence atualmente.

#### BLOCO 1: SOCIODEMOGRÁFICO

A1. Qual o nome do seu município? \*

A2. Atualmente, o senhor possui filiação de algum partido político? \*

Sim

Não

A3. Qual é o sexo do(a) senhor(a)? \*

Masculino

Feminino

A4. Qual é a idade completa do(a) senhor(a)? \*

A5. Qual é a escolaridade completa do(a) senhor(a)? \*

Ensino fundamental

Ensino médio

Superior

Especialização

Residência

Mestrado

Doutorado

A6. Atualmente, considerando o salário mínimo (SM) vigente de R\$ 724,00, a sua renda brutarecebida como pagamento pela sua atuação profissional na Secretaria Municipal de Saúde é de aproximadamente quanto? \*

Menos de 1 SM

1 SM

De 2 a 4 SM

De 4 a 10 SM

De 10 a 20 SM

Acima de 20 SM

**A7. Qual é o estado civil (situação conjugal) atual do(a) senhor(a)? \***

Solteiro(a)

Casado(a) ou vivendo com um parceiro (a)

Divorciado(a) ou separado(a)

Viúvo(a)

**A8. Quantos filhos o(a) senhor(a) tem? \***

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 ou mais

**A9. Qual é a cor da pele do(a) senhor(a)? \***

Branca

Preta

Amarela

Parda/mestiça

Indígena

Ignorada

**A10. O(a) senhor(a) reside neste município, onde atua como secretário da saúde? \***

Sim

Não

## BLOCO 2: FORMAÇÃO INICIAL

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

Sim

Não

## BLOCO 3: FORMAÇÃO CONTINUADA

**C3. Considerando os últimos 12 meses, em quantos cursos, eventos ou capacitações para atuação como Secretário de Saúde/Gestor o(a) senhor(a) participou? \***

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

**C4. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os cursos, eventos ou capacitações para atuação como Secretário da Saúde/gestor, promovidos pela Secretaria de Saúde do Estado e/ou Governo Federal, impactaram positivamente na minha atuação profissional". \***

- Discordo inteiramente
- Discordo parcialmente
- Nem discordo, nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo inteiramente
- Nunca participei

**C5. Que fatores o(a) senhor(a) diria que podem impedir ou dificultar a participação do(a) senhor(a) em cursos, eventos ou capacitações? \***

- Falta de oportunidades
- Falta de recursos financeiros (dinheiro)
- Falta de vontade
- Sobrecarga de trabalho
- Obrigações familiares
- Características dos cursos, eventos ou capacitações
- Não gostar de estudar
- Não encontro impedimentos ou dificuldades
- Falta de tempo

#### **BLOCO 4: CONDIÇÕES DE SAÚDE**

**D1. Como o senhor (a) considera seu estado de saúde atual? \***

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

**D2. O (a) senhor (a) possui alguma doença crônica?**

- Sim

Não

**D3. Qual (is)? \***

Doença cardíaca

Hipertensão

Artrose

Artrite reumatóide

Dores lombares

Osteoporose

Doenças visuais

Doenças auditivas

Incontinência urinária

Neoplasias (tumores)

Fibromialgia

Gastrite

Asma

Bronquite

Enfisema

Depressão

Diabetes

Dislipidemia (triglicerídeos, colesterol alto)

#### BLOCO 5: ASPECTOS COMPORTAMENTAIS DIMENSÃO: TABAGISMO

**E1. O (a) senhor (a) fuma?**

Sim

Não

**E2. Há quanto tempo, aproximadamente?** <sup>4</sup>

**BLOCO 6: ASPECTOS COMPORTAMENTAIS** Estas questões se referem às atividades físicas que o (a) senhor (a) fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Por favor, pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos contínuos. "Para responder as questões lembre que:"

Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal; Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

**F1. Em quantos dias da última semana, o (a) senhor (a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?**

Nenhum

1 dia

2 dias

- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias

**F2. Nos dias em que o (a) senhor (a) caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta por dia?** \_\_\_\_\_

**F3. Em quantos dias da última semana o (a) senhor (a) fez atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:**

Lembre-se: Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

- Nenhum
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias

**F4. Nos dias em que o (a) senhor (a) faz estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta por dia?** \_\_\_\_\_

**F5. Em quantos dias da última semana o (a) senhor (a) fez atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:**

Lembre-se: Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;

- Nenhum
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias

F6. Nos dias em que o (a) senhor (a) faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta por dia? \_\_\_\_\_

Estas questões se referem ao tempo sentado no trabalho ou durante o tempo livre.

F7. Quanto tempo no total o (a) senhor (a) gasta sentado durante um dia de semana? \_\_\_\_\_

F8. Quanto tempo no total o (a) senhor (a) gasta sentado durante em um dia de final de semana? \_\_\_\_\_

**BLOCO 5: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA DIMENSÃO: POPULAÇÃO GERAL** Por favor, indique o grau de importância que o (a) senhor (a) atribui para o desenvolvimento das ações/ atividades abaixo:

**G1. Atividades físicas supervisionadas oferecidas por profissionais da Secretaria de Saúde para a comunidade. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

**G2. Criação de espaços de inclusão social por meio da atividade física regular. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

**G3. Capacitação dos profissionais da Secretaria de Saúde para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de atividades físicas. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

**G4. Promoção de ações ligadas à atividade física junto às demais secretarias ou órgãos municipais. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

**G5. Realização de eventos que valorizem a atividade física e sua importância para a saúde da população. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

**G6. Mapeamento e monitoramento de ações de atividade física existentes no município. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

Por favor, indique a frequência com que as ações/ atividades abaixo são realizadas no seu município nos últimos 12 meses:

**G7. Atividades físicas supervisionadas oferecidas por profissionais da Secretaria de Saúde para a comunidade. \***

- Sempre
- Quase sempre
- Raramente
- Nunca

**G8. Criação de espaços de inclusão social por meio da atividade física regular. \***

- Sempre
- Quase sempre
- Raramente
- Nunca

**G9. Capacitação dos profissionais da Secretaria de Saúde para atuarem como facilitadores/ monitores no desenvolvimento de atividades físicas. \***

- Sempre
- Quase sempre
- Raramente
- Nunca

**G10. Promoção de ações ligadas à atividade física junto às demais secretarias ou órgãos municipais. \***

- Sempre
- Quase sempre
- Raramente
- Nunca

**G11. Realização de eventos que valorizem a atividade física e sua importância para a saúde da população.**

- Sempre
- Quase sempre
- Raramente
- Nunca

**G12. Mapeamento e monitoramento de ações de atividade física existentes no município. \***

- Sempre
- Quase sempre
- Raramente
- Nunca

Por favor, indique o grau de importância das barreiras listadas abaixo para o desenvolvimento de ações/atividades relacionadas à atividades físicas no seu município:

**G13. Falta de capacitação dos profissionais. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

**G14. Falta de comprometimento/ envolvimento dos profissionais. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

**G15. Escassez de recursos humanos para desenvolvimento das ações. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

**G16. Escassez de recursos materiais. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante

Nenhuma importância  
**G17. Falta de políticas/ diretrizes priorizando a atividade física para a comunidade. \***

Extremamente importante

Muito importante

Importante

Pouco importante

Nenhuma importância

**G18. Atividade física não é prioridade para a comunidade. \***

Extremamente importante

Muito importante

Importante

Pouco importante

Nenhuma importância

**G19. Escassez de espaços e/ou equipamentos para a prática de atividade física. \***

Extremamente importante

Muito importante

Importante

Pouco importante

Nenhuma importância

#### BLOCO 4: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA DIMENSÃO: IDOSOS

Por favor, indique o grau de importância que o (a) senhor (a) atribui para o desenvolvimento das ações/ atividades abaixo voltadas para idosos:

**H1. Atividades físicas supervisionadas oferecidas por profissionais da Secretaria de Saúde para idosos. \***

Extremamente importante

Muito importante

Importante

Pouco importante

Nenhuma importância

**H2. Inclusão de idosos como participantes nos programas de atividade física voltados para a comunidade. \***

Extremamente importante

Muito importante

Importante

Pouco importante

Nenhuma importância

**H3. Atividades físicas oferecidas para idosos como forma de prevenção de doenças crônicas. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

Por favor, indique a frequência com que as ações/ atividades voltadas para idosos, listadas abaixo, são realizadas no seu município nos últimos 12 meses:

**H4. Atividades físicas supervisionadas oferecidas por profissionais da Secretaria de Saúde para idosos, especificamente. \***

- Sempre
- Quase sempre
- Raramente
- Nunca

**H5. Inclusão de idosos como participantes nos projetos de atividade física voltados para a comunidade. \***

- Sempre
- Quase sempre
- Raramente
- Nunca

**H6. Atividades físicas oferecidas para idosos como forma de prevenção de doenças crônicas. \***

- Sempre
- Quase sempre
- Raramente
- Nunca

Por favor, indique o grau de importância das barreiras listadas abaixo para o desenvolvimento de ações/atividades relacionadas à atividade física para idosos no seu município:

**H7. Profissionais pouco ou nada capacitados para atender ao público idoso. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

**H8. Pouco interesse dos idosos da comunidade em praticar atividade física. \***

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

H9. Falta de uma política/ diretriz que direcione o planejamento e implantação de ações/atividades relacionadas à atividade física direcionadas para idosos. \*

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

H10. Falta de incentivo financeiro para implantação de ações/ atividades relacionadas à atividade física direcionadas para idosos. \*

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nenhuma importância

H11. Seu município possui alguma intervenção/ação em atividade física promovida pela Secretaria da Saúde? \*

Essa intervenção/ação deve ser realizada pela Secretaria Municipal da Saúde, podendo ser fruto de um projeto municipal, do NASF, da Rede Nacional de Atividade Física e do Academia da Saúde.

- Sim
- Não

J1. A 2ª fase da pesquisa será realizada com o COORDENADOR das intervenções/ações de atividade física promovidas pela secretaria do seu município. O(A) senhor(a) poderia nos disponibilizar o contato do responsável pelo Programa de Atividade Física? (Preencha de acordo com o número de intervenções/ações oferecidas pelo município vinculadas com a Secretaria de Saúde)

Nome do(a) coordenador(a) da intervenção/projeto 1

Telefone do(a) coordenador(a) da intervenção/projeto 1

E-mail do(a) coordenador(a) da intervenção/projeto 1

Nome do(a) coordenador(a) da intervenção/projeto 2

Telefone do(a) coordenador(a) da intervenção/projeto 2

E-mail do(a) coordenador(a) da intervenção/projeto 2

Nome do(a) coordenador(a) da intervenção/projeto 3

Telefone do(a) coordenador(a) da intervenção/projeto 3

E-mail do(a) coordenador(a) da intervenção/projeto 3

Caso possua mais de 3 intervenções/projetos favor preencher abaixo com nome, telefone e e-mail do(s) coordenador(es)

## APÊNDICE B – Roteiro de ligações Secretaria de Gabinete



ROTEIRO 01

### SECRETARIA DE GABINETE

A) Fazer ligação para Secretaria Municipal da Saúde:

B) Este número é da Secretária da Saúde de (nome da cidade)?

(Se SIM pule para a questão D)

C) Poderia me informar o número correto? \_\_\_\_\_

(Clique para o número fornecido e ligue de 09h a 16h)

D) Gostaria de falar com a secretária de gabinete, por favor.

(Se o Secretário da Saúde transferir para a rotina 02)

E) Bom dia/tarde. Com quem falo?

Nome \_\_\_\_\_

Olá (fulano de tal) meu nome é (nome do entrevistador), sou pesquisador(a) da UDESC. Aqui na Universidade estamos realizando uma pesquisa sobre os Programas de Atividade Física em Santa Catarina. O seu município foi selecionado e indicado pela Secretaria Estadual da Saúde para participar do projeto, por isso necessitamos realizar algumas perguntas ao Secretário Municipal da Saúde.

F) Conforme informação repassada pela Secretaria Estadual o nome secretário atual é:

\_\_\_\_\_. Você poderia confirmar essa informação?

(Se SIM pule para a questão H)

G) Poderia me informar o nome completo dele? \_\_\_\_\_

H) Muito obrigado(a). O próximo passo da pesquisa é entrar em contato direto com o Secretário para convidá-lo a participar. Se for possível transferir a ligação para ele?

(Se TRANSFERIR, ir para a rotina 02)

Muito obrigado(a) pela informações, elas são muito importante para nós.

I) Tudo bem. Gostaria então de marcar um horário para falar com ele e explicar os objetivos dessa pesquisa.

Dia \_\_\_\_\_

Horário marcado: \_\_\_\_\_

Muito obrigado(a) pela informações, elas são muito importante para nós.

Não esqueça: informações adversas e adicionais descrever na planilha de coleta de dados.

## APÊNDICE C – Roteiro de ligações Secretário da Saúde



### RÓTINA 02 SECRETÁRIO DE SAÚDE

A) Fazer a ligação para Secretaria Municipal de Saúde no horário a ser marcado.

B) Gostaria de falar com a (nome da secretária de gabinete), por favor.

C) Oi (nome da secretária de gabinete). Aqui quem fala é o (nome do entrevistador) pesquisador da UDESC. Você marcou esse horário para que eu pudesse entrar em contato com o Secretário da Saúde. Poderia repassar a ligação para ele?

( ) Sim (TRANSFERIR) (vire para F)

D) Poderíamos agendar outro horário?

Outro horário: \_\_\_\_\_

Horário marcado: \_\_\_\_\_

E) Muito obrigado pelas informações, retornarei no dia e horário combinados.

F) Bom dia/tarde senhor(a) Secretário(a). Agradeço por atender, tomarei pouco do seu tempo. Meu nome é (nome do entrevistador), sou pesquisador da UDESC e estamos realizando uma pesquisa sobre os Programas de Atividade Física em Santa Catarina.

O(a) senhor(a) recebeu o ofício que nós enviamos sobre essa pesquisa?

( ) Sim (ir para G) ( ) Não (ir para H)

G) Então o senhor já sabe que...

H) O nosso objetivo é mapear as intervenções realizadas em atividade física em Santa Catarina e traçar o perfil de todos os secretários municipais de saúde. Dessa forma, a Secretaria Estadual da Saúde que está nos apoiando nessa pesquisa nos passou seu contato. Ela acontecerá por meio do envio de um questionário via e-mail ou pelo Correio, conforme sua escolha e leva apenas 10 minutos para ser respondido. A gente ressalta que todas as informações são confidenciais e serão utilizadas para uso exclusivo na pesquisa. O senhor (a) gostaria de participar?

( ) Sim (ir para a I) ( ) Não (ir para a questão I)

I) Ressaltamos que essa pesquisa tem o apoio da Secretaria estadual da Saúde e tem o intuito de melhorar a saúde pública do estado pois todos os municípios do estado participarão. O senhor(a) tem certeza que não deseja incluir seu município?

( ) Não mesmo (ir para a I) ( ) Sim, mudou de ideia (ir para a questão J)

J) Tudo bem então, muito obrigado(a)!

K) Ótimo! Então como o senhor gostaria de receber o questionário, pelo correio ou por e-mail?

( ) Correio (Pule para a K)

( ) E-mail (Pule para a J)

L) Então o senhor(a) poderia me passar o e-mail que mais acessa para eu possa enviar?

L) Agradecemos muito sua participação, ela é fundamental para o sucesso da pesquisa! Dentro de aproximadamente uma semana enviaremos o questionário.

Este documento foi elaborado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Pública (NEPSP) da Universidade de Santa Catarina (USC) em parceria com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Pública (NEPSP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Pública (NEPSP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).



## APÊNDICE D – Termo de consentimento Livre e Esclarecido



### AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA EM SANTA CATARINA Versão Secretários da Saúde

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E HUMANAS - UDESC

O(a) signatário(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de natureza científica, "Avaliação dos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina quanto aos programas de promoção de atividade física com ênfase para idosos", que será realizada por meio de um questionário, tendo em vista o objetivo analisar as características sociodemográficas, a formação inicial, as condições de acesso ao sistema comunitário e a percepção dos secretários municipais de saúde do estado de Santa Catarina quanto aos programas de promoção de atividade física com ênfase para idosos. Serão previamente motivados o data e horário para responder o questionário. Estas medidas serão realizadas online. Não é obrigatório responder a todas as perguntas.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos, por tratar-se de questionários, e o procedimento de coleta de informações. Além disso, as questões referem-se a processos administrativos envolvidos na gestão e atuação dos participantes no setor profissional. Estas informações serão analisadas e os dados serão armazenados de modo a garantir o anonimato e a privacidade dos participantes. Não há risco de desconforto e constrangimento.

A sua identidade será preservada, pois cada participante será identificado por um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão que o participante poderá utilizar no seu cotidiano as informações levantadas nas intervenções de atividade física, quais e a reunir evidências e questões como características de intervenções como barreiras, estrutura e processo.

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

O(a) signatário(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem quaisquer tipos de constrangimento.

Consentimos 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.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Giovana Zarpellon Mazo

NÚMERO DO TELEFONE: (48) 3664-8611

ENDEREÇO: Rua Pascoal Simões, 358 - Coqueiros - Florianópolis - SC

Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos - CEP/USC/UFSC

R. Madre Benvenuta, 2107 - Itacorubi - Florianópolis - SC - CEP: 88031-001 - Fone: Fax: (48) 3321-5195

e-mail: [cep@reitoria@ufsc.br](mailto:cep@reitoria@ufsc.br)

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CEP/MS - Nome: D'Ávila S. Sparador, Ed. Ed. MAN, Ladeira II - Brasília - DF - CEP: 70750-501 - Fone: (61) 3316-3878; 3319 - e-mail:

[conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)