



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Paula Fabricio Sandreschi

**Ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde:
resultados da pesquisa SAFE**

Florianópolis, SC
2022

Paula Fabricio Sandreschi

**Ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde:
resultados da pesquisa SAFE**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de doutora em Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti.

Florianópolis, SC

2022

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

Sandreschi, Paula Fabricio
Ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do
Sistema Único de Saúde : resultados da pesquisa SAFE /
Paula Fabricio Sandreschi ; orientador, Tânia Rosane
Bertoldo Benedetti, 2022.
147 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em
Educação Física, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Atividade Física. 3. Atenção
Primária à Saúde. 4. Serviços de Saúde. 5. Sistema Único de
Saúde. I. Bertoldo Benedetti, Tânia Rosane . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Educação Física. III. Título.

Paula Fabricio Sandreschi

**Ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde:
resultados da pesquisa SAFE**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Giovana Zarpellon Mazo, Dra.
Universidade do Estado de Santa Catarina

Prof. Paulo Henrique de Araújo Guerra, Dr.
Universidade Federal da Fronteira Sul

Prof. Thiago Sousa Matias, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Educação Física.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti, Dra
Orientadora

Florianópolis, 2022.

Este trabalho é dedicado a todos que trabalham pela pauta da atividade física no SUS; à minha querida orientadora, Tânia; e à minha família.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Maiza e Fernando, muito obrigada por me incentivarem e oportunizarem que eu pudesse me dedicar aos estudos. Aos meus irmãos, tios, cunhados, primos, amigos, sogros, avós e avô, muito obrigada pela torcida e apoio de sempre! Ao meu companheiro de vida, Ivan, que sempre me entendeu e apoiou todas as minhas decisões, isso foi e sempre será fundamental!

À minha super orientadora e exemplo profissional, professora Tânia Benedetti por toda compreensão, confiança e oportunidades depositadas em mim. Muito do caminho que trilhei até aqui foi graças a você! Ao professor Thiago Matias, pelos conselhos acadêmicos e profissionais. Sua disposição em ajudar é admirável! À professora Giovana Mazo, por todos os ensinamentos e atenção desde que eu estava na graduação. Obrigada por sempre ter me incentivado! Ao professor Paulo Guerra, pela atenção e pelas conversas que sempre me fizeram sair da zona de conforto, isso foi muito importante para o meu desenvolvimento. Professores, obrigada por dedicarem seu tempo para avaliar o meu trabalho. Saibam que o mundo acadêmico é muito melhor por conta de profissionais como vocês!

À minha fiel colega, amiga e irmã Sofia, pela parceria que perpassou 21.878 quilômetros voados, 24 voos, 1.392 quilômetros rodados por 9 estados e 10 municípios de todas as regiões do Brasil para realizar a coleta de dados do presente estudo. Além disso, pudemos conviver todos os dias por dois anos em Brasília trabalhando pela pauta que amamos: atividade física no SUS. Obrigada por tudo, Sofi!

Aos professores Fábio Almeida, Cassiano Rech, Danielly Cruz, Adriano Borgatto e Bráulio Mendonça e aos colegas Matheus, Emanuely e Timbó pela colaboração em todas as etapas da pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas (SAFE). Aos professores, colegas e amigos do Programa de Pós-Graduação em Educação Física (PPGEF): Kelly, Juarez, Cassiano, Thiago, Rodrigo, Marina, Felipe, Jaqueline, Hauser e Timbó. Obrigada pelos ensinamentos, conselhos, ajuda, compreensão, palavras de incentivo, risadas e parceria. Vocês foram fundamentais nesse meu processo de formação.

Aos meus colegas e amigos da Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI) e Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS) do Ministério da Saúde. Lucas Matturro, por ter acreditado no meu potencial e me dado a oportunidade que foi a realização de um sonho. Aos mais próximos: Ariene, Celinha, Dalila, Daniel, Daniely, Deborah, Fabiana, Gaia, Gabriella, Jean, Katia, Laurent, Lilian, Lorena, Lucas,

Ludmilla, Mariana, Paula, Sofia e Tainá; vocês fizeram parte desse outro doutorado que eu fiz chamado Ministério da Saúde. Obrigada pela compreensão, ensinamentos e parceria. Aprendi (e me diverti) muito com cada um. A dedicação que vocês têm em trabalhar pelo SUS é inspiradora!

Aos meus colegas e amigos “health tech” da miHmo que, mesmo indiretamente, contribuíram de forma importante para esse trabalho. Anaí, Marciano, Bruno, Castela, Juliana e Gabriel. Em especial, minha amiga Luisa que me acompanhou mais de perto. Muito obrigada pelo incentivo e compreensão nesse meu processo final de elaboração da tese.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Programa de Pós-graduação em Educação Física (PPGEF) pelo ensino de qualidade. Ao Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento e apoio técnico à pesquisa SAFE. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro durante parte do curso do doutorado. Aos profissionais que utilizaram um pouco do seu escasso tempo para responderem ao questionário da pesquisa. Em especial, àqueles dez que nos receberam com tanto carinho e atenção em seus municípios. Esse estudo só foi possível graças a vocês!

MUITO obrigada!

RESUMO

A atividade física é considerada determinante e condicionante à saúde, conforme a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde os anos 2000, diversas políticas para promover esse comportamento foram realizadas pelo governo federal, estados e municípios. Porém, apesar de iniciativas importantes, o Brasil ainda não possui uma política pública estruturante de atividade física. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é analisar, avaliar e propor estratégias para potencializar as ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS. Este estudo faz parte da pesquisa intitulada “Saúde a partir de atividades físicas exitosas - SAFE”. Para alcançar os objetivos propostos, uma abordagem de métodos mistos foi empregada. Como fonte de dados, foram utilizados: respostas provenientes do questionário da pesquisa SAFE para identificação das ações de atividade física na APS do SUS; dados públicos do governo de características socioeconômicas e de gestão dos municípios onde ocorriam as ações de atividade física; e, transcrições de entrevistas realizadas com gestores de saúde de municípios com ações consideradas exitosas. Foram utilizadas as seguintes análises de dados: quantitativa descritiva (frequência absoluta e relativa), espacial, Teoria de Resposta ao Item (TRI), agrupamento (cluster), inferencial de associação (teste Qui-Quadrado) e qualitativa dedutiva. Assim, participaram do presente estudo 1.645 ações de atividade física. As principais características encontradas foram: vínculo com Unidades Básicas de Saúde; possuir Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) vinculado; coordenação de profissionais de educação física; ter objetivo definido; existir há 1 a 4 anos; utilizar as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde como principal estratégia de divulgação; ocorrer em polo do Programa Academia da Saúde; ocorrer no formato de grupos de prática; ocorrer 2 vezes na semana; ter a duração de 30 a 60 minutos; utilizar algum tipo de ferramenta para avaliar os participantes; realizar o controle de frequência dos participantes; não ter público-alvo específico; atender predominantemente adultos; contar com apenas um profissional atuando; possuir profissionais com vínculo efetivo de contratação; receber apoio da gestão; e não passar por mudanças na gestão municipal no decorrer da ação. Com relação à avaliação das ações de atividade física, 85 foram consideradas exitosas. Quando analisadas as ações exitosas, foram verificadas características semelhantes às das 1.645 ações participantes do estudo. Além disso, foi verificada associação entre os *clusters* de características socioeconômicas e de gestão dos municípios e a classificação da ação de atividade física em exitosas ou não. Sendo que, a maior parte das ações ocorre em “municípios menos desenvolvidos” que possuem as seguintes características: cobertura de equipe de saúde

da família (eSF) e índice de profissional de educação física acima da média; e índice de internações por causas sensíveis à APS modificáveis por meio da atividade física e índice FIRJAN de desenvolvimento municipal abaixo da média. Na análise de como os gestores municipais atuavam com relação à ação de atividade física, concluiu-se que seus discursos foram superficiais com relação às fases de *identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, e tomada de decisão*. Ou seja, parecem atuar mais efetivamente na *implementação e avaliação*. Por fim, foram propostas 53 ações para instrumentalizar *policy makers* para que potencializem as ações de atividade física na APS do SUS. Concluiu-se, portanto, que apesar de não haver financiamento e nem marcos regulatórios específicos sobre atividade física no SUS, existem ações exitosas. Ainda, verificou-se que todas as ações existentes têm potencial de tornarem-se exitosas desde que atendam aos atributos de práticas exitosas e utilizem instrumentos como as ações estratégicas desenvolvidas nas Recomendações para Implementação de Práticas Exitosas em Atividade Física na APS e as propostas no presente estudo.

Palavras-chave: Atividade Física. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Physical activity is considered a determinant and conditioning factor for health, according to the Law of the Unified Health System (SUS). Since the 2000s, several policies to promote this behavior have been carried out by the federal government, states and municipalities. However, despite important initiatives, Brazil still does not have a structuring public policy on physical activity. Thus, the objective of the present study is to analyze, evaluate and propose strategies to enhance physical activity actions in the Primary Health Care (PHC) of the SUS. This study is part of the research entitled "Health from successful physical activities - SAFE". To achieve the proposed objectives, a mixed methods approach was employed. As a source of data, the following were used: responses from the SAFE survey questionnaire to identify physical activity actions in the SUS PHC; public government data on socioeconomic and management characteristics of the municipalities where physical activity actions took place; and transcription of an interview conducted with health managers from municipalities with actions considered successful. The following data analyzes were used: descriptive quantitative (absolute and relative frequency), spatial, Item Response Theory (IRT), clustering, association inferential (Chi-Square test) and deductive qualitative. Thus, 1,645 physical activity actions participated in the present study. The main characteristics found were: link with Brazilian Primary Health Care Units (UBS); have a Family Health Support Center (NASF) linked; coordination of physical education professionals; have a defined objective; exists from 1 to 4 years; use home visits by community health agents as the main dissemination strategy; take place in a pole of the "Academia da Saúde" Program; occur in the format of practice groups; occur 2 times a week; have a duration of 30 to 60 minutes; use some kind of tool to assess participants; perform the frequency control of the participants; not having a specific target audience; predominantly serve adults; rely on only one professional working; have professionals with a long lasting contract relationship; receive management support; and, not to undergo changes in the municipal management during the action. Regarding the evaluation of physical activity actions, 85 were considered successful. When the characteristics of successful actions were analyzed, similar characteristics of the 1,645 actions participating in the study were verified. In addition, an association was verified between the clusters of socioeconomic and management characteristics of the municipalities and the classification of the physical activity action as successful or not. Since most of the actions take place in "less developed municipalities" that have the following characteristics: coverage of the family health team (eSF) and above-average

physical education professional index; and index of hospitalizations for causes sensitive to PHC modifiable through physical activity and FIRJAN index of municipal development below average. In the analysis of how municipal managers acted in facilitating the action of physical activity, it was concluded that their speeches were superficial in relation to the phases of problem identification, agenda formation, formulation of alternatives and decision making. That is, they seem to act more effectively in the implementation and evaluation. Finally, 53 actions were proposed to equip policy makers to enhance physical activity actions in the SUS PHC. It was concluded, therefore, that although there is no funding or specific regulatory frameworks on physical activity in the SUS, there are successful actions. Still, it was found that all existing actions have the potential to become successful as long as they meet the attributes of successful practices and use instruments such as the strategic actions developed in the Recommendations for the Development of Best Practices for Physical Activity in Primary Health Care in the Unified Health System and proposed in the present study.

Keywords: Activity, Physical. Primary Health Care. Health Services. Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo das políticas públicas do Ministério da Saúde para promoção da atividade física no Brasil.	30
Figura 2 - Mapa da Rede Nacional de Atividade Física em 2009.	32
Figura 3 - Modelo estrutural de um Polo da Academia da Saúde.	34
Figura 4 - Os três momentos da avaliação de políticas públicas.	38
Figura 5 - Etapas da pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas (SAFE).	45
Figura 6 - Organograma da relação entre as bases teóricas utilizadas, etapas da pesquisa SAFE, objetivos específicos do presente estudo e fontes e análises de dados utilizados.	49
Figura 7 - Policy cycle adotado para o presente estudo.	56
Figura 8 - Mapa de municípios conforme número de ações de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.	66
Figura 9 - Posicionamento das questões conforme estimativa de dificuldade calculada pela Teoria de Resposta ao Item.	73
Figura 10 - Posicionamento das ações de atividade física na APS no SUS de acordo com a avaliação realizada por meio da Teoria de Resposta ao Item. SAFE, 2019.	73
Figura 11 - Clusters de ações de atividade física na APS do SUS conforme características socioeconômicas e de gestão dos municípios.	76
Figura 12 - Mapa de municípios conforme número de ações exitosas de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.	77
Figura 13 - Clusters das etapas do policy cycle de acordo com o discurso dos gestores de saúde participantes da pesquisa SAFE.	84
Figura 14 - Distribuição dos discursos dos gestores de saúde com relação à quantidade de referências feitas às etapas do policy cycle e à quantidade de gestores que relataram essas etapas.	85
Figura 15 - Relação entre as ações estratégicas para potencializar as ações de atividade física da APS do SUS e os atributos das práticas exitosas de atividade física, as dimensões do RE-AIM e as etapas do policy cycle.	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Roteiro integrado e sistêmico do Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030 da OMS.	35
Quadro 2 - Dimensões da ferramenta RE-AIM e suas definições.....	42
Quadro 3 - Tamanho populacional, porte e municípios visitados.	53
Quadro 4 - Matriz das questões criadas para o questionário da pesquisa SAFE de acordo com os atributos do conceito de prática exitosa de atividade física na Atenção Primária à Saúde e das dimensões do RE-AIM.....	54
Quadro 5 - Questões presentes no roteiro de entrevista para os gestores municipais de saúde.	57
Quadro 6 - Descrição e fonte das variáveis provenientes de dados secundários utilizados no presente estudo.	58
Quadro 8 - Questões restantes após análise pela Teoria de Resposta ao Item (TRI).	63
Quadro 9 - Propostas de ações estratégicas que podem ser aplicadas na concepção, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde para potencializar as ações de atividade física da APS do SUS.	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência de municípios existentes e participantes da pesquisa por região e estado. Brasil, 2019.....	51
Tabela 2 - Informações dos estabelecimentos de saúde ao qual as ações de atividade física na APS do SUS estão vinculadas. SAFE. Brasil, 2019.....	67
Tabela 3 - Informações dos profissionais responsáveis pelas ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.	67
Tabela 4 - Características organizacionais das ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.....	68
Tabela 5 - Público-alvo e faixa etária dos participantes das ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.	70
Tabela 6 - Características dos profissionais envolvidos nas ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.	71
Tabela 7 - Participação da gestão municipal nas ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.....	72
Tabela 8 - Classificação das ações de atividade física na APS do SUS, de acordo com a região do país. SAFE. Brasil, 2019.	74
Tabela 9 - Características de gestão em saúde e socioeconômicas dos municípios com ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.	75
Tabela 10 - Associação entre clusters e avaliação das ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.....	76
Tabela 11 - Informações do estabelecimento de saúde ao qual as ações exitosas de atividade física na APS do SUS estão vinculadas. SAFE. Brasil, 2019.	78
Tabela 12 - Informações dos profissionais responsáveis pelas ações exitosas de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.	79
Tabela 13 - Características das ações exitosas de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.	80
Tabela 14 - Público-alvo e faixa etária dos participantes das ações exitosas de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.	82
Tabela 15 - Características dos profissionais envolvidos nas ações de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.	82

Tabela 16 - Participação da gestão municipal nas ações de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.....	83
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BIC	Critério Bayesiano de Schwarz
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CELAFISCS	Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul
CFIR	<i>Consolidated Framework for Implementation Research</i>
CGPROFI	Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNTs	Doenças crônicas não transmissíveis
DEPROS	Departamento de Promoção da Saúde
e-Gestor AB	Sistema e-Gestor Atenção Básica
eSF	Equipes de saúde da família
FIRJAN	Federação de Indústrias do Rio de Janeiro
GETI	Grupo de Estudos da Terceira Idade
GRADE	<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i>
HEPA-PAT	<i>Health-enhancing physical activity policy audit tool</i>
IAF	Incentivo financeiro federal para ações de atividade física
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por condições sensíveis à atenção primária
IFDM	Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NETI	Núcleo de Estudos da Terceira Idade
NIEATI	Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PARiHS	<i>Promoting Action on Research Implementation in Health Services</i>

PAS	Programa Academia da Saúde
PCATool-Brasil	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PEF	Profissional de Educação Física
PEN	<i>Policy Evaluation Network</i>
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RE-AIM	<i>Reach, Adoption, Implementation, Effectiveness, Maintenance</i>
SAFE	Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	18
2 OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3 DEFINIÇÃO DE TERMOS	25
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	26
4.1 ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	26
4.2 PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL	28
4.3 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS PÚBLICOS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA	37
4.3.1 Avaliação de programas de promoção da atividade física no Brasil.....	38
4.3.2 Ferramentas de avaliação de programas de atividade física.....	40
5 MÉTODO.....	44
5.1 ASPECTOS ÉTICOS E FINANCIAMENTO	44
5.2 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO – PESQUISA SAFE	44
5.3 CARACTERIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO PRESENTE ESTUDO.....	47
5.4 PARTICIPANTES E LOCAL DE COLETA DE DADOS	50
5.4.1 Participantes e local da coleta de dados da etapa 2 da pesquisa SAFE: levantamento das ações de atividade física na APS do SUS	50
5.4.2 Participantes e local da coleta de dados da etapa 3 da pesquisa SAFE: observação sistemática das ações de atividade física consideradas exitosas	52
5.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	53
5.5.1 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados utilizados na etapa 2 da pesquisa SAFE: levantamento das ações de atividade física na APS do SUS.....	53
5.5.2 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados utilizados na etapa 3 da pesquisa SAFE: observação sistemática das ações de atividade física consideradas exitosas.....	55
5.6 DADOS SECUNDÁRIOS	58
5.7 ANÁLISE DOS DADOS	60

5.7.1	Análise de dados para o objetivo “a”: descrever as ações de atividade física na APS do SUS.....	61
5.7.2	Análise de dados para o objetivo “b”: classificar as ações de atividade física na APS do SUS.....	61
5.7.3	Análise de dados para o objetivo “c”: associar a classificação das ações as ações de atividade física na APS do SUS com variáveis socioeconômicas e de gestão dos municípios	63
5.7.4	Análise de dados para o objetivo “d”: descrever as ações exitosas de atividade física na APS do SUS.....	64
5.7.5	Análise de dados para o objetivo “e”: verificar a conduta da gestão municipal em saúde na implementação de ações exitosas de atividade física na APS do SUS.....	64
5.7.6	Análise de dados para o objetivo “f”: propor ações estratégicas para potencialização das ações de atividade física da APS do SUS.....	65
6	RESULTADOS	66
6.1	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS	66
6.2	CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS	72
6.3	ASSOCIAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS COM VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DE GESTÃO DOS MUNICÍPIOS.....	74
6.3.1	Características socioeconômicas e de gestão dos municípios.....	74
6.3.2	Clusters de ações de atividade física	75
6.3.3	Associação entre os clusters e a avaliação das ações de atividade física.....	76
6.4	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS	77
6.5	ATUAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE NA DA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS	83
6.6	PROPOSIÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA POTENCIALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS.....	91
7	DISCUSSÃO	97
7.1	CENÁRIO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS	98
7.1.1	Locais das ações de atividade física	98
7.1.2	Profissionais envolvidos nas ações de atividade física.....	99
7.1.3	Organização das ações de atividade física.....	101

7.1.4 Público-alvo das ações de atividade física	103
7.1.5 Apoio da gestão no desenvolvimento das ações de atividade física.....	104
7.2 CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS E ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DE GESTÃO DOS MUNICÍPIOS.....	105
7.3 ATUAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS	108
7.4 PROPOSIÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA POTENCIALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA DA APS DO SUS.....	112
8 LIMITAÇÕES.....	115
9 CONCLUSÃO.....	116
REFERÊNCIAS	118
APÊNDICE A – Questionário utilizado na pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas (SAFE).	133
APÊNDICE B – Pontuações atribuídas às respostas possíveis do questionário da pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas (SAFE).....	140
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.	144

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A atividade física é definida como um comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível de repouso, promovendo interações sociais e com o ambiente, podendo acontecer no tempo livre, no deslocamento, no trabalho ou estudo e nas tarefas domésticas (BRASIL, 2021a; BENEDETTI et al., 2021). Além disso, a atividade física é orientada pelas necessidades humanas de sentir, explorar, transformar e conectar (MATIAS; PIGGIN, 2022). Também, consiste em um direito social que impacta no desenvolvimento humano e é considerada determinante e condicionante à saúde, conforme a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013a; PNUD, 2017). Dessa forma, o acesso às estruturas e às ações que oportunizem acesso à atividade física deve ocorrer sem discriminação com base em etnia, gênero, orientação sexual, língua, religião, convicção ou opinião política, origem nacional ou social e situação econômica (UNESCO, 2015).

A atividade física é abordada em documentos orientadores de políticas públicas para os países da Organização Mundial da Saúde (OMS), como na Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (OMS, 2004) e no Plano de Ação Global para Atividade Física 2018-2030 (OMS, 2018). Além disso, é considerada como um dos meios para que sejam alcançados os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável de 2030 (ONU, 2015). Em documentos normativos do SUS, cabe destacar a inclusão da atividade física na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como tema prioritário (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2014) e a citação da atividade física como prioridade para promoção da saúde na atenção primária à saúde (APS) pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2017a). Também é abordada no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030) (BRASIL, 2021b) como uma ação para o enfrentamento dos fatores de risco, para a prevenção de agravos, a produção do cuidado e a assistência. Outra diretriz importante foi a Portaria nº 154 de 2008 do Ministério da Saúde que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), incluindo o Profissional de Educação Física (PEF) na equipe multiprofissional (BRASIL, 2008a). Apesar da importante formalização da inserção do PEF, os outros documentos citados abordaram a atividade física em uma perspectiva ampliada, possibilitando sua promoção também por outros

profissionais da saúde, por meio do aconselhamento, por exemplo (SOUZA NETO, et al.; 2020a).

Embora a atividade física esteja presente em documentos oficiais, as mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas que impactaram diretamente nos modos de viver da população - como as transições demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica - acarretaram altos índices de inatividade física em todo mundo, em especial em países de baixa e média renda (GUTHOLD et al., 2018). Esses altos índices, aliados à adoção de uma alimentação pouco saudável, contribuem para prevalências elevadas de obesidade, constituindo um dos maiores problemas de saúde pública do país (BRASIL, 2013b). Então, apesar do reconhecimento da atividade física para além da abordagem biológica - estando relacionada às necessidades humanas e às interações com a sociedade - é necessário frisar que, no campo das políticas públicas, desfechos mensuráveis são importantes de serem analisados (HALLAL; PRATT, 2020; SECCHI, 2013). Dessa forma, o monitoramento do nível de atividade física, por exemplo, é uma importante forma de dimensionar o impacto da atividade física na saúde das populações.

Tal cenário de inatividade física gera impactos econômicos, acarretando custos provenientes de atendimentos nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde devido à fatores que poderiam ser evitados por meio de um estilo de vida ativo proveniente da oferta atividade física (RANASINGHE et al., 2021; BIELEMANN et al., 2015; ABU-OMAR et al., 2017; GUILLON et al.; 2018). Considerar o ônus econômico é um passo importante para contribuir com o entendimento das consequências da falta de ação política sobre esse tema (DING et al., 2017).

Para propiciar o aumento dos níveis de atividade física para a população, é fundamental - além da existência de políticas públicas, de planos e de ações nacionais e internacionais - a garantia de acesso à informação de qualidade, aos espaços públicos adequados para a prática, à prática orientada por profissionais de educação física e às ações e aos programas de atividade física por meio do SUS. Com relação ao cuidado e à assistência, as intervenções comunitárias na saúde pública devem ser a primeira opção para combater doenças e agravos à saúde (McDRADY; MOSS, 2018).

Estados e municípios brasileiros foram pioneiros com relação à criação de intervenções comunitárias de atividade física na saúde pública. Muitos tiveram início antes mesmo da inclusão do tema nos documentos normativos do SUS citados anteriormente. De 2005 a 2008 essas ações compuseram a chamada Rede Nacional de Atividade Física que teve a participação de 468 entes federados (entre estados e municípios) (KNUTH et al., 2010). Destacaram-se iniciativas consideradas casos de sucesso em Curitiba (Programa CuritibaAtiva, criado em

1998), Recife (Academia da Cidade do Recife, criado em 2002), Aracaju (Academia da Cidade de Aracaju, criado em 2005) e Belo Horizonte (Academia da Cidade de Belo Horizonte, criado em 2005) (BRASIL, 2013c). Outros programas também importantes e precursores foram o Agita São Paulo, criado em 1996 (MATSUDO et al., 2008) e o Floripa Ativa, criado em 2006 (MAZO et al., 2009).

Em âmbito federal, o Ministério da Saúde criou programas que incluem ações de atividade física nos municípios. É o caso do Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007, em caráter interministerial em parceria com o Ministério da Educação (BRASIL, 2007) e o Programa Academia da Saúde (PAS), criado em 2011 (BRASIL, 2011). O PSE está presente em 95% dos municípios brasileiros e promove ações de saúde no ambiente escolar gerando uma articulação entre os profissionais de saúde e educação. A atividade física é a quinta ação mais realizada¹. Já o PAS consiste na construção e custeio de estruturas propícias para a prática de atividade física. Atualmente está presente em 52% dos municípios brasileiros, sendo que ações de atividade física são realizadas em 99% dos polos². Ao longo dos anos, ambos os programas passaram por algumas alterações, como no escopo e nos critérios de adesão para os municípios, mas continuam em funcionamento e são os mais consolidados programas sobre o tema promoção de atividade física que atualmente são geridos pelo Ministério da Saúde. Em 2022, foi instituído o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na APS (BRASIL, 2022a).

Além das iniciativas voltadas ao serviço, em 2021 foram publicados materiais importantes sobre atividade física pelo Ministério da Saúde. Foi lançado o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, que consiste nas primeiras diretrizes nacionais sobre atividade física com linguagem didática e voltada para a população (BRASIL, 2021a; TENÓRIO et al.; 2022). Outro documento foram as Recomendações para Implementação de Práticas Exitosas em Atividade Física na APS do SUS que têm como objetivo auxiliar os profissionais de saúde a planejarem e avaliarem suas práticas de atividade física para torná-las replicáveis e sustentáveis no SUS, bem como, propiciar maior participação e autonomia dos usuários (BRASIL, 2021c). Também estão em andamento novos projetos: para implementar estratégias para o monitoramento contínuo da atividade física na APS; para apoiar, disseminar e avaliar iniciativas de atividade física do Ministério da Saúde; e, a iniciativa *Brasil em*

¹ Dados do Ministério da Saúde provenientes dos registros enviados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), abril de 2020.

² Dados do Ministério da Saúde provenientes dos registros enviados e validados no e-SUS/AB, abril de 2020.

Movimento (BRASIL, 2020a; HARZHEIM et al., 2020a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; BRASIL, 2022).

Porém, apesar de ações importantes, o Brasil ainda não possui uma política pública estruturante de atividade física. Ou seja, que conste em marcos legais que garantam sua sustentabilidade ao longo do tempo, consolidando-se como política de Estado e não, de governo. Além disso, dados apontam que essas iniciativas existentes - sejam de gestão federal, estadual ou municipal – parecem não ser amplamente disseminadas na população brasileira. Dados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) analisados por Ferreira et al. (2019a) apontaram que 20% dos entrevistados têm conhecimento sobre os programas públicos de atividade física e, desses, somente 9,7% relataram frequentá-los.

Outro ponto que requer atenção é que a expansão de iniciativas de atividade física vinculados ao SUS não é acompanhada de avaliação. Ou seja, é escassa a compreensão sobre as características, os tipos de ações, implementação, resultados, impacto e outros aspectos que as compõem (BECKER et al., 2016). Apesar de escassas, cabe destacar ações pontuais que visaram avaliar programas de atividade física. É o caso do Guia Útil para Intervenções em Atividade Física na América Latina (Projeto Guia), iniciativa do Ministério da Saúde que em parceria com o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos (BRASIL, 2013c). O projeto foi precursor em termos de avaliação de programas de atividade física no Brasil. Porém, ficou restrito à experiência de alguns locais e, por isso, os municípios brasileiros ainda carecem de uma metodologia que auxiliem a planejar e avaliar suas ações de atividade física. Alguns esforços para avaliar e monitorar o PAS também foram realizados (MALTA; MIELKE; COSTA, 2020; MANTA et al., 2020a; GUERRA et al., 2020a; DA GUARDA et al., 2021). No entanto, apesar de os estudos apontarem indicadores importantes, há heterogeneidade de metodologias utilizadas e ausência de uma análise que avalie a promoção da atividade física na saúde de forma integral no Programa, como política pública. Isso ainda restringe uma conclusão sobre a efetividade e sobre o acesso da população, dificultando a percepção do impacto na APS, na saúde pública, na sociedade e nas pessoas.

Com o intuito de investigar as ações de atividade física que acontecem na APS do SUS no Brasil, em 2018 o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) financiaram a pesquisa “Saúde a partir de atividades físicas exitosas - SAFE”, desenvolvida pela Universidade Federal de Santa Catarina. A SAFE tem como objetivo elaborar recomendações para o planejamento e execução de práticas exitosas de atividade física. Buscou-se elaborar essas recomendações a partir do desenvolvimento de cinco etapas: 1) criação do conceito de prática exitosa de atividade física; 2) levantamento e avaliação

das ações de atividade física que ocorriam no contexto da APS do SUS; 3) visita, observação e entrevista com os envolvidos na entrega de ações de atividade física consideradas exitosas; 4) replicação das ações exitosas em contextos distintos; 5) formulação e publicação das recomendações para o desenvolvimento de práticas exitosas de atividade física no SUS.

Com base nas informações abordadas, o presente estudo se justifica: 1) pelo reconhecimento da atividade física na perspectiva de um ato humano essencial (MATIAS; PIGGIN, 2022) e de que as ações de atividade física do SUS constituem, em muitos casos, as únicas oportunidades de convivência, expressão e aprendizado para as pessoas; 2) pelo impacto que o restrito acesso às estruturas e às ações que oportunizem a prática de atividade física podem ter no aumento da prevalência de DCNTs (RITCHIE, 2019; KYU et al., 2016; GUTHOLD et al., 2018); 3) pelo impacto que o acesso às estruturas e às ações que incentivem a prática de atividade física podem ter na economia dos sistemas de saúde (DING et al.; 2017); 4) pela necessidade de mais ação política e de avaliação (HALLAL; PRATT, 2020; KONRAD et al.; 2017; BECKER et al.; 2016), apesar dos esforços do Brasil para criar diretrizes e programas que promovam a atividade física (MALTA et al.; 2009; TENÓRIO et al.; 2022); 5) pela contribuição que estudos avaliativos promovem para os sistemas de saúde, colaborando para a melhoria do desempenho dos recursos humanos e para a qualidade dos serviços (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018); 6) pelo fato de a avaliação ser uma etapa essencial no desenvolvimento de políticas públicas (SECCHI, 2013); 7) pelo fato de a divulgação de experiências exitosas e de resultados obtidos a partir das ações de saúde, serem recomendações para o fortalecimento da APS no Brasil (TASCA et al., 2020); e, 8) pela necessidade de compreender a atuação dos *policymakers*, investigando fatores intervenientes que fogem da perspectiva linear de transferência de conhecimento entre pesquisadores e os espaços de gestão (LOBLOVÁ, 2018).

Por meio do presente estudo, pretende-se defender a hipótese de que apesar de não haver financiamento e nem marcos regulatórios específicos sobre ações de atividade física no SUS, existem ações exitosas e que todas as ações existentes têm potencial de se tornarem exitosas. A partir disso, serão propostas ações estratégicas para potencialização das ações de atividade física da APS do SUS. Propor sistematizações resultantes de evidências sobre políticas de atividade física é importante, pois além de instrumentalizar *policymakers*, permite que pesquisadores e a sociedade civil monitorem o que os governos estão fazendo, avaliem o progresso e os responsabilizem (OLDRIDGE-TURNER, 2022). Dessa forma, se realizadas, as ações propostas têm potencial de resultarem em benefícios partilhados tanto para o SUS quanto para a promoção da atividade física em um contexto sistêmico.

Por fim, é necessário destacar que o presente estudo reconhece a necessidade de que a sociedade compreenda que a inatividade física não é responsabilidade exclusiva dos indivíduos e nem dos coletivos. E sim, que está intimamente relacionada à forma como o Estado está estruturado em relação aos determinantes sociais de saúde. Também, é importante pontuar que as decisões políticas (ou a falta delas) sobre atividade física impactam na dignidade, nos valores e nas oportunidades de vida das pessoas e das comunidades (PIGGIN, 2020). Dessa forma, é essencial que a avaliação do cenário da atividade física na APS do SUS ocorra de forma socialmente contextualizada (CROCHEMORE-SILVA et al., 2020), como buscou-se fazer no presente estudo. E que, a partir disso, a oferta desse serviço seja potencializada. Dessa forma, acredita-se que o presente estudo auxiliará para que os próximos passos sejam dados em direção ao acesso equânime à atividade física por meio do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar, avaliar e propor estratégias para potencializar as ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde;
- b) Classificar as ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde;
- c) Associar a classificação das ações as ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde com variáveis socioeconômicas e de gestão dos municípios;
- d) Descrever as ações exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde;
- e) Verificar a conduta da gestão municipal em saúde na implementação de ações exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde;
- f) Propor ações estratégicas para potencialização das ações de atividade física da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

3 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Ação de atividade física: iniciativa assistencial que conta com recursos humanos, espaço físico e planejamento para oferecer sessões de atividade física para a população (adaptado de BRASIL, 2018).

Ação exitosa de atividade física: ação que promove aumento da atividade física dos participantes por meio de um processo planejado, replicável e sustentável que garante e promove a participação e a autonomia (BENEDETTI et al., 2020a).

Agenda: conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes para a sociedade (SECCHI, 2013).

Atividade física: comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível de repouso, promovendo interações sociais e com o ambiente, podendo acontecer no tempo livre, no deslocamento, no trabalho ou estudo e nas tarefas domésticas (BRASIL, 2021a). É orientada pelas necessidades humanas de sentir, explorar, transformar e conectar (MATIAS; PIGGIN, 2022).

Policy maker: pessoa responsável pela formulação de políticas públicas. Pode ser: gestor de saúde, prefeito, vereador, deputado, ministro, presidente etc. (SECCHI, 2013).

Política pública: diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Pode ser um programa, uma lei, um documento normativo, uma metodologia etc. A razão para o estabelecimento de uma política pública é a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante (SECCHI, 2013).

Advocacy: comunicação entre setores para defesa de uma pauta específica (OMS, 2018).

Stakeholders: partes interessadas em determinada pauta (SECCHI, 2013). No caso da atividade física, podem ser: gestores de nível municipal, estadual e federal dos três poderes (executivo, legislativo e judiciário); sociedades científicas, conselhos de classe profissional, sociedade civil e instituições de ensino, da iniciativa privada e do terceiro setor.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A atividade física começou a ser discutida no cenário de promoção da saúde a partir das transições demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica da sociedade (NAHAS; GARCIA, 2010). Essas transições impactam os países por conta da diminuição da força de trabalho; redução da mortalidade precoce; redução do consumo, gerando uma menor movimentação econômica; aumento dos custos com previdência; aumento de doenças e incapacidades funcionais, com consequentes custos com saúde pública; aumento dos anos de dependência de assistência em saúde; e, no aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (MALTA et al. 2009; BLOOM et al., 2015; DUARTE; BARRETO, 2012). Atualmente, no Brasil, o Ministério da Saúde considera como fatores de risco modificáveis e primordiais para o acometimento das principais DCNTs: a inatividade física, a alimentação não saudável, o uso nocivo do álcool e o tabagismo (BRASIL, 2021b).

Dessa forma, países uniram esforços em busca da minimização dessas consequências por meio da publicação da Carta de Ottawa, um dos principais marcos sobre a promoção da saúde. Neste documento, a promoção da saúde é definida como:

(...) um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (OMS, 1986)

Para promover saúde, são necessárias ações associadas a valores e a princípios diversos e amplos, como: qualidade de vida, solidariedade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação social e intersetorialidade (LOCH et al., 2021). Desde as últimas décadas, a Educação Física é considerada como um importante componente para promoção da saúde, sendo reconhecida para além das dimensões orgânico-funcionais inerentes à área (OLIVEIRA, 2018). Devido ao comportamento de inatividade física da população estar associado a diversas doenças (KOHL et al., 2012; RANASINGHE et al., 2021), muitas estratégias de promoção da atividade física vêm sendo incluídas em planos referentes à saúde da população (HEATH et al., 2012; HALLAL; PRATT, 2020; POGRMILOVIC et al., 2020). Nesse sentido, a OMS criou as recomendações de atividade física para prevenção de DCNTs em nível populacional (OMS,

2010; OMS, 2020), adotadas pelo Brasil como parâmetro para desenvolvimento de suas ações e monitoramento da atividade física (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021b; BRASIL, 2022c).

Apesar do reconhecimento da importância da atividade física na promoção da saúde e na prevenção de doenças, as políticas públicas propostas precisam ser aprimoradas a fim de atingirem os benefícios esperados em termos populacionais (HALLAL; PRATT, 2020). No cenário mundial, a prevalência de atividade física insuficiente foi de 27,5% em 2016, com uma diferença entre os sexos, 23,4% nos homens e 31,7% nas mulheres. A prevalência foi mais que o dobro nos países de alta renda (36,8%) do que nos países de baixa renda (16,2%). O Brasil está entre os países com maior aumento da inatividade física de 2001 a 2016 em sua população (>15%) junto com Bulgária, Alemanha, Filipinas e Cingapura (GUTHOLD et al., 2018).

Um ponto importante presente no Plano de Ação Global para a Atividade Física (2018-2030) da OMS é o desenvolvimento e disseminação de políticas, diretrizes e ferramentas (OMS, 2018). Aproximadamente 40% dos países da Europa possuem recomendações nacionais de atividade física (KAHLMEIER et al., 2015). Nas Américas, aproximadamente 28% dos países possuem recomendações nacionais, o que indica a necessidade de que mais documentos sejam elaborados para promover atividade física para a população (GUERRA et al., 2021a). O lançamento do Guia de Atividade Física para a População Brasileira em 2021 foi um marco importante, não só para o Brasil, como para o mundo. O país demonstrou ser pioneiro ao incluir temas importantes como recomendações para educação física escolar, ao utilizar de uma linguagem simples e acessível para a população, ao traduzir o Guia para braile e ao disponibilizar seu conteúdo por meio de áudio em plataformas digitais (TENÓRIO et al., 2022; UMPIERRE et al. 2022; BANDEIRA et al., 2022; SILVA et al.; 2021a). A tradução para inglês e espanhol também oportunizou que seu conteúdo seja disseminado para outros países que ainda não possuem guias próprios.

Outra perspectiva que vem sendo utilizada em termos de promoção da saúde por organismos internacionais, é a abordagem de temas de maneira sinérgica, a fim de obter benefícios partilhados (ONU, 2015). Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a partir de 2019, passou a incluir a atividade física de forma sinérgica e integrada nos territórios, dada a forma com que esse e outros temas se entrelaçam e se influenciam mutuamente (OPAS, 2020). A Agenda Convergente Mobilidade Sustentável e Saúde é um exemplo desse esforço. O documento propõe ações a serem implementadas em âmbito municipal que envolvem mobilidade urbana, qualidade do ar e atividade física (OPAS, 2020).

Por fim, reflete-se que - apesar dos já consolidados benefícios da atividade física - ainda são necessárias investigações sobre a abrangência e os formatos mais adequados das

intervenções no contexto da APS. Intervenções de educação em saúde e aquelas em que os participantes são formalmente encaminhados para um Profissional de Educação Física são as duas abordagens predominantes (LION et al., 2019). De todo modo, a liderança e as responsabilidades devem ser claramente delineadas para garantir o sucesso dessas iniciativas que promovem atividade física. Também, a ação sinérgica e multissetorial das partes interessadas, especialmente os profissionais de saúde, auxiliam a superar a inatividade física de forma sustentável (LION et al., 2019; OMS, 2018).

4.2 PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL

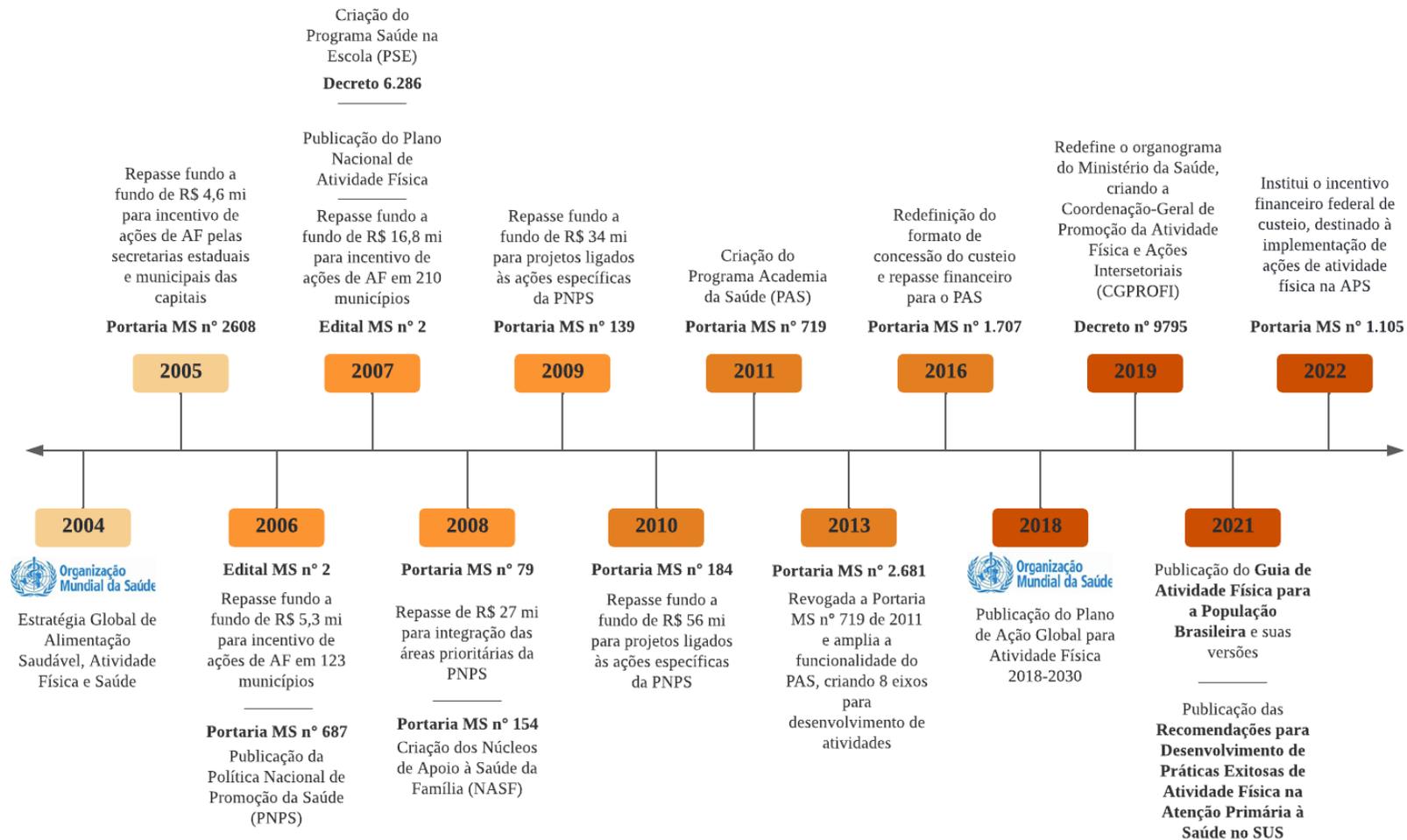
Na década de 70, o Serviço Social do Comércio (SESC) foi pioneiro na oferta de serviço de atividade física no Brasil (MAZO et al., 2009). Também, as universidades desempenharam um papel essencial com a oferta de atividade física na extensão universitária. O fato de que muitos cursos de graduação em Educação Física estão vinculados aos departamentos de saúde, ciências biológicas ou ciências da saúde, pode ter contribuído para isso (ANDRADE, 2011). Nesse contexto, o ensino uniu-se à pesquisa com o intuito de produzir conhecimento científico a partir da vivência prática aliada à promoção de qualidade de vida para os participantes dos projetos (CEZAR et al., 2014).

Cabe destaque para alguns programas de promoção da atividade física ofertados por meio da extensão universitária. Em 1984, foi criado o Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade (NIEATI) na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) (SIQUEIRA; ACOSTA, 2015). Em, 1985 atividades físicas começaram a serem oferecidas do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (FERNEDA et al., 2005). Em 1989, foi implementado na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) o programa de extensão Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI) (MAZO et al., 2013). Concomitantemente, em 1996, o Programa Agita São Paulo tornou-se referência mundial de intervenção de atividade física no contexto comunitário (MATSUDO et al., 2008; ANDRADE, 2011).

A partir dos anos 2000, impulsionado pelo Movimento Cidades Saudáveis - criado no Canadá nos anos 80 e adotado pela OMS nos anos 90 (WESTPHAL, 2000) - o governo brasileiro começou a inserir essa pauta em sua agenda. O Ministério da Saúde, lançou, em 2002, o Agita Brasil, que teve papel importante na capacitação de profissionais da saúde para promoção da atividade física (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; ANDRADE, 2011). O SUS, tornou-se, portanto, um importante meio para promoção da atividade física no Brasil,

principalmente por meio da APS (LOCH et al., 2018). A partir disso, o Brasil construiu um histórico de estratégias para promover e qualificar o serviço relacionado a atividade física. A Figura 1 apresenta a linha do tempo dessas estratégias lideradas pelo Ministério da Saúde.

Figura 1 - Linha do tempo das políticas públicas do Ministério da Saúde para promoção da atividade física no Brasil.



 [Clique aqui](#) para ver a figura em alta resolução.

O histórico de promoção da atividade física no Brasil possui como marco importante a proposição da OMS da Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (OMS, 2004). Esse documento tem como objetivo promover e proteger a saúde orientando a criação de um segmento favorável para a adoção de medidas sustentáveis em nível individual, comunitário, nacional e mundial. Esperava-se que essas medidas, em conjunto, dessem lugar à redução da morbidade e da mortalidade associadas à alimentação pouco saudável e à inatividade física.

Em termos práticos, a Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde buscou quatro resultados principais: 1) reduzir os fatores de risco de doenças não transmissíveis associadas à alimentação pouco saudável e à falta de atividade física mediante ações de saúde pública e medidas de promoção da saúde e prevenção da morbidade; 2) promover a consciência e o conhecimento geral acerca da influência da alimentação saudável e da atividade física em saúde, assim como, do potencial positivo das intervenções de prevenção; 3) fomentar o estabelecimento, o fortalecimento e a aplicação de políticas e planos de ação mundial, regionais, nacionais e comunitários direcionados a melhorar a alimentação e aumentar a atividade física; 4) respaldar as investigações sobre uma ampla variedade de esferas pertinentes, incluída a evolução das intervenções; e fortalecer os recursos humanos que necessitam nesta área para melhorar a saúde (OMS, 2004).

A partir disso, desde 2005 o Ministério da Saúde buscou incentivar a população a ter um comportamento mais ativo fisicamente uma alimentação mais saudável (MALTA et al., 2009). Essas estratégias tornaram-se mais incisivas em 2006, com a publicação da PNPS, redefinida em 2014. A PNPS tem como objetivo geral “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006a). Destaca-se, na PNPS, a inclusão da atividade física e práticas corporais dentre as áreas temáticas existentes. Dessa forma, o Ministério da Saúde impulsionou a atividade física como forma promoção da saúde.

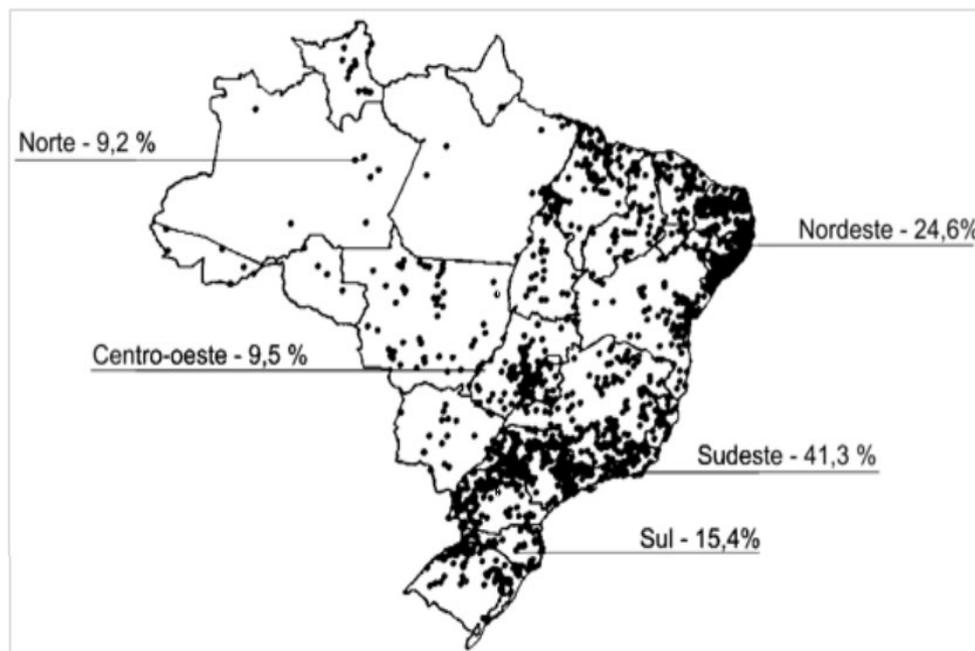
Desde a criação da PNPS, o Ministério da Saúde, por meio de incentivos financeiros, possibilitou o desenvolvimento de projetos em municípios e estados para implementação de programas de promoção da saúde com ênfase em atividade física. Criando-se assim a Rede Nacional de Atividade Física (MALTA et al., 2014). O município que tivesse intenção em concorrer aos editais deveria submeter propostas, que deveriam conter o seguinte (BRASIL, 2009):

- Análise de situação de saúde da população do estado, município e/ou Distrito Federal que justificasse as ações propostas;

- Descrição das ações de promoção da saúde, articuladas com a Atenção Básica e Vigilância em Saúde pelo ente federado;
- Objetivos específicos, orientados/justificados pela análise de situação de saúde;
- Ações de atividade física a serem realizadas para alcançar cada um dos objetivos específicos propostos;
- Indicadores propostos para monitoramento e avaliação das ações;
- Resultados esperados para as ações e objetivos específicos propostos;
- Atores envolvidos no planejamento, execução, monitoramento e avaliação do projeto;
- Cronograma de execução do projeto;

Após os municípios serem contemplados, observou-se uma distribuição desigual em âmbitos regionais dos recursos disponibilizados, conforme é possível perceber na Figura 2.

Figura 2 - Mapa da Rede Nacional de Atividade Física em 2009.



Fonte: Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (2009); Adaptado de: Knuth et al. (2010).

Concomitante a essas iniciativas, o Ministério da Saúde, desenvolveu atividades paralelas de comunicação, educação em saúde e capacitação de profissionais, por meio do projeto “Pratique Saúde” veiculando o estímulo à atividade física, à alimentação saudável, à prevenção do tabagismo; a elaboração de um plano de ação para a atividade física e a organização do I Seminário

Nacional sobre Atividade Física e o curso de atualização em avaliação de programas em parceria com o CDC (MALTA et al., 2009).

Outra ação significativa a fim de auxiliar as intervenções na APS, foi a criação do NASF em 2008. A criação do NASF ampliou as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações em nove áreas estratégicas: práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica; e, atividade física e práticas corporais (BRASIL, 2008a). Conseqüentemente, dentre as estratégias de promoção e prevenção de saúde a prática de atividade física tem sido referida como uma das ações importante nesse processo (SOUZA; LOCH, 2011). Diversas áreas profissionais de saúde compõem as equipes do NASF, incluindo a Educação Física, que está inserida em 66,9% das equipes³. Em novembro de 2019, foram contabilizados 7.408 Profissionais de Educação Física em exercício cadastrados nos estabelecimentos de saúde da APS, sendo 4.022 deles, alocados em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e 2.614 em polos do Programa Academia da Saúde (PAS)³. De todo modo, todos os profissionais do NASF possuem papel importante na promoção da atividade física. Porém, são necessárias estratégias para ampliação do envolvimento desses profissionais. A falta de tempo, falta de conhecimento, falta de profissionais para orientar, falta de material instrucional disponível, falta de recursos ambientais e falta de recurso financeiro do usuário, são barreiras encontradas por esses profissionais para aconselhar atividade física à população (SOUZA NETO et al., 2020). A inclusão dos Profissionais de Educação Física no NASF impulsionou a oferta de ações de atividade física nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e em outros locais da área adstrita. Esses estabelecimentos são locais privilegiados para a implantação de ações de promoção de atividade física, já que atendem parte da população que não possui acesso a outros programas de atividades físicas ou que pertencem às minorias altamente suscetíveis a um estilo de vida inativo (KOKUBUN et al., 2007).

Outro marco importante na promoção da atividade física na saúde pública é o PAS que surgiu com a publicação da Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011 (BRASIL, 2011b). Esta portaria foi revogada posteriormente pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013d). O PAS 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, 2013d). Seus objetivos estão baseados no fortalecimento da promoção da

³ Dados do Ministério da Saúde provenientes dos registros enviados por 5.298 municípios à Coordenação-Geral de Informação da Atenção Primária (CGIAP), novembro de 2019.

saúde, no desenvolvimento do cuidado integral, na promoção da educação em saúde e de ações intersetoriais (BRASIL, 2014).

Existem 3 modalidades de polos do PAS e há incentivo financeiro para a construção nos seguintes valores:

- Modalidade Básica: R\$ 90.000,00 (oitenta mil reais);
- Modalidade Intermediária: R\$ 138.000,00 (cem mil reais); e
- Modalidade Ampliada: R\$ 240.000,00 (cento e oitenta mil reais).

Os polos do PAS (Figura 3) são construídos na área de abrangência do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da APS.

Figura 3 - Modelo estrutural de um Polo da Academia da Saúde.



Fonte: Memorial Descritivo Academia da Academia da Saúde. Ministério da Saúde, 2011.

As atividades desenvolvidas no âmbito do PAS devem ser desenvolvidas conforme os seguintes eixos (BRASIL, 2013d):

- I - Práticas corporais e atividades físicas;
- II - Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;
- III - Promoção da alimentação saudável;
- IV - Práticas integrativas e complementares;
- V - Práticas artísticas e culturais;
- VI - Educação em saúde;
- VII - Planejamento e gestão; e
- VIII - Mobilização da comunidade

Além disso, municípios que desenvolvem ações semelhantes às propostas pelo PAS, de acordo com a Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013, podem pleitear ao Ministério da Saúde o reconhecimento do seu programa em desenvolvimento como similar recebendo assim, incentivo financeiro (BRASIL, 2013d). Em 2020, o PAS alcançou 1.579 polos, em 1.300 municípios brasileiros de todas as unidades da federação. Desses polos, 1.423 recebem custeio de R\$ 3 mil por mês para manter as ações oferecidas pelo Programa⁴.

Em 2018, a OMS publicou o Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030 que busca oferecer aos seus países-membros orientações atualizadas e um quadro de ações políticas efetivas e viáveis para aumentar a atividade física em todos os níveis (OMS, 2018). Em seu escopo, o Plano busca utilizar uma forte liderança, em conjunto com parcerias intergovernamentais e multisetoriais, no sentido de obter uma resposta coordenada e completa de todo o sistema. O objetivo é reduzir a inatividade física em 10% até 2025 e em 15% até 2030. Para isso, pactuaram quatro eixos norteadores para as ações de promoção da atividade física: criação de sociedades, ambientes, pessoas e sistemas ativos. O Plano oferece um roteiro integrado e sistêmico para todos os países, a fim de possibilitar ações nacionais e locais para aumentar a atividade física e reduzir o comportamento sedentário, apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Roteiro integrado e sistêmico do Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030 da OMS.

1. Criar sociedades ativas	1.1 Implementar campanhas de marketing social; 1.2 Promover benefícios partilhados; 1.3 Realizar eventos de participação em massa; 1.4 Fomentar a capacitação dos profissionais.
2. Criar ambientes ativos	2.1 Integrar políticas de transportes e planejamento urbano; 2.2 Melhorar os percursos pedonais e cicloviários; 2.3 Reforçar a segurança rodoviária; 2.4 Melhorar o acesso aos espaços públicos ao ar livre; 2.5 Implementar políticas de construção de infraestruturas proativas
3. Criar pessoas ativas	3.1 Reforçar a educação física e a promoção da atividade física na escola; 3.2 Incorporar a atividade física nos serviços de saúde e serviços sociais; 3.3 Oferecer programas em múltiplos contextos; 3.4 Melhorar a oferta para a população sénior; 3.5 Dar prioridade a programas para os menos ativos; 3.6 Implementar iniciativas ao nível comunitário;
4. Criar sistemas ativos	4.1 Reforçar as políticas, a liderança e a governança; 4.2 Melhorar e integrar sistemas de dados e vigilância; 4.3 Reforçar a investigação e o desenvolvimento; 4.5 Expandir a advocacia; 4.6 Desenvolver mecanismos financeiros inovadores.

Fonte: Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030 (OMS, 2018).

⁴ Dados do Ministério da Saúde provenientes dos registros do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) e Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), abril de 2020.

Em 2019, pelo Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, o formato organizacional do Ministério da Saúde teve algumas alterações (BRASIL, 2019a). Dentre elas, um marco importante para a promoção da atividade física na saúde, foi a criação da Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI) alocada na também criada Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (REIS et al., 2019). Pela primeira vez, a gestão da atividade física ganhou o status de coordenação dentro da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. A CGPROFI busca promover a implementação de políticas públicas e proporcionar a sustentabilidade das ações estratégias de atividade física no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Outro marco importante foi o lançamento do Guia de Atividade Física para a População Brasileira (BRASIL, 2021a; TENÓRIO et al., 2022; UMPIERRE et al. 2022). O documento é dividido em capítulos que abarcam conceitos relacionados à atividade física (Capítulo 1 - Entendendo Atividade Física), ciclos de vida (Capítulo 2 - Atividade Física para Crianças até 5 anos; Capítulo 3 - Atividade Física para Crianças e Jovens de 6 a 17 anos; Capítulo 4 - Atividade Física para Adultos; Capítulo 5 - Atividade Física para Idosos), Educação Física Escolar (Capítulo 6 - Educação Física Escolar), gestantes (Capítulo 7 - Atividade Física para Gestantes e Mulheres Pós-Parto) e pessoas com deficiência (Capítulo 8 - Atividade Física para Pessoas com Deficiência). O Guia foi construído em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), que reuniu aproximadamente 70 pesquisadores da área da atividade física relacionada à saúde, além do corpo técnico do Ministério da Saúde e da OPAS. O processo de construção ocorreu por meio de criteriosa revisão da literatura científica; escutas a setores e instituições relacionados, especialistas e população; e, consulta pública. Dessa forma, o Guia consiste em um produto de tradução do conhecimento uma vez que, baseado em evidências científicas, traz informações importantes para o fortalecimento do sistema de saúde em uma linguagem simples e objetiva (BRASIL, 2021a; TENÓRIO, 2022).

As Recomendações para Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS também trouxeram avanços na promoção da atividade física, principalmente por instrumentalizarem profissionais de saúde a conduzirem ações assistenciais de atividade física (BRASIL, 2021c). Publicadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com a UFSC, essas recomendações são provenientes da pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas (SAFE) (www.safe.ufsc.br) e disseminam o conceito de práticas exitosas de atividade física desenvolvido por Benedetti et al. (2020a): *“uma ação que promove aumento da atividade física dos participantes por meio de um processo planejado, replicável e sustentável que garante e promove participação e autonomia compreendem oito estratégias que auxiliarão a ações de atividade física se tornarem*

exitosas.” A informação central do documento é o passo a passo para desenvolvimento de oito estratégias recomendadas a profissionais de saúde para que as ações de atividade física que conduzem sejam potencialmente exitosas: 1) divulgar as ações; 2) manter uma frequência e regularidade na oferta das ações; 3) realizar avaliações; 4) manter regularidade das ações; 5) entregar os resultados das avaliações; 6) controlar a assiduidade dos participantes; 7) monitorar as razões das desistências; 8) buscar apoio da gestão.

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.105, de 15 de maio de 2022, que institui o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na APS, o chamado de IAF (BRASIL, 2022a). O IAF tem como objetivos: 1) implementar ações de atividade física na APS (por meio de: contratação de profissionais de educação física na saúde na APS, aquisição de materiais de consumo e qualificação de ambientes relacionados a atividade física); 2) melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, mediante a inserção de atividade física na rotina desses indivíduos. Podem pleitear o recurso centros de saúde/unidades básicas de saúde, postos de saúde e unidades móveis fluviais. Trata-se de uma iniciativa importantíssima para a promoção da atividade física na APS já que é o primeiro marco legal que trata especificamente dessa pauta no contexto do SUS.

4.3 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS PÚBLICOS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

No âmbito do SUS, avaliação é:

Um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham responsabilidades. O processo de avaliação é mediado por relações de poder. Isto não deve ser ignorado por quem tem a responsabilidade de conduzi-lo, sendo fundamental reforçar a implementação de mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos. (BRASIL, 2005a)

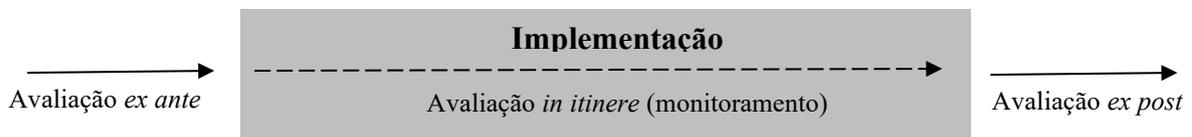
No Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde, adotou-se o seguinte conceito: “avaliar é perceber se as ações planejadas estão modificando a realidade e conduzindo aos resultados propostos” (BRASIL, 2015).

De todo modo, a avaliação de ações de saúde na APS do SUS contribui para a melhoria do desempenho dos recursos humanos e para a qualidade dos serviços por ela. Além disso, é uma atividade que tem como objetivo (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018):

- Prestar contas à agentes externos, como órgãos financiadores e a própria comunidade;
- Alimentar os processos de planejamento e de decisão nas instituições;
- Retroalimentar com informações que permitam os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos pretendidos e/ou mudanças de caráter mais estratégico;
- Permitir a tomada de decisão com relação à expansão do projeto, mudanças dos objetivos inicialmente desenhados ou mesmo sua total interrupção.

A avaliação de políticas públicas pode ser realizada *ex ante* (anterior à implementação), *in itinere* (durante a implementação) e *ex post* (após a implementação) (Figura 4).

Figura 4 - Os três momentos da avaliação de políticas públicas.



Fonte: Adaptado de Secchi, 2013.

Dessa forma, a avaliação constitui uma etapa essencial no planejamento, criação e desenvolvimento de políticas públicas (SECCHI, 2013) e para o sucesso do planejamento em saúde (BRASIL, 2015).

A avaliação de ações em saúde na APS auxilia os gestores municipais na tomada de decisões quanto à melhor alocação dos recursos, já que a otimização dos insumos utilizados para prover os serviços necessários é crucial para atender a demanda da população (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017).

4.3.1 Avaliação de programas de promoção da atividade física no Brasil

A expansão das ações de atividade física, incentivadas pelo Ministério da Saúde, não são acompanhadas de avaliação adequada (KONRAD et al., 2017; BECKER et al., 2016). Porém, algumas iniciativas buscaram esse tipo de análise (BRASIL, 2013c; MALTA et al., 2020). Apesar de esforços importantes, essas ações ainda não permitem a compreensão da promoção da atividade física enquanto política pública, sendo escassos elementos importantes como interferência do contexto político e econômico e na manutenção de investimentos (SILVA et al., 2021b).

Em 2008, foi criado o Guia Útil para Intervenções em Atividade Física na América Latina (Projeto Guia), financiado pelo CDC dos Estados Unidos e desenvolvido por meio de parcerias

entre a Universidade de St. Louis, Universidade de Washington, Universidade de São Paulo (USP), Ministério da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), além de outras universidades e municípios do Brasil. O Guia tinha como objetivos: 1) estabelecer relações com pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e instituições no Brasil e incentivar intervenções baseadas em evidência para a promoção da atividade física; 2) conduzir pesquisas para atingir consenso nas categorias de intervenções em atividade física, assim como, avaliar se as categorias existentes nos Estados Unidos se adaptam ao contexto do Brasil e da América Latina; 3) realizar pesquisa de revisão nos estudos, relatando a efetividade de intervenções de promoção da atividade física na América Latina; 4) avaliar dois grandes programas de promoção da atividade física existentes no Brasil, com base nos resultados da pesquisa de revisão; 5) disseminar os resultados do projeto para a comunidade, pesquisadores, gestores e profissionais de saúde em geral, no Brasil, na América Latina e no mundo todo (BRASIL, 2013c).

As ações avaliativas do projeto Guia indicaram que: (a) pessoas expostas aos programas investigados foram mais ativas do que aquelas não expostas; (b) usuários de parques, praças e outros espaços nos quais os programas foram implantados foram mais ativos do que usuários de locais similares nos quais o Programa não está presente; (c) usuários dos programas possuíam uma melhor autopercepção de saúde quando comparados com não usuários; (d) usuários e profissionais dos programas estavam, em geral, satisfeitos com as ações do mesmo e acreditavam tinha perspectivas de expansão, confirmando a efetividade do modelo de programa (MALTA; MIELKE; COSTA, 2020). Ressalta-se que esses resultados foram obtidos por meio de estudos que utilizaram metodologias distintas e foram realizados em quatro municípios brasileiros e por isso, não refletem uma avaliação integral das ações de atividade física no país.

Outra ação avaliativa foi a implantação do sistema de monitoramento da gestão do Programa Academia da Saúde, em 2012 (MALTA et al., 2020). O monitoramento é realizado anualmente via FormSUS, uma plataforma online do SUS. São disponibilizados três questionários que devem ser respondidos pela gestão estadual, municipal e dos polos (BRASIL, 2017b). Porém, esse monitoramento tem algumas limitações, já que as variáveis investigadas não fornecem informações quantitativas, e, portanto, não é possível determinar a amplitude destes dados ao longo dos anos (MANTA et al., 2020a). Além disso, o monitoramento consiste em apenas uma etapa do processo de avaliação, *in itinere* (BRASIL, 2005a; SECCHI, 2013). Dessa forma, apesar da contribuição com o levantamento de informações, o monitoramento do PAS tem limitações metodológicas e não permite a avaliação do Programa.

Uma iniciativa mais ampla iniciou em 2011 no governo federal por meio de um processo de institucionalização da avaliação no âmbito da Atenção Primária à Saúde com a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O PMAQ avaliava o desempenho das equipes em relação a padrões de qualidade e acesso pactuados de maneira tripartite (BRASIL, 2017c). Com relação à atividade física, dados do PMAQ de 2013 demonstraram que ações de práticas corporais e de atividade física foram realizadas por 84,6% das equipes de NASF, e entre as equipes, 87% recebiam o apoio do profissional de educação física do NASF (SEUS et al., 2019).

A partir de 2020, o Ministério da Saúde substituiu o PMAQ pelo Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil – *Primary Care Assessment Tool*). O PCATool-Brasil foi validado no Brasil e é composto de questionários para avaliar o serviço na APS que devem ser respondidos por crianças, adultos, profissionais médicos e enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Cada atributo essencial identificado no PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção (BRASIL, 2020b). O objetivo é que o PCATool-Brasil seja um dos instrumentos utilizados para medir os indicadores globais de avaliação da qualidade assistencial no novo modelo de financiamento da APS, estabelecido em 2019 (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2020b).

Apesar da importância e tamanha abrangência, o PMAQ e o PCATool-Brasil representam avaliações nacionais de aspectos relacionados à organização, estrutura, processo de trabalho e serviço da APS. Por não ser seus objetivos, não oferecem os aspectos necessários para uma avaliação das ações de atividade física do SUS de forma integral.

4.3.2 Ferramentas de avaliação de programas de atividade física

Em vista da necessidade de um maior aprofundamento nas avaliações, alguns modelos foram desenvolvidos para avaliar ações em saúde e podem servir como base teórica para as ações de atividade física. Esses modelos auxiliam na decisão de prioridades e são úteis para pesquisadores e profissionais no desenvolvimento ou decisão do processo das intervenções (GLASGOW, 2002).

O modelo de avaliação Habicht é focado na saúde pública e propõe dois eixos. O primeiro, referente aos indicadores de avaliação (oferta, utilização, cobertura, oferta de atividades e impacto) e o segundo, que envolve o grau de certeza para tomada de decisão (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999). Algumas etapas da avaliação pelo modelo Habicht requerem de métodos de

pesquisa mais robustos, como ensaios clínicos randomizados, o que dificulta sua aplicação no contexto do sistema de saúde brasileiro (PETREÇA et al., 2019).

O modelo Donabedian é utilizado na avaliação de serviços de saúde desde a década de 60 e é amplamente utilizado na área da saúde pública. Propõe três dimensões para realizar a avaliação: estrutura, processo e resultado. Além dessas dimensões, há outros sete critérios a serem considerados: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1984).

Outra ferramenta importante, *Health-enhancing physical activity (HEPA) policy audit tool (PAT)*, o HEPA-PAT, desenvolvido em 2015 pela OMS-Europa (OMS, 2015). O HEPA-PAT fornece um protocolo e método para a compilar e comunicar detalhadamente as respostas das políticas em nível nacional sobre inatividade física. O resultado da avaliação usando o HEPA-PAT fornece uma visão abrangente das políticas atuais relacionadas à atividade física e pode identificar sinergias e discrepâncias entre os documentos de diferentes países, bem como, possíveis lacunas. O uso da ferramenta também pode promover: a colaboração entre departamentos governamentais e organizações interessadas em atividades físicas para melhorar a saúde; uma maior comunicação e planejamento e ações estratégicas conjuntas; e, uma colaboração aprimorada entre os setores. Cabe ressaltar que o HEPA-PAT não consiste em um modelo de avaliação, mas sim, uma ferramenta de levantamento e organização do conteúdo de políticas públicas em atividade física a ser utilizada pelos governos dos países. Portanto, não pode ser usado para a avaliação definitiva dessas políticas (POGRMILOVIC et al., 2018).

A *Policy Evaluation Network (PEN)* é uma rede financiada pela União Europeia que visa melhorar a formulação de políticas nas áreas de comportamento alimentar, atividade física e comportamento sedentário, avaliando as políticas existentes (PEN, 2017). Como parte da PEN, recomenda-se a utilização da ferramenta *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)* para elaboração e avaliação de políticas de saúde em atividade física. Porém, ainda há dificuldade de utilizar a GRADE para formular e avaliar políticas reais, ficando restrita a publicações (ZÄHRINGER et al., 2020).

A estrutura *Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARiHS)* foi criada por Kitson, Harvey e McCormack em 1998 com base em conhecimentos empíricos na área da enfermagem. A ferramenta trabalha com três pilares: evidência, contexto e facilitação. Considera que seja necessária clareza sobre a natureza das evidências utilizadas, a qualidade do contexto e o tipo de facilitação para assegurar um processo de mudança bem-sucedido (KITSON et al., 1998).

Criado em 2009, o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) consiste em um guia prático para avaliar sistematicamente potenciais barreiras e facilitadores na preparação para a implementação de uma inovação em saúde (DAMSCHRODER et al., 2009). Mais recentemente, foram criadas adaptações que podem ser aplicadas em países de média e baixa renda. Porém, ainda carecem de avaliação de confiabilidade e validade (MEANS et al., 2020).

Um modelo importante para avaliação de ações de atividade física é o RE-AIM (*Reach, Adoption, Implementation, Effectiveness, Maintenance*). Para o presente estudo, haverá um enfoque maior para o modelo RE-AIM que vem sendo amplamente utilizado há mais de 20 anos no mundo, (SHOUP et al., 2015), sendo citado em mais de 2.800 publicações (GLASGOW et al., 2019). Na última década, também serviu como ferramenta para sistematizar diversas avaliações de ações de atividade física no Brasil (SANDRESCHI et al., 2015; BORGES, et al., 2019; BENEDETTI et al., 2020b). Portanto, foi o modelo escolhido para embasar a pesquisa “Saúde a partir de atividades físicas exitosas - SAFE”, da qual o presente estudo faz parte.

Essa ferramenta foi desenvolvida para auxiliar na melhoria da qualidade dos relatos e fatores de validade interna e externa, a fim de compreender o potencial impacto da saúde pública nos programas comportamentais (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999). O nome RE-AIM remete à cinco dimensões, definidas conforme o Quadro 2:

Quadro 2 - Dimensões da ferramenta RE-AIM e suas definições.

<i>Reach</i> (Alcance)	É o número absoluto, a proporção e a representatividade dos indivíduos que estão dispostos a participar de uma determinada iniciativa comparada àqueles que desistem ou àqueles potencialmente elegíveis.
<i>Effectiveness</i> (Efetividade)	É o impacto de uma intervenção sobre desfechos importantes incluindo qualidade de vida, potenciais efeitos negativos e os resultados econômicos.
<i>Adoption</i> (Adoção)	É o número absoluto, a proporção e a representatividade das organizações e dos agentes de intervenção que estão dispostos a iniciar um programa.
<i>Implementation</i> (Implementação)	No nível organizacional, refere-se à fidelidade dos agentes de intervenção aos vários elementos de um protocolo de intervenção. Isso inclui a consistência no fornecimento, conforme previsto, o tempo e o custo da intervenção. No nível individual, refere-se à medida que os participantes utilizam as estratégias da intervenção.
<i>Maintenance</i> (Manutenção)	No nível organizacional, é à medida que um programa ou política torna-se institucionalizado ou parte das práticas de rotina e políticas organizacionais. No nível individual, a manutenção tem sido definida como os efeitos benéficos em longo prazo (seis ou mais meses após o término da intervenção).

Fonte: (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

O RE-AIM surgiu após questionamentos sobre a necessidade de avaliar outros fatores associados a intervenções - além da eficácia e da efetividade - como robustez, replicabilidade e impacto na saúde pública. Até então, não existia uma estrutura sistematizada amplamente disponível para avaliar o potencial de tradução e impacto na saúde pública. Para preencher essa lacuna de pesquisa-prática, Glasgow e colaboradores projetaram uma estrutura de avaliação para expandir a avaliação de intervenções além da eficácia e da efetividade para múltiplos critérios que contemplam validade interna e externa (GLASGOW et al.; 1999).

A validade interna é compreendida pelo fornecimento de evidências suficientes para explicar causa e efeito entre uma variável dependente e uma ou mais variáveis independentes. Já a validade externa é confirmada por meio de evidências que possibilitem a generalização dos resultados para (ou entre) populações-alvo, contextos, tempos, dentre outros (ALLEN et al., 2011).

Outro ponto diferencial do RE-AIM, é considerar para a avaliação aspectos de impacto individual, organizacional e institucional. Alcance e efetividade referem-se a níveis individuais de impacto, enquanto adoção e implementação referem-se a níveis organizacionais de impacto. A manutenção pode ter um impacto tanto individual quanto organizacional. É pertinente avaliar ambos os níveis porque cada um fornece informações importantes e independentes sobre o impacto da intervenção. O RE-AIM preconiza que os impactos em todos os níveis são importantes. Se apenas as dimensões individuais fossem bem avaliadas em uma “intervenção X”, se concluiria que a intervenção tem um grande potencial de impacto. Porém, na realidade, essa intervenção tem poucas chances de gerar grande impacto na saúde pública porque não pode ser adotada, implementada e nem mantida em ambientes do mundo real. Isso também é válido para a situação inversa, em que uma intervenção tem adoção, implementação e manutenção organizacional bem avaliadas, mas possui pouco alcance, efetividade ou manutenção individual. Novamente, se apenas um nível organizacional fosse avaliado considerado, o impacto da intervenção seria considerado grande, mesmo com baixo alcance, efetividade ou manutenção em nível individual (GLASGOW et al., 1999; ESTABROOKS; GYURCSIK, 2003; JILCOTT et al., 2007).

Além dos fatores citados anteriormente, o RE-AIM foi escolhido para utilização como base teórica para avaliação das ações de atividade física do presente estudo por ter sido traduzido para o português e adaptado culturalmente para o Brasil (ALMEIDA et al., 2013) e por ter ferramentas para sua utilização publicadas para utilização no país (BRITO et al., 2018). Além disso, os construtos do RE-AIM podem ser passíveis de simplificação e racionalização para a utilização sob condições reais com recursos limitados (LEE et al.; 2017), como é o caso das ações de atividade física da APS do SUS.

5 MÉTODO

5.1 ASPECTOS ÉTICOS E FINANCIAMENTO

Este estudo faz parte da pesquisa intitulada “Saúde a partir de atividades físicas exitosas - SAFE” que foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Saúde pelo edital CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAB/CGAN número 13/2017, registrada com o título “Recomendações de atividade física para a saúde a partir das práticas exitosas desenvolvidas no Sistema Único de Saúde”, processo número 408068/2017-5, no valor de R\$ 506.800,00. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob parecer número 2.572.260 em 30 de março de 2018 e CAAE 80431717.0.0000.0121 (Anexo A).

5.2 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO – PESQUISA SAFE

Os dados que foram utilizados para o desenvolvimento do presente estudo são provenientes da pesquisa SAFE que tem como objetivo elaborar recomendações para o planejamento e execução de práticas exitosas em atividade física na APS do SUS do Brasil. A pesquisa foi realizada de fevereiro de 2018 a junho de 2021. O organograma da pesquisa SAFE apresenta todas as etapas (Figura 5) e mais informações estão presentes no website www.safe.ufsc.br.

Figura 5 - Etapas da pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas (SAFE).



Fonte: website da pesquisa SAFE. Disponível em: www.safe.ufsc.br.

Na etapa 1 foi identificado o que é uma prática exitosa de atividade física. Para tanto, foi realizado o processo de elaboração do conceito de práticas exitosas em atividade física na atenção primária à saúde (BENEDETTI et al., 2020a), por meio do método de análise conceitual proposto por Walker e Avant (WALKER; AVANT, 2010). Empregou-se quatro etapas: (1) seleção do conceito; (2) determinação dos objetivos; (3) identificação dos possíveis usos do conceito e (4) determinação dos atributos. Foram utilizados: análise documental, questionário online, oficina e painel de especialistas. Os participantes foram gestores, coordenadores, profissionais de saúde, usuários e pesquisadores da APS das cinco regiões do Brasil. A partir desses procedimentos, o conceito de prática exitosa em AF na APS foi definido como “uma ação que promove aumento da AF dos participantes por meio de um processo planejado, replicável e sustentável que garante e promove a participação e autonomia”. De acordo com Benedetti et al. (2020a), os atributos essenciais identificados foram:

Planejamento: ação planejada de acordo com a realidade do local (como demandas do território; demandas por serviços; recursos financeiros, humanos e materiais; cultura e capacidade técnica) e de forma colaborativa (entre usuários, profissionais de saúde e gestão). Que explicita para qual grupo é destinada. Além disso, possui objetivo tangível e metas mensuráveis que necessitam ser avaliadas continuamente tanto para a ação quanto para os participantes.

Sustentabilidade: ação mantida e continuada pelo local com potencial para ser institucionalizada e capaz de aumentar a atividade física dos participantes de modo sustentável.

Replicação: ação descrita com clareza e aplicável em outros locais respeitando cada contexto.

Participação: ação que promova o engajamento e o vínculo dos usuários com o serviço, que tenha adesão e assiduidade dos participantes.

Autonomia: ação que promova autonomia dos participantes para o engajamento nas decisões e conhecimentos que possam contribuir para o autocuidado e corresponsabilidade com a saúde individual.

Na etapa 2, o conceito e seus atributos criados na etapa 1 foram relacionados com as dimensões do modelo RE-AIM (ALMEIDA et al., 2013). A partir disso, foi criado um questionário composto de 22 questões que tinha como objetivo mapear e avaliar as ações de promoção da atividade física na APS do SUS. Esse questionário foi hospedado em uma plataforma online (www.safe.ufsc.br) e foi enviado um convite para diversos estabelecimentos de saúde (como UBSs e polos do PAS) responderem. Os contatos foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A partir das respostas recebidas, foi criado um banco de dados das ações de atividade física realizadas na APS do SUS composto por 1.645 ações que participaram da pesquisa. Os dados foram analisados por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI) e as ações foram ranqueadas de acordo com as respostas do questionário. Para o presente estudo, foram utilizados dados referentes a essa etapa.

Na etapa 3, foram visitadas algumas das ações que obtiveram melhor avaliação na etapa 2. Nessas visitas foram realizados 4 procedimentos: 1) observação sistemática das atividades realizadas; 2) entrevista individual com o “facilitador” da ação, ou seja, o profissional responsável pela sua execução; 3) entrevista coletiva com o restante da equipe multiprofissional envolvida na ação; e, 4) entrevista individual com o gestor municipal de saúde. Para o presente estudo, foram utilizados os dados provenientes da entrevista com o gestor municipal de saúde de modo que se verifique a atuação da gestão municipal em saúde na implementação de práticas exitosas de atividade física na APS do SUS.

Na etapa 4, o planejamento era realizar uma validação de um caso modelo de ação exitosa de atividade física, a partir da triangulação dos resultados das etapas anteriores. Pesquisadores, com representatividade em todas as regiões do Brasil, foram convidados para atuarem nessa fase. No entanto, a pandemia de COVID-19 paralisou as atividades da pesquisa a partir de fevereiro de 2020. Dessa forma, essa etapa foi reformulada e contou com a participação remota dos

pesquisadores das diferentes regiões para validação do material escrito das recomendações que, posteriormente foi aprovada pelo Ministério da Saúde. Atualmente, com a melhora da situação epidemiológica no país, essa etapa foi retomada.

Na etapa 5, o material das recomendações foi entregue ao Ministério da Saúde para diagramação e publicação da versão final. A apresentação do documento foi realizada por meio de webinar, em parceria com a Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI), do Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS), da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). O webinar de lançamento está disponível no Youtube (<https://www.youtube.com/watch?v=I5t97PRLyJY>) e as recomendações estão hospedadas no website da Ministério da Saúde (<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA2MQ==>). Em todas as etapas do presente estudo, as oito estratégias preconizadas pelas Recomendações para Implementação de Práticas Exitosas em Atividade Física na APS do SUS (BRASIL, 2021c), conforme apresentado na seção 4.2, foram consideradas como sendo essenciais para o êxito das ações.

5.3 CARACTERIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO PRESENTE ESTUDO

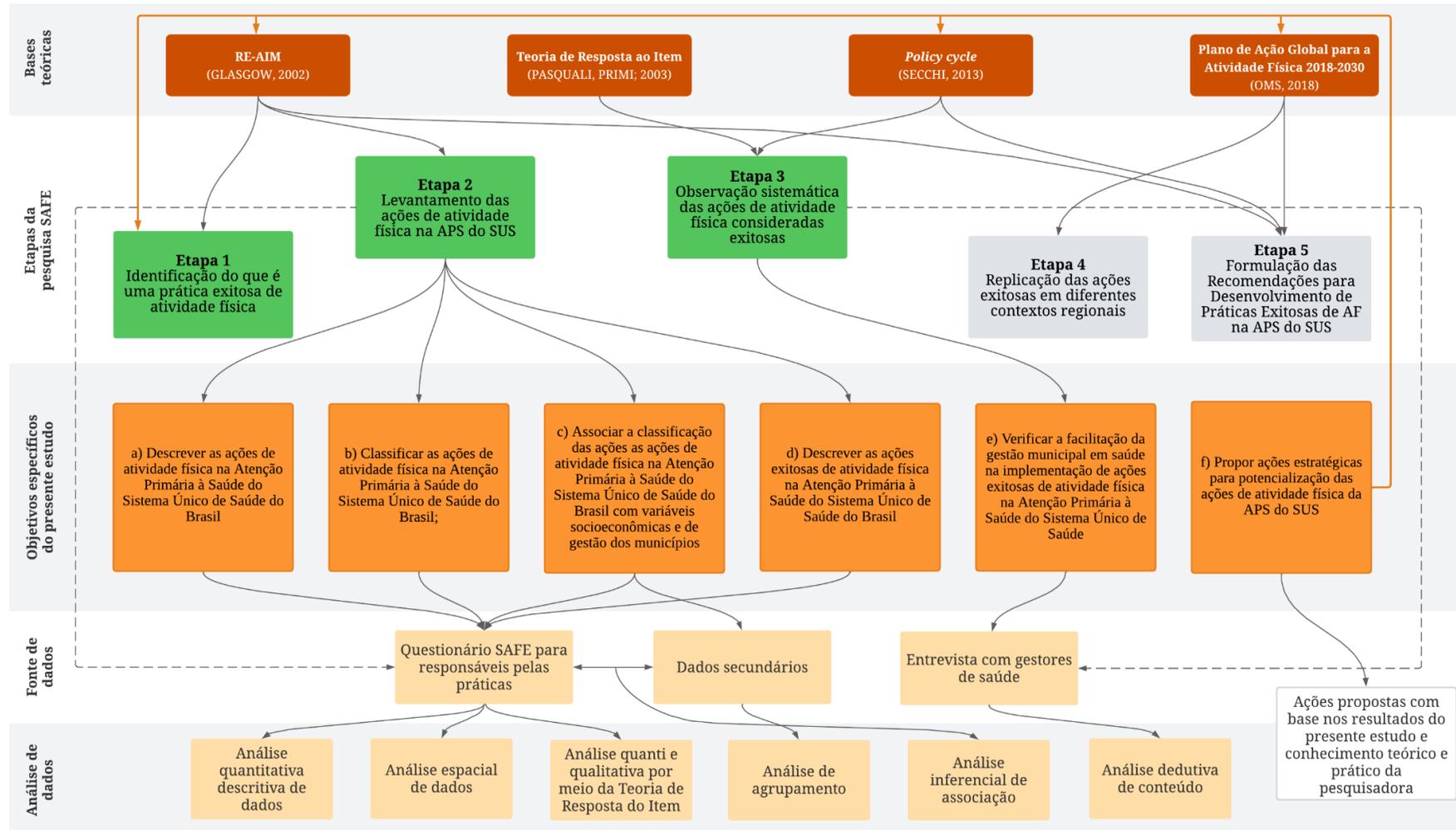
Com relação à natureza do estudo, trata-se de uma pesquisa aplicada pois a partir de seus resultados, serão criados conhecimentos para solução de problemas que poderão ser aplicados na prática (NASCIMENTO; SOUSA, 2016). Para responder a alguns objetivos específicos, o presente estudo utilizou uma abordagem de pesquisa avaliativa. Esse tipo de pesquisa é definido como “a aplicação sistemática de procedimentos oriundos das ciências sociais para fazer julgamentos sobre os programas de intervenção, analisando as bases teóricas, o processo operacional e a implementação dos mesmos em sua interface com o contexto no qual os constituem” (ARREAZA; MORAES, 2010).

Optou-se por uma abordagem de métodos mistos. Ou seja, as coletas e análise dos dados foram combinadas entre técnicas quali e quantitativas no mesmo desenho de pesquisa (JOHNSON; ONWUEGBUZIE, 2004). Acredita-se que a triangulação de dados coletados a partir de diferentes estratégias com abordagens distintas possa garantir que os resultados encontrados não sejam reflexos exclusivos da natureza dos dados ou da natureza do método escolhido (PARANHOS et al., 2016). Dessa forma, a combinação de diferentes tipos de dados foi utilizada em uma perspectiva de complementariedade de métodos, buscando respostas mais consistentes para os objetivos propostos no presente estudo (SMALL, 2011). A utilização de métodos mistos em pesquisas que envolvem ações e programas de saúde é recomendada pois possibilita a avaliação

de elementos que não são comumente documentados (SCHWINGEL et al., 2017). Além das questões metodológicas, a abordagem de métodos mistos oferece oportunidades para envolver significativamente as iniquidades existentes e que devem ser levadas em conta (GREENE, 2008).

Com relação à organização do presente estudo, foram utilizados dados provenientes das etapas 2 e 3 da pesquisa SAFE. A etapa 2 correspondeu aos objetivos específicos “a”, “b”, “c” e “d” do presente estudo, enquanto a etapa 3 correspondeu ao objetivo específico “e”. O objetivo específico “f” consistiu em uma análise teórica de informações e, dessa forma, não utilizou de dados provenientes da pesquisa SAFE. Nesse sentido, as descrições das etapas metodológicas das próximas seções serão apresentadas de acordo com os objetivos específicos e fase do estudo conforme aconteceu a coleta de dados. A Figura 6 sistematiza a relação entre as etapas da pesquisa SAFE, bases teóricas utilizadas, objetivos específicos do presente estudo e, fontes e análise de dados utilizadas.

Figura 6 - Organograma da relação entre as bases teóricas utilizadas, etapas da pesquisa SAFE, objetivos específicos do presente estudo e fontes e análises de dados utilizados.



[Clique aqui](#) para ver a figura em alta resolução.

5.4 PARTICIPANTES E LOCAL DE COLETA DE DADOS

5.4.1 Participantes e local da coleta de dados da etapa 2 da pesquisa SAFE: levantamento das ações de atividade física na APS do SUS

Os objetivos específicos “a”, “b”, “c” e “d” do presente estudo correspondem à etapa 2 da pesquisa SAFE. Participaram profissionais de saúde vinculados às secretarias municipais de saúde que tivessem algum vínculo com uma ação de atividade física oferecida pelo município. Essa etapa teve abrangência nacional com todos os municípios brasileiros convidados a participar, por meio de suas secretarias municipais de saúde. Foram alcançados 452 municípios de todos os estados brasileiros com registro de 1.645 ações de atividade física participantes da pesquisa, distribuídos conforme a Tabela 1:

Tabela 1 - Frequência de municípios existentes e participantes da pesquisa por região e estado. Brasil, 2019.

Região e estados	n. de municípios existentes	n. (%) de municípios participantes da pesquisa	n. (%) de ações de atividade física registradas na pesquisa
Centro-oeste	466	37 (8,2)	125 (7,6)
Distrito Federal	-	1 (0,2)	9 (0,5)
Goiás	246	12 (2,7)	46 (2,8)
Mato Grosso	141	9 (2,0)	21 (1,3)
Mato Grosso do Sul	79	15 (3,3)	49 (3,0)
Nordeste	1.794	88 (19,5)	242 (14,7)
Alagoas	102	3 (0,7)	5 (0,3)
Bahia	417	26 (5,8)	78 (4,7)
Ceará	184	13 (2,9)	27 (1,6)
Maranhão	217	3 (0,7)	6 (0,4)
Paraíba	223	9 (2,0)	16 (1,0)
Pernambuco	185	16 (3,5)	31 (1,9)
Piauí	224	7 (1,5)	49 (3,0)
Rio Grande do Norte	167	7 (1,5)	17 (1,0)
Sergipe	75	4 (0,9)	13 (0,8)
Norte	450	34 (7,5)	88 (5,3)
Acre	22	4 (0,9)	6 (0,4)
Amapá	16	1 (0,2)	3 (0,2)
Amazonas	62	3 (0,7)	9 (0,5)
Pará	144	12 (2,7)	30 (1,8)
Rondônia	52	1 (0,2)	2 (0,1)
Roraima	15	1 (0,2)	2 (0,1)
Tocantins	139	12 (2,7)	36 (2,2)
Sudeste	1.668	178 (39,4)	750 (45,6)
Espírito Santo	78	3 (0,7)	51 (3,1)
Minas Gerais	853	114 (25,2)	409 (24,9)
Rio de Janeiro	92	7 (1,5)	16 (1,0)
São Paulo	645	54 (11,9)	274 (16,7)
Sul	1.191	115 (25,4)	440 (26,7)
Paraná	399	24 (5,3)	99 (6,0)
Rio Grande do Sul	497	44 (9,7)	120 (7,3)
Santa Catarina	295	47 (10,4)	221 (13,4)
Total geral	5.570	452 (100)	1.645 (100)

n=frequência absoluta, frequência relativa.

5.4.2 Participantes e local da coleta de dados da etapa 3 da pesquisa SAFE: observação sistemática das ações de atividade física consideradas exitosas

O objetivo específico “e” do presente estudo corresponde à etapa 3 da pesquisa SAFE. A partir do registro, da avaliação e da classificação das 1.645 ações de atividade física (quantitativo relatado na seção 4.4.1), participaram 10 municípios para esta etapa, abrangendo todas as regiões do Brasil. Dentre aquelas que foram consideradas mais exitosas, os municípios correspondentes foram selecionados por conveniência, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: 1) dois municípios por região do Brasil; 2) desses, um deveria ser município de grande porte e outro de médio ou pequeno porte. O intuito era que essas informações coletadas agregassem aspectos oriundos de todas as realidades brasileiras, apesar dessa etapa ser de análise qualitativa. Ressalta-se, que na região Centro-Oeste, apenas um município tinha ações de atividade física entre as mais exitosas do Brasil. Dessa forma, foi acrescentada uma visita ao Sudeste, já que foi a região do Brasil com mais participação na pesquisa e em número de municípios existentes. Inicialmente, buscou-se representantes em todas as regiões do Brasil e o critério para definir o número final de informantes foi a saturação teórica. Ou seja, quando pouca ou nenhuma informação nova emergiu das entrevistas, não foram recrutados mais participantes (CURRY et al., 2009). Os participantes da coleta de dados para esta etapa foram os secretários de saúde dos municípios selecionados ou algum representante da gestão indicado por eles. Dessa forma, foi visitada uma prática de atividade física considerada potencialmente exitosa vinculada à secretaria municipal de saúde em cada um desses municípios citados no Quadro 3.

Quadro 3 - Tamanho populacional, porte e municípios visitados.

Região e estado	Município	Número de habitantes*	Porte populacional
Centro-Oeste			
Mato Grosso	Sorriso	94.941	Médio
Nordeste			
Piauí	Piripiri	63.829	Médio
Piauí	Teresina	871.126	Grande
Norte			
Pará	Belém	1.506.420	Grande
Tocantins	Araguanã	5.856	Pequeno
Sudeste			
São Paulo	Atibaia	145.378	Grande
Espírito Santo	Vitória	369.534	Grande
Minas Gerais	Gurinhata	5.516	Pequeno
Sul			
Rio Grande do Sul	Trindade do Sul	5.781	Pequeno
Santa Catarina	Jaraguá do Sul	184.579	Grande

* Tamanho populacional estimado para 2021 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>

5.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

5.5.1 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados utilizados na etapa 2 da pesquisa SAFE: levantamento das ações de atividade física na APS do SUS

Os objetivos específicos “a”, “b”, “c” e “d” do presente estudo correspondem à etapa 2 da pesquisa SAFE. Para essa etapa, foi desenvolvido um questionário (Apêndice A) com o objetivo de caracterizar as ações de atividade física que ocorrem nos municípios brasileiros, utilizando como base teórica a ferramenta RE-AIM e os atributos presentes no conceito desenvolvidos na etapa 1.

Para cada dimensão do RE-AIM e cada atributo foram criadas questões, conforme Quadro 4.

Quadro 4 - Matriz das questões criadas para o questionário da pesquisa SAFE de acordo com os atributos do conceito de prática exitosa de atividade física na Atenção Primária à Saúde e das dimensões do RE-AIM.

Dimensões do RE-AIM	Atributos do conceito de prática exitosa de atividade física				
	PARTICIPAÇÃO	PLANEJAMENTO	REPLICAÇÃO	AUTONOMIA	SUSTENTABILIDADE
ALCANCE	4, 16	13, 17	-	-	-
ADOÇÃO	-	18, 19	-	-	2
IMPLEMENTAÇÃO	-	1, 5, 20, 21	6, 7, 8	12	-
EFETIVIDADE	-	9, 10, 11	-	-	-
MANUTENÇÃO	14	-	-	15	3, 22
<p>Questões:</p> <ol style="list-style-type: none"> Qual o objetivo da ação de atividade física? Há quanto tempo a ação de atividade física é desenvolvida? Atualmente, a ação de atividade física ainda está acontecendo? Quais as estratégias utilizadas para a divulgação da ação de atividade física? Na maioria das vezes, onde ocorrem os encontros desta ação de atividade física? Qual a metodologia empregada no desenvolvimento da ação de atividade física? Com qual frequência a ação de atividade física é desenvolvida? Em cada encontro, qual a duração da ação de atividade física? É utilizado algum instrumento para avaliar a atividade física? Quais os tipos de instrumentos que foram e são utilizados para avaliar a atividade física dos participantes da ação? Com que frequência são aplicados esses instrumentos para avaliar a atividade física dos participantes? É realizado algum relatório aos participantes com os resultados das avaliações físicas das ações de atividade física que são realizadas? Há controle da frequência (assiduidade) dos participantes no decorrer da ação de atividade física? Há controle do número de participantes que desistiram no decorrer da ação de atividade física? Há um levantamento das razões que levaram os participantes a desistirem no decorrer da ação de atividade física? A ação de atividade física que é desenvolvida atende qual faixa etária? A proposta da ação de atividade física é desenvolvida para atender a algum grupo especial? Quantos profissionais de saúde estão envolvidos no desenvolvimento da ação de atividade física? Qual o vínculo empregatício do principal profissional que desenvolve a ação de atividade física? A gestão municipal oferece algum tipo de suporte (ajuda) para o desenvolvimento da ação? Qual tipo de aporte (ajuda) oferecido pela gestão municipal? Houve mudança na gestão municipal no decorrer do funcionamento da ação de atividade física que está sendo relatada? 					

Esse questionário foi disponibilizado na plataforma on-line da pesquisa SAFE (www.safe.ufsc.br) e foi enviado um convite para as UBSs, secretarias municipais de saúde, polos do PAS e outros estabelecimentos de saúde responderem. Nessa etapa, o Ministério da Saúde disponibilizou o banco de dados dos contatos e fez uma sensibilização com os gestores estaduais para que disseminassem a informação aos municípios. Os convites foram enviados automaticamente por e-mail pela plataforma do website da pesquisa SAFE (www.safe.ufsc.br). Além disso, foram realizadas ligações para as secretarias municipais de saúde divulgando a pesquisa e convidando-os a responderem o questionário. Essas ligações foram realizadas pelos pesquisadores da SAFE e pelo sistema de ouvidoria do Ministério da Saúde. O questionário ficou disponível para receber respostas de setembro de 2018 a março de 2019.

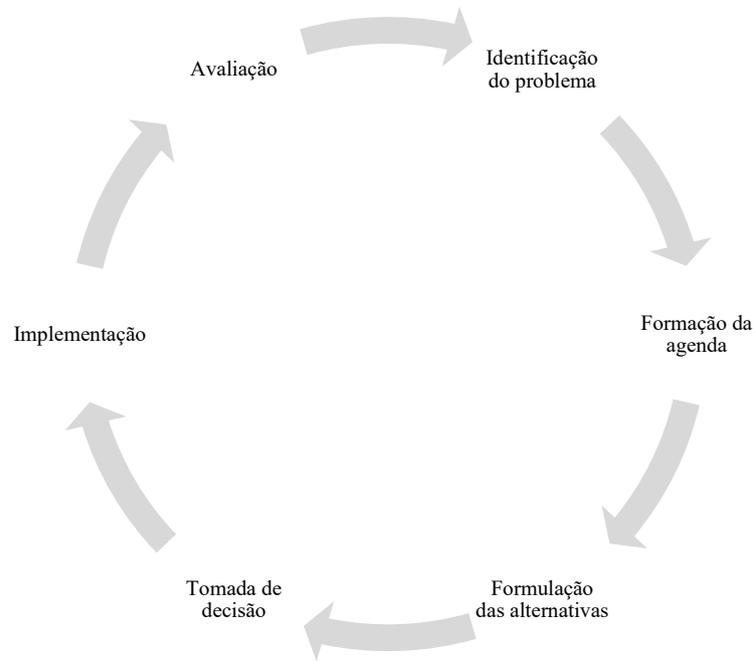
5.5.2 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados utilizados na etapa 3 da pesquisa SAFE: observação sistemática das ações de atividade física consideradas exitosas

O objetivo específico “e” do presente estudo corresponde à etapa 3 da pesquisa SAFE. O instrumento utilizado para responder este objetivo foi um roteiro de entrevista que visava verificar de que forma as decisões dos gestores municipais de saúde contribuem para o sucesso da ação de atividade física. O roteiro foi desenvolvido considerando duas principais bases teóricas:

- 1) Para criar o roteiro de entrevista com os gestores municipais do presente estudo, adotou-se a definição do facilitador *knowledge broker* para esses profissionais, conforme abordado por Cranley et al. (2017). Os autores entendem como *knowledge broker* aqueles que constroem relacionamentos entre duas comunidades, geralmente são formuladores de políticas/tomadores de decisão ou pesquisadores, compartilham seu conhecimento especializado e estabelecem canais de comunicação. Dentre suas atribuições estão: promover o uso da pesquisa na tomada de decisões; construir redes, relações de confiança; facilitar a aprendizagem e a troca de conhecimentos; estabelecer canais de comunicação; avaliar as necessidades do ambiente; realizar o gerenciamento de conhecimento, capacitação, vinculação e atividades de intercâmbio. Suas habilidades são: especialização em pesquisa e política; hábil em interpretação e aplicação de conhecimento; habilidade de colaboração/rede; habilidades motivacionais e de comunicação.
- 2) O ciclo de políticas públicas, também conhecido como *policy cycle*. Muito utilizado na área da administração pública, o *policy cycle* tem diversas versões (RAEDER, 2014). Para o presente estudo, utilizou-se a adotada por Secchi (2013). O *policy cycle* caracteriza-se

como um processo analítico para realização de estudo de uma política pública (SECCHI, 2013). A Figura 7 apresenta as etapas do *policy cycle* utilizadas no presente estudo.

Figura 7 - *Policy cycle* adotado para o presente estudo.



Fonte: SECCHI, 2013.

As etapas do *policy cycle* são definidas da seguinte forma, de acordo com Secchi (2013):

- Identificação do problema: um problema público é a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública. Nessa etapa, espera-se que esse problema público seja identificado.
- Formação da agenda: formação do conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes.
- Formulação de alternativas: combinação de soluções para os problemas.
- Tomada de decisão: momento em que os interesses dos atores políticos são equacionados e as intenções de enfrentamento do problema público são explicitadas.
- Implementação: produção de resultados concretos da política pública por meio de regras, rotinas e processos.
- Avaliação: fase em que o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o nível da política e o nível de redução do problema que a gerou.

A partir dessas etapas, foi criado o roteiro de entrevista e o seu conteúdo foi aprovado por um especialista da área de administração pública e outro da atividade física relacionada à saúde. As questões em sua versão final estão apresentadas no Quadro 5, assim como seus respectivos objetivos.

Quadro 5 - Questões presentes no roteiro de entrevista para os gestores municipais de saúde.

Questões	Objetivos
A secretaria conhece os problemas necessários para a promoção de atividade física dos usuários do SUS? [Se sim] Quais estratégias utilizou e utiliza para IDENTIFICAR esses problemas?	<u>[Identificação do problema]</u> Verificar se: a) a gestão primeiro verifica o problema para depois buscar a solução; b) a gestão trata os problemas e soluções de maneira concomitante; c) a gestão inicia pela solução para depois buscar um problema.
Normalmente, como são identificadas e selecionadas as prioridades na saúde para compor a agenda do município?	<u>[Formação da agenda]</u> Verificar de que maneira a agenda é formada.
Em relação à necessidade do aumento do número de pessoas fazendo atividade física e, assim, diminuir os riscos para as Doenças Crônicas, quais alternativas o(s) senhor(a) poderia apontar para serem realizadas localmente? [Se a resposta não for suficiente, citar exemplos: parceria público-privada, emenda parlamentar, apoios de outras secretarias, ou estabelecimentos]	<u>[Formulação de alternativas]</u> Verificar quais mecanismos são utilizados para resolver o problema. A gestão conta exclusivamente com a ação técnica dos profissionais da ponta? Ou recorre a outros meios? (Ex.: instâncias superiores).
Considerando as alternativas apontadas, quais elementos ou situações embasariam estas decisões? [Se a resposta não for suficiente, citar exemplos: fatores econômicos, materiais disponíveis, estruturas físicas da cidade, capacidade técnica dos profissionais, recursos humanos etc.] Quais fatores o senhor (a) considera que atrapalham o desenvolvimento políticas para promover atividade física no município? Quais fatores o senhor (a) considera que facilitam o desenvolvimento políticas para promover atividade física no município?	<u>[Tomada de decisão]</u> Verificar qual modelo e quais informações são levadas em conta para a tomada de decisão é adotado pelos gestores.
Qual a contribuição da gestão municipal na fase de implementação das práticas de atividade física [Se a resposta não for suficiente, citar exemplos: capacitação e contratação de profissionais, estrutura física e material etc.?)	<u>[Implementação]</u> Verificar se há uma troca e apoio entre o profissional que está desenvolvendo a prática e a gestão no momento da implementação.
O que o(a) senhor(a) espera como resultado da prática para a saúde das pessoas? Já existe algum resultado visível? Qual? [Se a resposta não for suficiente, citar exemplos: econômicos, redução dos serviços de tratamento de doenças]	<u>[Avaliação]</u> Verificar se a gestão tem acesso ou realiza avaliação das práticas de modo que tome conhecimento de sua eficácia, ou não.

A coleta de dados ocorreu presencialmente, no gabinete dos secretários municipais de saúde nos diferentes municípios visitados. O tempo da entrevista variou de 15 a 30 minutos. As

entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes (assinatura TCLE) e conduzidas pela pesquisadora principal do presente estudo.

5.6 DADOS SECUNDÁRIOS

Essa seção descreverá a prospecção e preparação dos dados utilizados para responder ao objetivo “c” - associar a classificação das ações de atividade física na APS do SUS com variáveis socioeconômicas e a gestão dos municípios. Para tal, foram utilizados dados secundários provenientes de sistemas públicos de dados para construção de variáveis socioeconômicas e de gestão em saúde dos municípios. Esses dados foram analisados como variáveis dependentes na associação com o êxito ou não das ações de atividade física. Considerou-se importante utilizar essas variáveis por serem características que refletem as complexidades sociais e econômicas no contexto das políticas públicas (SECCHI, 2013; TUSSET, 2019). Acredita-se que as diferenças dessas características podem elucidar o fato de o município apresentar ou não êxito de uma ação de atividade física. Além disso, estudos que envolvam programas governamentais podem ser mais robustos quando fatores contextuais forem explorados, tais como questões políticas e características socioeconômicas do local que recebe a intervenção (TUSSET, 2019; TUSSET et al., 2020a). As variáveis utilizadas, bem como, suas descrições e as fontes utilizadas estão descritas no Quadro 6.

Quadro 6 - Descrição e fonte das variáveis provenientes de dados secundários utilizados no presente estudo.

Variável	Descrição	Informação de extração dos dados
Cobertura populacional de equipes de saúde da família (eSF)	Percentual. É dada pelo percentual da população coberta por essas equipes em relação à estimativa populacional, calculado pelo Ministério da Saúde.	<p><i>Fonte:</i> Sistema e-Gestor Atenção Básica (e-Gestor AB) do Ministério da Saúde</p> <p><i>Disponível em:</i> https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml</p> <p><i>Filtros utilizados:</i> Opções de cobertura: Unidades Geográficas por Período / Unidades geográficas: Municípios / Regiões, estados, municípios: todos / Competência: dezembro de 2021</p>
Índice de Profissionais de Educação Física (PEF) no SUS	Variável contínua. Foi calculado com base no número de PEF cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) atuantes nos estabelecimentos do SUS por município, dividido pela estimativa da	<p><i>Fonte:</i> Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p>

	população no ano, sendo o resultado multiplicado por 10 mil.	<p><i>Disponível em:</i> http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp</p> <p>https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads</p> <p><i>Filtros utilizados:</i> CNES CBO: 2241E1 - Profissional de Educação Física na Saúde / Competência: setembro de 2021</p> <p>IBGE Downloads / Estimativas 2021</p>
Índice de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) modificáveis por meio da atividade física	Variável contínua. Foi calculado com base no número anual de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), por local de residência, dividido pela estimativa da população no ano, sendo o resultado multiplicado por 10 mil. As causas sensíveis à APS foram determinadas pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASL, 2008). Dentre estas, para o presente estudo, selecionou-se as seguintes condições por serem consideradas modificáveis por meio da prática regular de atividade física: hipertensão essencial, outras doenças hipertensivas, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, hemorragia intracraniana, infarto cerebral, acidente vascular cerebral não específico hemorrágico ou isquêmico e outras doenças cerebrovasculares. Essa mesma seleção de doenças já foi observada e estudos anteriores (TUSSET, 2019; BIELEMANN et al., 2010).	<p><i>Fonte:</i> Sistema de Informações em Saúde (TABNET) do Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p> <p><i>Disponível em:</i> http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def</p> <p>https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads</p> <p><i>Filtros utilizados:</i> TABNET Lista Morb CID-10: Diabetes mellitus, Hipertensão essencial (primária), Outras doenças hipertensivas, Insuficiência cardíaca, Hemorragia intracraniana, Infarto cerebral, Acid vascular cerebral não espec hemorrág ou isquêm, Outras doenças cerebrovasculares /Período: todos os meses de 2020.</p> <p>IBGE Downloads / Estimativas 2021</p>
Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM)	Variável contínua. O IFDM anual reflete o desenvolvimento socioeconômico municipal, utilizando dados de emprego, renda, educação e saúde. Esse índice varia de 0 a 1. Criado em 2008, ele é feito, exclusivamente, com base em estatísticas públicas oficiais, disponibilizadas pelos ministérios do Trabalho, Educação e Saúde. O índice é calculado e disponibilizado pela Federação de Indústrias do Rio de Janeiro (FIRJAN).	<p><i>Fonte:</i> Website da Federação de Indústrias do Rio de Janeiro (FIRJAN)</p> <p><i>Disponível em:</i> https://www.firjan.com.br/ifdm/downloads/</p> <p><i>Filtros utilizados:</i> Dados calculados em 2018 com base de dados de 2016.</p>

Nota: para o presente estudo, em todas as variáveis, optou-se por utilizar a competência mais recente disponível no momento da extração dos dados.

Optou-se por utilizar a cobertura populacional de eSF dos municípios por ser um indicador que reflete o acesso da população aos serviços da APS. Acredita-se que municípios com maior cobertura de eSF tendem a ter sua APS mais organizada e efetiva (BRASIL, 2017a). Porém, nem sempre essa alta cobertura reflete em maior oferta de ações de promoção da saúde (RAMOS et al., 2014). Dessa forma, a fim de compreender a influência das eSF nas ações de atividade física e entendendo que as ações exitosas de atividade física são parte importante para o acesso à APS por servir como porta de entrada no serviço, incluiu-se essa variável no presente estudo.

O Índice de PEF no SUS reflete o acesso da população a esses profissionais. É consenso de que qualquer profissional de saúde pode e deve aconselhar a prática regular de atividade física (SOUZA NETO et al., 2020). No entanto, por possuir formação específica, entende-se que a presença de um PEF pode sistematizar a oferta de atividade física na prática, como assistência à saúde, contribuindo para a promoção deste comportamento (LOCH et al., 2019). Dessa forma, para o presente estudo essa informação é relevante para compreender a influência da presença do PEF que atua no SUS do município no êxito ou não de uma ação de atividade física ofertada na APS.

O Índice de ICSAP reflete a resolutividade da APS e o desempenho da ação dos municípios por meio de iniciativas que buscam promover saúde, prevenir ou controlar essas condicionalidades que são sensíveis à APS (BRASIL, 2008b; ALFRADIQUE et al., 2009). Para o presente estudo, foram selecionadas causas de internações consideradas modificáveis por meio da atividade física, conforme apresentado no Quadro 6. Dessa forma, essa variável foi incluída pois auxiliará na compreensão da contribuição de uma APS resolutiva no êxito ou não das ações de atividade física.

O IFDM anual reflete o desenvolvimento socioeconômico municipal. Essa variável foi incluída por estar relacionada ao princípio de equidade do SUS (BRASIL, 1990). Ou seja, ao utilizá-la, espera-se uma compreensão sobre a influência da equidade no êxito ou não de uma ação de atividade física. Cabe destacar a importância do princípio da equidade, em especial, em programas ou ações do âmbito da promoção da saúde (TUSSET, 2019).

Em suma, foram selecionadas variáveis que refletissem, em nível municipal: 1) o acesso da população à APS; 2) o acesso da população à PEF; 3) a capacidade de resolutividade da APS; e, 4) o desenvolvimento socioeconômico.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Por possuírem características distintas, para essa seção, as análises serão apresentadas de acordo com os objetivos específicos do presente estudo.

5.7.1 Análise de dados para o objetivo “a”: descrever as ações de atividade física na APS do SUS

O mapeamento foi realizado por meio de dados geoespaciais das ações de atividade física cadastradas pelo questionário da pesquisa SAFE. A variável utilizada como referência foi “município”. Ou seja, a localização da ação de atividade física ocorreu pelo território do município. Posteriormente, as informações de presença e quantidade de ações exitosas de atividade física em cada município foram agregadas à tabela de atributos. Para obter os dados geoespaciais dessas ações, os dados foram transferidos ao software QGIS® versão 2.20.3. A unidade de análise geoespacial para o presente estudo corresponde ao território dos 5.570 municípios brasileiros.

Foi empregada estatística descritiva para analisar os dados provenientes deste objetivo. As variáveis utilizadas foram relacionadas ao local, ao profissional responsável e às características organizacionais da ação de atividade física. Para as variáveis categóricas, foi utilizada análise de frequência absoluta e relativa. Para as numéricas, medida de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão).

5.7.2 Análise de dados para o objetivo “b”: classificar as ações de atividade física na APS do SUS

Para classificar as ações de atividade física na APS foi utilizada uma abordagem de análise de dados por meio de métodos mistos qualitativos e quantitativos. A análise quantitativa ocorreu por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI). Optou-se pela TRI, pois como a amostra do presente estudo não é aleatória e nem representativa, a Teoria Clássica dos Testes (TCT) traria vieses. Nessa abordagem os parâmetros dos itens de um teste dependem da amostra em que eles foram calculados e assim, um item qualquer se tornaria mais difícil ou mais fácil de ser atingido dependendo do grau de capacidade de resposta da amostra (PASQUALI; PRIMI, 2003). Já, a TRI, permite relacionar variáveis observáveis com traços hipotéticos não observáveis, elevando a qualidade psicométrica da medida (PASQUALI; PRIMI, 2003). No caso do presente estudo, as variáveis observáveis são as respostas aos itens do questionário da pesquisa SAFE e os traços hipotéticos não observáveis são as respostas e opiniões dos participantes da pesquisa que possibilitaram o aparecimento das variáveis observáveis. Deste modo, a TRI se mostrou uma boa alternativa como análise para o estudo proposto. Estudos em saúde têm adotado a TRI para medir o traço latente dos itens de questionários que investigaram qualidade de vida, tratamento da hipertensão arterial sistêmica, função física, desempenho cognitivo, mobilidade e fadiga (CHAN et al., 2015; COSTER et al.,

2016; ROSE et al., 2014; SILVEIRA et al., 2015). Para tal análise, foi utilizado o pacote MIRT do software R (<https://www.r-project.org/>).

Na análise pela TRI, foram atribuídos valores às respostas possíveis do questionário para que o valor final pudesse ser posicionado em uma escala na qual quanto maior a pontuação, mais exitosa é a prática. Essas pontuações foram definidas em reunião de consenso entre especialistas em avaliação de programas, políticas públicas e pesquisa de atividade física e saúde. Esses especialistas são pesquisadores que compõem a equipe da pesquisa SAFE e atribuíram as pontuações baseadas em seus conhecimentos teóricos sobre o RE-AIM e sobre o conceito de prática exitosa definido na etapa 1 da pesquisa SAFE. No processo de calibração dos parâmetros, dos itens foi considerado o nível de posição ou dificuldade (bi) e nível de inclinação ou discriminação (ai) das respostas atribuídas. Inicialmente foi realizada uma análise de distribuição de frequência para identificar os padrões de respostas. Para isso, as alternativas de respostas em cada questão foram agrupadas, considerando uma escala de zero (probabilidade de resposta negativa), um (probabilidade de resposta parcial) e dois (probabilidade de resposta positiva), sendo “zero” o pior cenário de respostas no processo de implementação e “dois” o melhor. As pontuações atribuídas, de acordo com as respostas obtidas, então apresentadas no Apêndice B.

Posteriormente, utilizando o software Multilog, foram estimados os parâmetros dos itens e dos traços latentes, que são as variáveis não observáveis (PASQUALI; PRIMI, 2003). Para tanto, o escore da TRI foi estabelecido com a amostra total da pesquisa realizada em nível nacional com a resposta das 1.645 ações de atividade física. No procedimento de análise da TRI, foram inseridos todos os itens do questionário. Primeiramente, foram removidas as questões que tinham itens sem probabilidades de respostas. Após, para a estimativa do traço latente, os itens com baixa probabilidade de respostas foram reagrupados nas demais categorias. Por fim, os itens no modelo que demonstraram valores de parâmetro ‘a’ $< 0,5$ foram removidos. A estimativa dos parâmetros foi realizada pelo método de verossimilhança marginal, supondo uma distribuição normal dos escores com média zero e desvio padrão de um, escala (0,1). Ao fim da análise, o melhor modelo para determinação de uma prática exitosa de atividade física foi baseado em 11 questões que estavam contidas no questionário da Etapa 2, apresentadas no Quadro 8.

Quadro 7 - Questões restantes após análise pela Teoria de Resposta ao Item (TRI).

Itens
Q20 - Atualmente, a ação de atividade física ainda está sendo realizada?
Q21 - Quais as estratégias utilizadas para a divulgação da ação de atividade física?
Q24 - Com qual frequência a ação de atividade física é desenvolvida?
Q27 - Quais os tipos de instrumentos que foram e são utilizados para avaliar a atividade física dos participantes da ação?
Q28 - Com que frequência são aplicados esses instrumentos para avaliar a ação de atividade física?
Q29 - É realizado algum relatório aos participantes com os resultados das avaliações físicas das ações de atividade física que são realizadas?
Q30 - Há controle da frequência (assiduidade) dos participantes no decorrer da ação de atividade física?
Q31 - Há controle do número de participantes que desistiram no decorrer da ação de atividade física?
Q32 - Há um levantamento das razões que levaram os participantes a desistirem no decorrer da ação?
Q37 - A gestão municipal oferece algum tipo de suporte (ajuda) para o desenvolvimento da ação?
Q38 - Qual tipo de aporte (ajuda) oferecido pela gestão municipal?

A partir da análise dessas onze questões, as ações de atividade física foram reanalisadas e foi atribuído um novo escore a cada uma, de acordo com o posicionamento da escala construído por meio da TRI. Os níveis de dificuldade dos itens de cada respondente foram atribuídos em algum ponto dessa escala, de tal forma que os itens com maior poder de discriminação aumentavam a pontuação do escore.

5.7.3 Análise de dados para o objetivo “c”: associar a classificação das ações às ações de atividade física na APS do SUS com variáveis socioeconômicas e de gestão dos municípios

A classificação das ações de atividade física ocorreu a partir da análise pela TRI, apresentada no item 5.7.2. As ações foram classificadas em exitosas ou não conforme a pontuação final, atribuída de acordo com o posicionamento da escala construído por meio da TRI. Foram consideradas “exitosas” aquelas que atingiram o maior escore que foi de 1,621 pontos e as demais, “não exitosas” – variável dependente da análise. Dessa forma, a pontuação 1,621 foi considerada o ponto de corte para uma ação exitosa.

Para construção da variável independente, foram utilizadas as seguintes variáveis, referentes a características socioeconômicas e de gestão de saúde dos municípios onde as ações eram ofertadas: cobertura populacional de eSF, Índice de PEF no SUS, Índice ICSAP modificáveis por meio da atividade física e IFDM. A construção dessas variáveis está apresentada detalhadamente no item 5.6. Essas variáveis foram transformadas em escores Z e foram formados clusters, a partir da análise de *two steps*. O número de clusters foi baseado na melhor combinação

do Critério Bayesiano de Schwarz (BIC), na medida de distâncias, na mudança no BIC e na análise conceitual e teórica. Após a formação dos clusters, foi utilizada a probabilidade logarítmica para medir a distância entre as observações individuais e o agrupamento das variáveis. Os clusters foram transformados em uma nova variável que foi utilizada como independente na análise.

Posteriormente, foi utilizado o teste Qui-quadrado para a investigar a associação entre o êxito da ação de atividade física e os clusters de características sociodemográficas e de gestão de saúde dos municípios em que as ações ocorriam. Foi adotado um nível de significância de 95%. Os dados foram analisados no IBM SPSS Statistics® versão 21.

5.7.4 Análise de dados para o objetivo “d”: descrever as ações exitosas de atividade física na APS do SUS

O mapeamento foi realizado por meio de dados geoespaciais das ações de atividade física consideradas exitosas. Tanto a análise geoespacial quanto a descritiva seguiram o mesmo procedimento apresentado para a descrição das ações de atividade física cadastradas pelo questionário da pesquisa SAFE, referente ao objetivo “a”, conforme apresentado no item 5.7.1.

5.7.5 Análise de dados para o objetivo “e”: verificar a conduta da gestão municipal em saúde na implementação de ações exitosas de atividade física na APS do SUS

Para analisar as informações provenientes das entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde, foi utilizada análise de conteúdo dedutiva (ELO et al., 2014; ELO; KYNGÄS, 2008). Essa abordagem foi utilizada já que um conceito foi considerado a priori da coleta de informações (ELO; KYNGÄS, 2008). A análise foi realizada em três etapas: preparação, organização e comunicação dos resultados (ELO et al., 2014).

Na preparação, as entrevistas que estavam gravadas em áudio, foram transcritas. Esse procedimento foi realizado por uma pesquisadora colaboradora da pesquisa SAFE e validado pela pesquisadora principal do presente estudo, consistindo no procedimento de codificação dupla no qual foram analisadas e discutidas inconsistências (ELO; KYNGÄS, 2008). Posteriormente, as transcrições foram enviadas aos gestores que foram entrevistados e validadas por eles. Foram desconsideradas informações provenientes de conteúdo latente, como suspiros, silêncios e risadas (ELO; KYNGÄS, 2008). A transcrição de cada gestor foi realizada em um arquivo do Microsoft Word que foram, posteriormente, importados para software NVivo versão 12pro.

Na orientação, foi realizada a codificação e categorização das informações coletadas (ELO et al., 2014). Nessa etapa, as transcrições foram revisadas, codificadas e exemplificadas conforme as etapas do *policy cycle*: identificação do problema, formação da agenda, formulação das alternativas, tomada de decisão, implementação e avaliação (SECCHI, 2013). Esse processo de categorização das informações foi realizado em duplicidade entre dois pesquisadores, na qual as alocações nas categorias foram discutidas e as divergências foram alinhadas (ELO; KYNGÄS, 2008). Todas as análises foram realizadas de modo a elucidar a seguinte pergunta de pesquisa: *de qual forma a gestão municipal de saúde apoia uma ação de atividade física exitosa, de acordo com as etapas do policy cycle?* Para responder a essa pergunta, as unidades de análise foram incorporadas no software como ‘nós’.

Na comunicação dos resultados, primeiramente foram apresentados os decorrentes da análise de cluster das categorias utilizadas (etapas do *policy cycle*). O critério adotado para o agrupamento foi a similaridade dos relatos dos gestores municipais de saúde e os clusters foram formados de acordo com coeficiente de correlação de Pearson. Depois, foi apresentada a distribuição dos discursos dos gestores de saúde com relação à quantidade de referências feitas às etapas do *policy cycle* e à quantidade de gestores que relataram essas etapas. Por fim, os resultados descritivos, com exemplos de relatos, de como os gestores apoiam as práticas de atividade física de acordo com as etapas do *policy cycle*.

5.7.6 Análise de dados para o objetivo “f”: propor ações estratégicas para potencialização das ações de atividade física da APS do SUS

As reflexões apresentadas para responder o objetivo “f” foram baseadas no conhecimento teórico e prático da pesquisadora principal do presente estudo. Para organização da proposta de ações estratégicas, foram utilizadas as dimensões e ações apresentadas no Plano de Ação Global sobre Atividade Física, documento organizado e publicado pela OMS (OMS, 2018). Dessa forma, com o intuito de fomentar as ações exitosas de atividade física, foram formuladas sugestões a serem implementadas nas seguintes dimensões: sociedades ativas, ambientes ativos, pessoas ativas e, sistemas ativos. Essas reflexões são direcionadas a *stakeholders* na pauta de atividade física no SUS, a saber: *policy makers* de nível municipal, estadual e federal dos três poderes (executivo, legislativo e judiciário); sociedades científicas, conselhos de classe profissional, sociedade civil e instituições de ensino, da iniciativa privada e do terceiro setor.

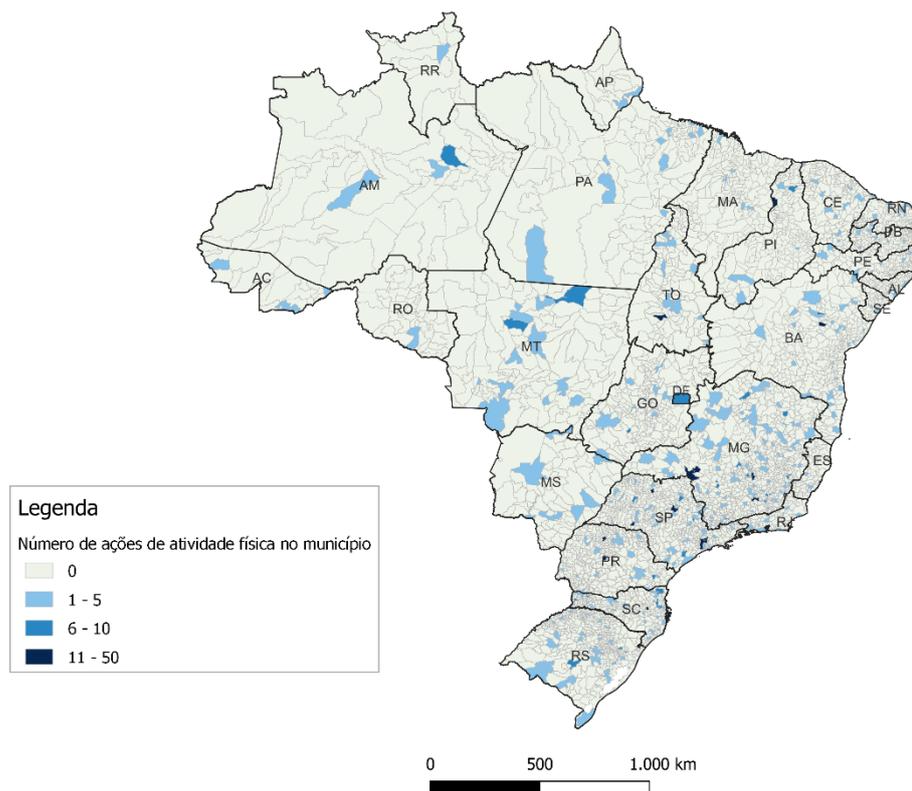
6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com os objetivos específicos do presente estudo.

6.1 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS

As 1.645 ações de atividade física na APS do SUS registradas na pesquisa SAFE estavam distribuídas nas cinco regiões do Brasil. Sendo em maior número no Sudeste e em menor, no Norte. A Figura 8 apresenta o mapeamento dos municípios que registraram ações de atividade física na APS do SUS na pesquisa SAFE.

Figura 8 - Mapa de municípios conforme número de ações de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.



 [Clique aqui](#) para ver a figura em alta resolução.

Com relação às informações do estabelecimento de saúde ao qual a ação de atividade física na APS do SUS estava vinculada, a maioria ocorre em UBSs (60,9%) ou no PAS (35,0%) e possui vínculo com o NASF (80,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Informações dos estabelecimentos de saúde ao qual as ações de atividade física na APS do SUS estão vinculadas. SAFE. Brasil, 2019.

Variáveis	Norte (n=88)	Nordeste (n=242)	Centro- Oeste (n=125)	Sudeste (n=750)	Sul (n=440)	Total (n=1645)
Tipo de local						
UBS	34 (38,6)	136 (56,2)	63 (50,4)	471 (62,8)	297 (67,5)	1001 (60,9)
PAS	45 (51,1)	94 (38,8)	55 (44,0)	247 (32,9)	134 (30,5)	575 (35,0)
CAPS	5 (5,7)	5 (5,7)	1 (0,4)	1 (0,1)	5 (1,1)	14 (0,9)
Secretaria de saúde	2 (2,3)	7 (2,9)	5 (4,0)	21 (2,8)	4 (0,9)	39 (2,4)
Prefeitura	-	1 (0,4)	-	4 (0,5)	-	5 (0,3)
Hospital	2 (2,3)	2 (0,8)	-	1 (0,1)	-	5 (0,3)
CRIA	-	-	-	2 (0,3)	-	2 (0,1)
Outros	-	1 (0,4)	-	3 (0,4)	-	4 (0,2)
NASF vinculado						
Sim	73 (83,0)	200 (82,6)	101 (80,8)	590 (78,7)	355 (80,7)	1319 (80,2)
Não	12 (13,6)	38 (15,7)	20 (16,0)	153 (20,4)	63 (14,3)	286 (17,4)
Não sabe	3 (3,4)	4 (1,7)	4 (3,2)	7 (0,9)	22 (5,0)	40 (2,4)

UBS = Unidade Básica de Saúde; PAS = Programa Academia da Saúde; CAPS = Centros de Atenção Psicossocial; CRIA = Centro de Referência à Saúde do Idoso.

Quanto às informações dos profissionais responsáveis pelas ações de atividade física na APS do SUS, verificou-se que a maior parte é conduzida por mulheres (65,2%), exceto no Centro-Oeste (41,6%) e no Norte, onde a proporção foi a mesma para ambos os sexos (50,0%). Com relação à formação, essas ações são coordenadas, em sua maioria, por profissionais de educação física (53,9%) ou enfermeiros (20,2%); e os profissionais possuem pós-graduação (67,1%) e atuam com atendimento específico da sua formação (52,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Informações dos profissionais responsáveis pelas ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.

Variáveis	Norte (n=88)	Nordeste (n=242)	Centro- Oeste (n=125)	Sudeste (n=750)	Sul (n=440)	Total (n=1645)
Sexo						
Masculino	44 (50,0)	106 (43,8)	73 (58,4)	246 (32,8)	103 (23,4)	572 (34,8)
Feminino	44 (50,0)	136 (56,2)	52 (41,6)	504 (67,2)	337 (76,6)	1073 (65,2)
Profissão						
Enfermeiro	24 (27,3)	55 (22,7)	21 (16,8)	154 (20,5)	79 (18,0)	333 (20,2)
Fisioterapeuta	5 (5,7)	5 (2,1)	10 (8,0)	122 (16,3)	50 (11,4)	192 (11,7)
Médico	-	-	6 (4,8)	4 (0,5)	1 (0,2)	11 (0,7)
Nutricionista	-	12 (5,0)	2 (1,6)	18 (2,4)	12 (2,7)	44 (2,7)
P. de Educação Física	49 (55,7)	161 (66,5)	63 (50,4)	366 (48,8)	247 (56,1)	886 (53,9)
Formação técnica	-	4 (1,7)	-	6 (0,8)	2 (0,5)	12 (0,7)
Ag. Comunitário Saúde	1 (1,1)	-	3 (2,4)	10 (1,3)	1 (0,2)	15 (0,9)
Outro	9 (10,2)	5 (2,1)	20 (16,0)	70 (9,3)	48 (10,9)	152 (9,2)
Grau de escolaridade						
Ensino Médio	1 (1,1)	1 (0,4)	-	11 (1,5)	4 (0,9)	17 (1,0)
Graduação	24 (27,3)	78 (32,2)	32 (25,6)	272 (36,3)	119 (27,0)	525 (31,9)
Pós-Graduação	63 (71,6)	163 (67,4)	93 (74,4)	467 (62,3)	317 (72,0)	1103 (67,1)
Atuação profissional						
Gestor	9 (10,2)	24 (9,9)	14 (11,2)	73 (9,7)	21 (4,8)	141 (8,6)
Coordenador de área	14 (15,9)	69 (28,5)	23 (18,4)	229 (30,5)	67 (15,2)	402 (24,4)
Gerente de UBS	4 (4,5)	-	13 (10,4)	35 (4,7)	25 (5,7)	77 (4,7)

Profissional de saúde	48 (54,5)	112 (46,3)	70 (56,0)	348 (46,4)	288 (65,5)	866 (52,6)
Técnico em saúde	1 (1,1)	6 (2,5)	4 (3,2)	6 (0,8)	3 (0,7)	20 (1,2)
Outro	12 (13,6)	31 (12,8)	1 (0,8)	59 (7,9)	36 (8,2)	139 (8,4)

P. de Educação Física = Profissional de Educação Física; Ag. Comunitário Saúde = Agente Comunitário de Saúde; UBS = Unidade Básica de Saúde.

Conforme Tabela 4, quanto às características das ações de atividade física na APS do SUS, a maioria possui objetivo definido (96,5%) e ocorre de 1 a 4 anos (41,6%). Para divulgação, as principais estratégias utilizadas foram as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (77,1%), o boca a boca (73,3%) e as reuniões na unidade de saúde (67,8%). Geralmente, as ações ocorrem em polos do Programa Academia da Saúde (29,1%), em UBS (23,5%) ou em espaços comunitários fechados (22,6%) ou abertos (20,6%) e são ofertadas em formato de grupos de atividade prática (93,0%). Já, sobre a frequência, a maior parte ocorre 2 vezes na semana (36,2%) e tem duração de 30 a 60 minutos (73,4%).

Na maioria das vezes, é utilizado algum tipo de ferramenta para avaliar os participantes (61,0%). As ferramentas prevalentes são: observação profissional (44,2%), autoavaliação dos participantes (41,4%) e questionário ou entrevista (39,3%). Essas ferramentas são aplicadas semestralmente (21,9%) ou mensalmente (17,0%). Na maioria das ações, esses resultados são apresentados ou entregues aos participantes (38,7%). Com relação à assiduidade dos participantes, é realizado o controle de frequência (86,4%), do número (55,0%) e motivo das desistências (32,0%).

Tabela 4 - Características organizacionais das ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.

Variáveis	Norte (n=88)	Nordeste (n=242)	Centro- Oeste (n=125)	Sudeste (n=750)	Sul (n=440)	Total (n=1645)
A ação possui objetivo						
Sim	78 (88,6)	244 (92,6)	125 (100,0)	731 (97,5)	429 (97,5)	1587 (96,5)
Não	1 (1,1)	7 (2,9)	-	2 (0,3)	4 (0,9)	14 (0,9)
Não sabe	9 (10,2)	11 (4,5)		17 (2,3)	7 (1,6)	44 (2,7)
Há quanto tempo é desenvolvida						
Menos de 3 meses	8 (9,1)	7 (2,9)	1 (0,8)	21 (2,8)	39 (8,9)	76 (4,6)
De 3 a 6 meses	9 (10,2)	23 (9,5)	4 (3,2)	35 (4,7)	22 (5,0)	93 (5,7)
De 6 meses a 1 ano	24 (27,3)	79 (32,6)	38 (30,4)	129 (17,2)	92 (20,9)	362 (22,0)
De 1 a 4 anos	41 (46,6)	100 (41,3)	58 (46,4)	304 (40,5)	181 (41,1)	684 (41,6)
Mais de 4 anos	6 (6,8)	32 (13,2)	24 (19,2)	254 (33,9)	104 (23,6)	420 (25,5)
Não sabe	-	1 (0,4)	-	7 (0,9)	2 (0,5)	10 (0,6)
Estratégias utilizadas para divulgação¹						
Panfletos	14 (15,9)	31 (12,9)	21 (16,8)	206 (27,5)	127 (28,9)	399 (24,3)
Cartazes	9 (10,2)	42 (17,4)	18 (14,4)	229 (30,5)	150 (34,1)	448 (27,2)
Ligações telefônicas	14 (15,9)	36 (14,9)	24 (19,2)	117 (15,6)	113 (25,7)	304 (18,5)
Ag. Comunitário Saúde	67 (76,1)	176 (72,7)	96 (76,8)	590 (78,7)	339 (77,0)	1268 (77,1)
Boca a boca	60 (68,2)	174 (71,9)	88 (70,4)	595 (79,3)	289 (65,7)	1206 (73,3)
Reuniões na unidade	61 (69,3)	171 (70,7)	75 (60,0)	531 (70,8)	278 (63,2)	1116 (67,8)

Consulta/encaminhamento	12 (13,6)	10 (4,1)	8 (6,4)	80 (10,7)	60 (13,6)	170 (10,3)
Rádio ou redes sociais	9 (10,2)	45 (18,6)	35 (28,0)	90 (12,0)	43 (9,8)	222 (13,5)
Não sabe	1 (1,1)	-	-	-	2 (0,5)	3 (0,2)
Número de estratégias de divulgação utilizadas						
1 a 3	67 (76,2)	175 (72,3)	86 (68,8)	442 (58,9)	258 (58,6)	1028 (62,5)
4 a 6	21 (23,8)	66 (27,2)	39 (31,2)	301 (40,1)	178 (40,1)	605 (36,8)
7 ou mais	-	1 (0,4)	-	7 (0,9)	4 (0,9)	12 (0,7)
Local onde ocorre a ação						
UBS	19 (21,6)	34 (14,0)	34 (27,2)	181 (24,1)	118 (26,8)	386 (23,5)
PAS	39 (44,3)	97 (40,1)	38 (30,4)	201 (26,8)	103 (23,4)	478 (29,1)
Espaço comunitário fechado	12 (13,6)	53 (21,9)	23 (18,4)	155 (20,7)	129 (29,3)	372 (22,6)
Espaço comunitário aberto	14 (15,9)	53 (21,9)	22 (17,6)	175 (23,3)	75 (17,0)	339 (20,6)
Espaço privado	4 (4,5)	5 (2,1)	8 (6,4)	38 (5,1)	14 (3,2)	69 (4,2)
Não sabe	-	-	-	-	1 (0,2)	1 (0,1)
Metodologia para o desenvolvimento da ação¹						
Rodas de conversa	51 (58,0)	101 (41,7)	45 (36,0)	219 (29,2)	166 (37,7)	582 (35,4)
Palestras	31 (35,2)	56 (23,1)	24 (19,2)	161 (21,5)	86 (19,5)	358 (21,8)
Grupo de atividade prática	81 (92,0)	217 (89,7)	116 (92,8)	708 (94,4)	408 (92,7)	1530 (93,0)
Consulta individual	23 (26,1)	48 (19,8)	23 (18,4)	132 (17,6)	69 (15,7)	295 (17,9)
Vídeos	17 (19,3)	21 (8,7)	5 (4,0)	28 (3,7)	30 (6,8)	101 (6,1)
Consulta em grupo	24 (27,3)	64 (26,4)	18 (14,4)	112 (14,9)	63 (14,3)	281 (17,1)
Frequência de oferta da ação						
4 ou mais dias na semana	12 (13,6)	43 (17,8)	19 (15,2)	105 (14,0)	22 (0,5)	201 (12,2)
3 dias na semana	25 (28,4)	36 (14,9)	21 (16,8)	135 (18,0)	28 (6,4)	245 (14,9)
2 dias na semana	23 (26,1)	62 (25,6)	55 (44,0)	321 (42,8)	134 (30,5)	595 (36,2)
1 dia na semana	11 (12,5)	53 (21,9)	19 (15,2)	165 (22,0)	180 (40,9)	428 (26,0)
Quinzenal	2 (2,3)	10 (4,1)	1 (0,8)	7 (0,9)	12 (2,7)	32 (1,9)
Mensal	6 (6,8)	13 (5,4)	5 (4,0)	6 (0,8)	30 (6,8)	60 (3,8)
Não tem frequência definida	9 (10,2)	25 (10,3)	5 (4,0)	11 (1,5)	34 (7,7)	84 (5,1)
Duração dos encontros da ação						
Até 30 minutos	7 (8,0)	18 (7,4)	10 (8,0)	55 (7,3)	34 (7,7)	124 (7,5)
De 30 a 60 minutos	52 (59,1)	173 (71,5)	91 (72,8)	586 (78,1)	306 (69,5)	1208 (73,4)
Mais de 60 minutos	23 (26,1)	39 (16,1)	19 (15,2)	92 (12,3)	72 (16,4)	245 (14,9)
Não tem duração definida	6 (6,8)	11 (4,5)	5 (4,0)	16 (2,1)	27 (6,1)	65 (4,0)
Não sabe	-	1 (0,4)	-	1 (0,1)	1 (0,2)	3 (0,2)
Utilização de ferramenta para avaliar os participantes						
Sim	66 (75,0)	175 (72,3)	70 (56,0)	471 (62,8)	221 (50,2)	1003 (61,0)
Não	21 (23,9)	53 (21,9)	48 (38,4)	250 (33,3)	200 (45,5)	572 (34,8)
Não sabe	1 (1,1)	14 (5,8)	7 (5,6)	29 (3,9)	19 (4,3)	70 (4,3)
Tipo de ferramenta utilizada¹						
Questionário ou entrevista	53 (60,2)	97 (40,1)	36 (28,8)	290 (38,7)	171 (38,9)	647 (39,3)
Equipamentos	7 (8,0)	24 (9,9)	3 (2,4)	50 (6,7)	27 (6,1)	111 (6,7)
Testes físicos	8 (9,1)	49 (20,2)	12 (9,6)	93 (12,4)	51 (11,6)	213 (12,9)
Observação profissional	51 (58,0)	135 (55,8)	63 (50,4)	328 (43,7)	150 (34,1)	727 (44,2)
Autoavaliação	57 (64,8)	134 (55,4)	49 (39,2)	301 (40,1)	140 (31,8)	681 (41,4)
IMC	47 (53,4)	119 (49,2)	29 (23,2)	253 (33,7)	112 (25,5)	560 (34,0)
Não sabe	1 (1,1)	-	-	1 (0,1)	1 (0,2)	3 (0,2)
Frequência da avaliação dos participantes						
Semanalmente	2 (2,3)	21 (8,7)	23 (18,4)	45 (6,0)	37 (8,4)	128 (7,8)
Quinzenalmente	-	3 (1,2)	-	15 (2,0)	7 (1,6)	25 (1,5)
Mensalmente	40 (45,5)	63 (26,0)	18 (14,4)	120 (16,0)	39 (8,9)	280 (17,0)
Semestralmente	15 (17,0)	60 (24,8)	19 (15,2)	187 (24,9)	79 (18,0)	360 (21,9)

Anualmente	3 (3,4)	4 (1,7)	3 (2,4)	40 (5,3)	21 (4,8)	71 (4,3)
Não tem frequência regular	6 (6,8)	24 (9,9)	7 (5,6)	59 (7,9)	35 (8,0)	131 (8,0)
Não sabe	-	-	-	3 (0,4)	3 (0,7)	6 (0,4)
Entrega dos resultados da avaliação aos participantes						
Sim	51 (58,0)	111 (45,9)	42 (33,6)	307 (40,9)	126 (28,6)	637 (38,7)
Não	12 (13,6)	60 (24,8)	28 (22,4)	150 (20,0)	88 (20,0)	338 (20,5)
Não sabe	3 (3,4)	4 (1,7)	-	12 (1,6)	7 (1,6)	26 (1,6)
Controle de frequência (assiduidade) dos participantes						
Sim	71 (80,7)	208 (86,0)	119 (95,2)	660 (88,0)	363 (82,5)	1421 (86,4)
Não	16 (18,2)	26 (10,7)	5 (4,0)	83 (11,1)	71 (16,1)	201 (12,2)
Não sabe	1 (1,1)	8 (3,3)	1 (0,8)	7 (0,9)	6 (1,4)	23 (1,4)
Controle do número de desistentes						
Sim	55 (62,5)	143 (59,1)	66 (52,8)	401 (53,5)	240 (54,5)	905 (55,0)
Não	32 (36,4)	85 (35,1)	57 (45,6)	311 (41,5)	174 (39,5)	659 (40,1)
Não sabe	1 (1,1)	14 (5,8)	2 (1,6)	38 (5,1)	26 (5,9)	81 (4,9)
Controle das razões apontadas para a desistência						
Sim	40 (45,5)	93 (38,4)	30 (24,0)	226 (30,1)	137 (31,1)	526 (32,0)
Não	10 (11,4)	44 (18,2)	35 (28,0)	154 (20,5)	82 (18,6)	325 (19,8)
Não sabe	5 (5,7)	6 (2,5)	1 (0,8)	21 (2,8)	21 (4,8)	54 (3,3)

¹ questão de múltipla escolha; Ag. Comunitário Saúde = Agente Comunitário de Saúde; UBS = Unidade Básica de Saúde; PAS = Programa Academia da Saúde; IMC = índice de massa corporal.

Geralmente, as ações de atividade física não têm público-alvo específico e atendem todos os usuários da APS (64,7%). A faixa etária mais atendida pelas ações, são adultos (90,6%) e idosos (84,6%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Público-alvo e faixa etária dos participantes das ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.

Variáveis	Norte (n=88)	Nordeste (n=242)	Centro- Oeste (n=125)	Sudeste (n=750)	Sul (n=440)	Total (n=1645)
Público-alvo da ação¹						
Diabéticos	59 (67,0)	133 (55,0)	55 (44,0)	332 (44,3)	135 (30,7)	714 (43,4)
Pessoas com obesidade	55 (62,5)	134 (55,4)	48 (38,4)	318 (42,4)	137 (31,1)	692 (42,1)
Hipertensos	58 (65,9)	138 (57,0)	58 (46,4)	334 (44,5)	133 (30,2)	721 (43,8)
Gestantes	30 (34,1)	40 (16,5)	8 (6,4)	65 (8,7)	30 (6,8)	173 (10,5)
Outros	34 (38,6)	62 (25,6)	54 (43,2)	249 (33,2)	157 (35,7)	556 (33,8)
Não possui	79 (89,9)	170 (70,2)	85 (68,0)	469 (62,5)	261 (59,3)	1064 (64,7)
Não sabe	6 (6,8)	3 (1,2)	-	8 (1,1)	3 (0,7)	20 (1,2)
Faixa etária atendida pela ação¹						
Crianças	18 (20,5)	51 (21,1)	23 (18,4)	121 (16,1)	70 (15,9)	283 (17,2)
Adolescentes	34 (38,6)	131 (54,1)	50 (40,0)	251 (33,5)	149 (33,9)	615 (37,4)
Adultos	80 (90,9)	222 (91,7)	112 (89,6)	687 (91,6)	389 (88,4)	1490 (90,6)
Idosos	71 (80,7)	200 (82,6)	104 (83,2)	644 (85,9)	373 (84,8)	1392 (84,6)

¹ questão de múltipla escolha

Observou-se que para a maioria das ações, apenas um profissional (37,3%) está envolvido na ação de atividade física. A formação prevalente é enfermagem (48,1%), seguido de fisioterapia

(42,7%). Geralmente, os profissionais envolvidos têm vínculo empregatício efetivo (48,1%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Características dos profissionais envolvidos nas ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.

Variáveis	Norte (n=88)	Nordeste (n=242)	Centro- Oeste (n=125)	Sudeste (n=750)	Sul (n=440)	Total (n=1645)
Quantidade de profissionais que atuam						
1	18 (20,5)	95 (39,3)	37 (29,6)	293 (39,1)	171 (38,9)	614 (37,3)
2	24 (27,3)	27 (11,2)	27 (21,6)	197 (26,3)	98 (22,3)	373 (22,7)
3	12 (13,6)	50 (20,7)	18 (14,4)	105 (14,0)	64 (14,5)	249 (15,1)
4 ou mais	34 (38,6)	70 (28,9)	43 (34,4)	155 (20,7)	107 (24,3)	409 (24,9)
Formação do profissional responsável						
Enfermeiro	28 (31,8)	83 (34,3)	48 (38,4)	345 (46,0)	287 (65,2)	791 (48,1)
Fisioterapeuta	58 (65,9)	148 (61,2)	69 (55,2)	338 (45,1)	89 (20,2)	702 (42,7)
Médico	2 (2,3)	1 (0,4)	-	12 (1,6)	21 (4,8)	36 (2,2)
Nutricionista	-	-	5 (4,0)	2 (0,3)	8 (1,8)	15 (0,9)
P. de Educação Física	-	4 (1,7)	-	12 (1,6)	3 (0,7)	19 (1,2)
Técnico em saúde	-	2 (0,8)	3 (2,4)	41 (5,5)	26 (5,9)	72 (4,4)
Não sabe	-	4 (1,7)	-	-	6 (1,4)	10 (0,6)
Vínculo empregatício do profissional responsável						
Efetivo	28 (31,8)	83 (34,3)	48 (38,4)	346 (46,1)	287 (65,2)	792 (48,1)
Temporário	58 (65,9)	148 (61,2)	69 (55,2)	344 (45,9)	89 (20,2)	708 (43,0)
Residente	2 (2,3)	1 (0,4)	-	12 (1,6)	21 (4,8)	36 (2,2)
Estagiário	-	2 (0,8)	8 (6,4)	31 (4,1)	30 (6,8)	71 (4,3)
Voluntário	-	4 (1,7)	-	17 (2,3)	7 (1,6)	28 (1,7)
Não sabe	-	4 (1,7)	-	-	6 (1,4)	10 (0,6)

P. de Educação Física = Profissional de Educação Física

Sobre o apoio para implementação da ação, a maior parte dos responsáveis relatou que a ação recebe apoio da gestão municipal (84,2%), principalmente por meio de recursos humanos (63,5%), materiais (69,3%) e físicos (55,9%). Além disso, a maioria relatou que não houve mudança na gestão municipal no decorrer da ação (53,3%), com exceção da região Sudeste (48,8%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Participação da gestão municipal nas ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.

Variáveis	Norte (n=88)	Nordeste (n=242)	Centro- Oeste (n=125)	Sudeste (n=750)	Sul (n=440)	Total (n=1645)
Apoio da gestão municipal						
Sim	76 (86,4)	211 (87,2)	113 (90,4)	653 (87,1)	332 (75,5)	1385 (84,2)
Não	8 (9,1)	21 (8,7)	7 (5,6)	89 (11,9)	69 (15,7)	194 (11,8)
Não sabe	4 (4,5)	10 (4,1)	5 (4,0)	8 (1,1)	39 (8,9)	66 (4,0)
Tipo de apoio da gestão municipal¹						
Recursos humanos	61 (69,3)	160 (66,1)	89 (71,2)	495 (66,0)	240 (54,5)	1045 (63,5)
Recursos materiais	52 (59,1)	181 (74,8)	86 (68,8)	543 (72,4)	278 (63,2)	1140 (69,3)
Recursos físicos	50 (56,8)	161 (66,5)	73 (58,4)	424 (56,5)	212 (48,2)	920 (55,9)
Transporte	1 (1,1)	-	1 (0,8)	12 (1,6)	10 (2,3)	24 (1,5)
Não sabe	1 (1,1)	1 (1,4)	-	-	-	2 (0,1)
Mudança na gestão municipal no decorrer da ação						
Sim	23 (26,1)	73 (30,2)	57 (45,6)	382 (50,9)	202 (45,9)	737 (44,8)
Não	53 (60,2)	163 (67,4)	68 (54,4)	366 (48,8)	227 (51,6)	877 (53,3)
Não sabe	12 (13,6)	6 (2,5)	-	2 (0,3)	11 (2,5)	31 (1,9)

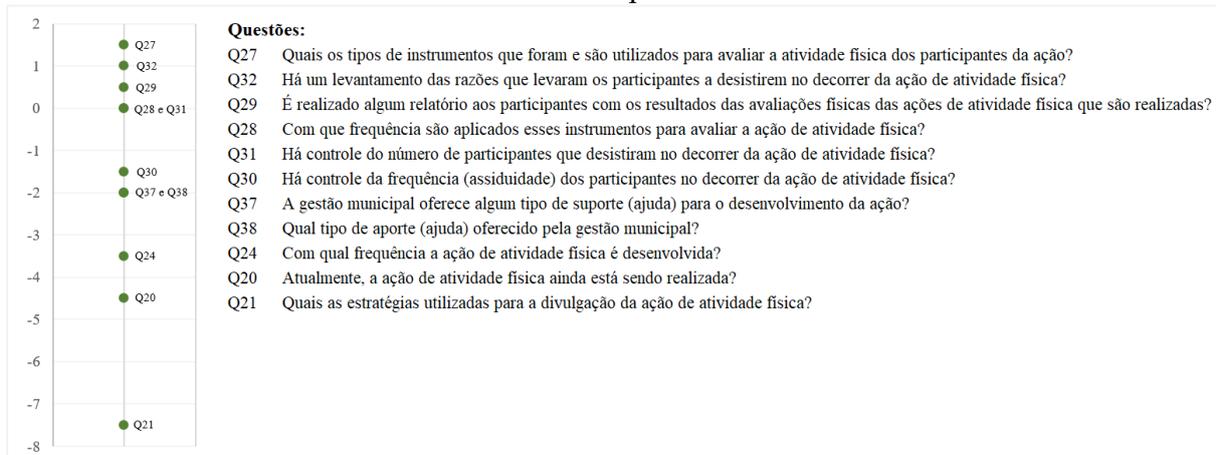
¹ questão de múltipla escolha.

Diante do exposto, observou-se a caracterização das ações de atividade física na APS do SUS participantes da pesquisa SAFE.

6.2 CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS

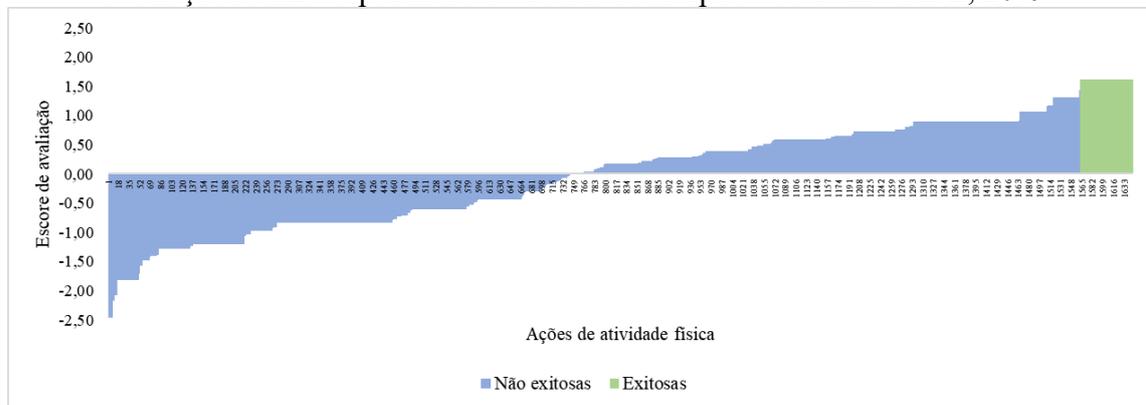
Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados para caracterização das 1.645 ações de atividade física na APS do SUS, conforme apresentado no item 7.1 “cenário das ações de atividade física na APS do SUS”. Posteriormente, os itens do questionário foram posicionados em uma escala, de acordo com a estimativa da dificuldade de cada um. Sendo que os itens que estão posicionados mais à baixo, são os mais fáceis e mais acima, são os mais difíceis de serem atingidos, conforme demonstrado na Figura 9.

Figura 9 - Posicionamento das questões conforme estimativa de dificuldade calculada pela Teoria de Resposta ao Item.



A partir deste posicionamento, foi realizado o escore dos valores utilizando a TRI, a média foi de $-0,05 (\pm 0,91)$, mediana de $0,17$ (mínimo = $-2,46$ e máxima = $1,62$) (Figura 10). As práticas que atenderam ao escore superior (escore para os itens = $1,62$) foram consideradas exitosas ($n=85$) (Figura 10).

Figura 10 - Posicionamento das ações de atividade física na APS no SUS de acordo com a avaliação realizada por meio da Teoria de Resposta ao Item. SAFE, 2019.



 [Clique aqui](#) para ver a figura em alta resolução.

No Brasil, $5,2\%$ ($n=85$) das ações de atividade física que foram registradas na SAFE foram consideradas exitosas, sendo a maior proporção na região Nordeste ($11,6\%$; $n=28$) e a menor no Sul ($3,6\%$; $n=16$). Na Tabela 8 estão apresentadas as distribuições conforme avaliação das ações de atividade física por região.

Tabela 8 - Classificação das ações de atividade física na APS do SUS, de acordo com a região do país. SAFE. Brasil, 2019.

Variável	Norte (n=88)	Nordeste (n=242)	Centro- Oeste (n=125)	Sudeste (n=750)	Sul (n=440)	Total (n=1645)
Avaliação						
Exitosa	4 (4,5)	28 (11,6)	5 (4,0)	32 (4,3)	16 (3,6)	85 (5,2)
Não exitosa	84 (95,5)	214 (88,4)	120 (96,0)	718 (95,7)	424 (96,4)	1560 (94,8)

Diante do exposto, observou-se o resultado do processo para classificar as ações de atividade física na APS do SUS como exitosas ou não.

6.3 ASSOCIAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS COM VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DE GESTÃO DOS MUNICÍPIOS

6.3.1 Características socioeconômicas e de gestão dos municípios

As 1.645 ações de atividade física participantes do presente estudo estavam distribuídas em 452 municípios brasileiros, sendo 7,5% (n=34) na região Norte, 19,7% (n=89) na região Nordeste, 8,2% (n=37) na região Centro-Oeste, 39,4% na região Sudeste (n=178) e, 25,2% (n=114) na região Sul. A média geral de cobertura de equipe de saúde da família (eSF) foi de 83,3% (desvio padrão = 25,2), tendo o Nordeste com a maior cobertura e o Sul, com a menor. Com relação ao índice de Profissionais Educação Física (PEF), a média geral foi de 1,7 (desvio padrão = 6,6), sendo que no Centro-Oeste houve o maior valor e no Sul, o menor. O Índice de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária modificáveis por meio da atividade física (Índice de ICSAP) modificáveis por meio da atividade física apresentou média geral de 59,8 (desvio padrão = 551,4), sendo que o Centro-Oeste apresentou o maior índice, enquanto o Norte o menor. Já para o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), a média geral foi de 0,7 (desvio padrão = 0,1), com Norte e Nordeste apresentando valores menores do que as demais regiões (Tabela 9).

Tabela 9 - Características de gestão em saúde e socioeconômicas dos municípios com ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.

Variáveis	Norte (n=34) Média ±DP	Nordeste (n=89) Média ±DP	Centro- Oeste (n=37) Média ±DP	Sudeste (n=178) Média ±DP	Sul (n=114) Média ±DP	Total (n=452) Média ±DP
Características de gestão em saúde						
Cobertura de eSF (%)	86,9±22,6	94,1±16,7	85,6±18,2	79,7±27,2	78,9±26,3	83,3±25,2
Índice PEF	1,1±1,1	1,8±5,5	2,7 ±8,9	2,1±8,8	1,0±1,8	1,7±6,6
Índice de ICSAP	23,1±12,9	28,2±18,8	233,1 ± 115,3	57,8±143,2	42,3±37,8	59,8±551,4
Características socioeconômicas						
IFMD	0,6±0,1	0,6±0,1	0,7±0,1	0,7±0,1	0,7±0,1	0,7±0,1

DP = desvio padrão; eSF = equipe de saúde da família; PEF = profissional de educação física; Índice de ICSAP = Índice de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária modificáveis por meio da atividade física; IFMD = Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal.

6.3.2 Clusters de ações de atividade física

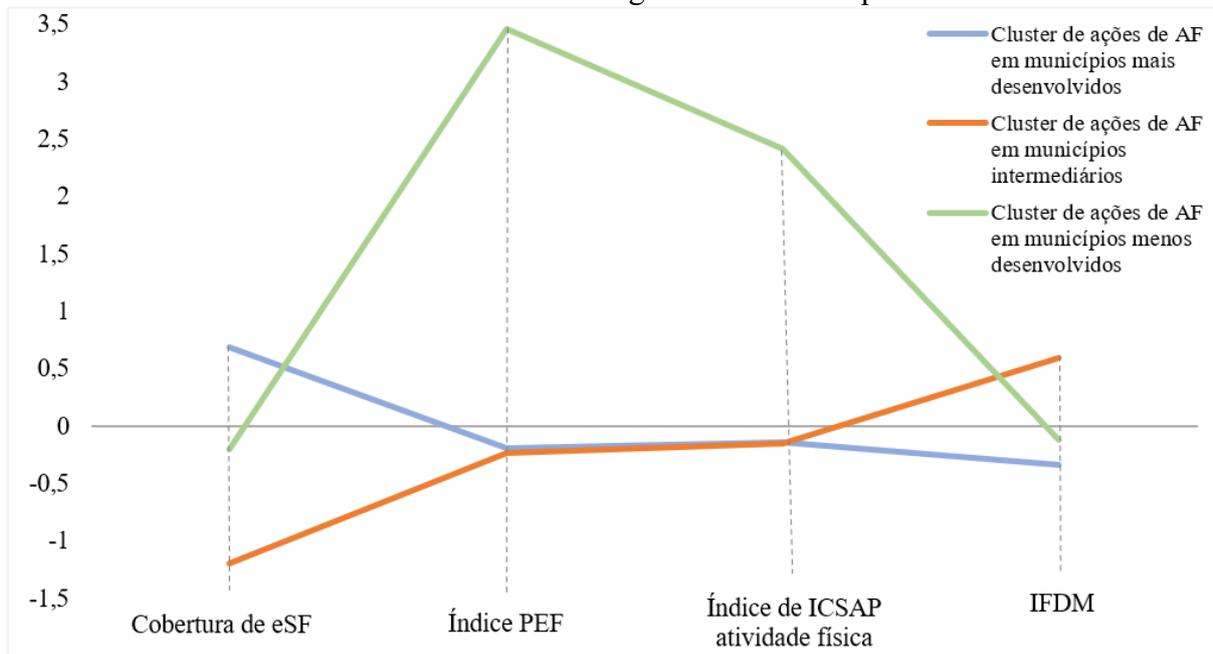
As ações de atividade física (n=1.645) foram categorizadas em clusters. Esses clusters foram nomeados de acordo com as características socioeconômicas e de gestão em saúde dos municípios em que se encontravam: (a) “municípios menos desenvolvidos”; (b) “municípios intermediários”; (c) “municípios mais desenvolvidos”.

“Municípios menos desenvolvidos”: esse cluster foi composto por 60,4% (n=993) das ações de atividade física. Os valores do z-score foram positivos para percentual de cobertura de eSF (z-score=0,69) e negativos para índice de PEF (z-score=-0,19), ICSAP modificáveis por meio da atividade física (z-score=-0,14) e, IFDM (z-score=-0,33) (Figura 11).

“Municípios intermediários”: esse cluster foi composto por 34,0% (n=560) das ações de atividade física. Os valores do z-score foram negativos para percentual de cobertura de eSF (z-score=-1,19), índice de PEF (z-score=-0,23) e ICSAP modificáveis por meio da atividade física (z-score=-0,14) e, positivos, para IFDM (z-score=0,60) (Figura 11).

“Municípios mais desenvolvidos”: esse cluster foi composto por 5,6% (n=92) das ações de atividade física. Os valores do z-score foram negativos para percentual de cobertura de eSF (z-score=-0,20) e IFDM (z-score=-0,12) e, positivos, para índice de PEF (z-score=3,46) e ICSAP modificáveis por meio da atividade física (z-score=2,42) (Figura 11).

Figura 11 - Clusters de ações de atividade física na APS do SUS conforme características socioeconômicas e de gestão dos municípios.



eSF = equipe de saúde da família; PEF = profissional de educação física; Índice de ICSAP = Índice de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária modificáveis por meio da atividade física; IFMD = Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal.

6.3.3 Associação entre os clusters e a avaliação das ações de atividade física

Com relação ao êxito ou não das práticas de atividade física a partir dos agrupamentos, o cluster de ações situadas em “municípios menos desenvolvidos” foi o que apresentou maior proporção de práticas exitosas (72,9%; n=62); seguido do cluster de ações situadas em “municípios intermediários” (20%; n=17) e do cluster de ações situadas em “municípios mais desenvolvidos” (7,1%; n=6). Houve associação entre os clusters e a avaliação da ação de atividade física (p=0,02). (Tabela 10).

Tabela 10 - Associação entre clusters e avaliação das ações de atividade física na APS do SUS. SAFE. Brasil, 2019.

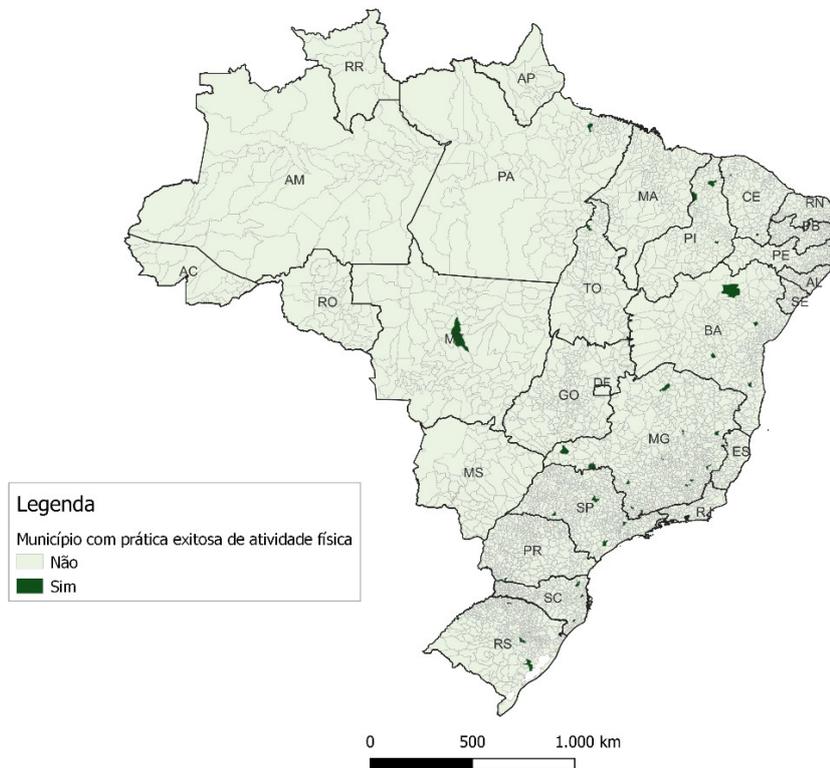
Variável	Ações em “municípios menos desenvolvidos” (n=993)		Ações em “municípios intermediários” (n=560)		Ações em “municípios mais desenvolvidos” (n=92)		p
	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)	
Avaliação da ação de atividade física							
Exitosa	62 (72,9)	0,65 - 23,02	17 (20,0)	-9,08 - 27,96	6 (7,1)	-7,90 - 41,66	0,02*
Não exitosa	931 (59,7)		543 (34,8)		86 (5,5)		

n = frequência absoluta; % = frequência relativa; IC = intervalo de confiança.

6.4 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS

Após avaliação das 1.645 ações de atividade física na APS do SUS participantes da pesquisa SAFE, 85 foram consideradas exitosas. Todas as regiões do Brasil possuíam ações exitosas, sendo em maior número no Sudeste e em menor no Norte. A Figura 12 apresenta o mapeamento dos municípios que possuem ações exitosas de atividade física na APS do SUS.

Figura 12 - Mapa de municípios conforme número de ações exitosas de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.



[Clique aqui](#) para ver a figura em alta resolução.

Com relação às informações do estabelecimento de saúde ao qual a ação exitosa está vinculada, todas ocorrem em UBSs (47,1%) ou PAS (52,9%) e a maior parte possui NASF vinculado (78,8%) (Tabela 11).

Tabela 11 - Informações do estabelecimento de saúde ao qual as ações exitosas de atividade física na APS do SUS estão vinculadas. SAFE. Brasil, 2019.

Variável	Norte (n=4)	Nordeste (n=28)	Centro- Oeste (n=5)	Sudeste (n=32)	Sul (n=16)	Total (n=85)
Tipo de local						
UBS	1 (25,0)	9 (32,1)	5 (100,0)	14 (43,8)	11 (68,8)	40 (47,1)
PAS	3 (75,0)	19 (67,9)	-	18 (56,3)	5 (31,3)	45 (52,9)
CAPS	-	-	-	-	-	-
Secretaria de saúde	-	-	-	-	-	-
Prefeitura	-	-	-	-	-	-
Hospital	-	-	-	-	-	-
CRIA	-	-	-	-	-	-
Outros	-	-	-	-	-	-
Possui NASF vinculado						
Sim	1 (25,0)	24 (85,7)	5 (100,0)	28 (87,5)	9 (56,3)	67 (78,8)
Não	3 (75,0)	4 (14,3)	-	4 (12,5)	4 (25,0)	15 (17,6)
Não sabe	-	-	-	-	-	-

UBS = Unidade Básica de Saúde; PAS = Programa Academia da Saúde; CAPS = Centros de Atenção Psicossocial; CRIA = Centro de Referência à Saúde do Idoso.

Sobre os profissionais responsáveis pelas ações exitosas de atividade física, verificou-se que a maioria é conduzida por mulheres (61,2%), exceto no Centro-Oeste onde todos os profissionais são do sexo masculino. Com relação à formação, essas ações são coordenadas, em sua maioria, por profissionais de educação física (60,0%). Os profissionais possuem pós-graduação (72,9%) e atuam com atendimento específico da sua formação (36,5%) ou são coordenadores de área (29,4%) (Tabela 12).

Tabela 12 - Informações dos profissionais responsáveis pelas ações exitosas de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.

Variável	Norte (n=4)	Nordeste (n=28)	Centro- Oeste (n=5)	Sudeste (n=32)	Sul (n=16)	Total (n=85)
Sexo						
Masculino	1 (25,0)	11 (39,3)	5 (100,0)	10 (31,3)	6 (37,5)	33 (38,8)
Feminino	3 (75,0)	17 (60,7)	-	22 (68,8)	10 (62,5)	52 (61,2)
Profissão						
Enfermeiro	1 (25,0)	5 (17,9)	-	4 (12,5)	2 (12,5)	12 (14,1)
Fisioterapeuta	-	-	-	-	4 (25,0)	4 (4,7)
Médico	-	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	1 (3,6)	-	1 (3,1)	-	2 (2,4)
P. de Educação Física	-	22 (78,6)	5 (100)	15 (46,9)	9 (56,3)	51 (60,0)
Formação técnica	-	-	-	-	-	-
Ag. Comunitário Saúde	-	-	-	-	-	-
Outro	3 (75,0)	-	-	12 (37,5)	1 (6,3)	16 (18,8)
Grau de escolaridade						
Ensino Médio	-	-	-	-	-	-
Graduação	1 (25,0)	2 (7,1)	-	16 (50,0)	4 (25,0)	23 (27,1)
Pós-Graduação	3 (75,0)	26 (92,9)	5 (100,0)	16 (50,0)	12 (75,0)	62 (72,9)
Atuação profissional						
Gestor	3 (75,0)	1 (3,6)	-	12 (37,5)	-	16 (18,8)
Coordenador de área	-	11 (39,3)	-	10 (31,3)	4 (25,0)	25 (29,4)
Gerente de UBS	1 (25,0)	-	-	1 (3,1)	-	2 (2,4)
Profissional de saúde	-	8 (28,6)	5 (100,0)	7 (21,9)	11 (68,8)	31 (36,5)
Técnico em saúde	-	-	-	-	-	-
Outro	-	-	-	2 (6,3)	1 (6,3)	11 (12,9)

P. de Educação Física = Profissional de Educação Física; Ag. Comunitário Saúde = Agente Comunitário de Saúde; UBS = Unidade Básica de Saúde.

Conforme Tabela 13, com relação às características das ações exitosas de atividade física na APS do SUS, a maior parte possui objetivo definido (92,9%) e ocorre há mais de um ano (29,4% de 1 a anos e 31,8% há mais de 4 anos). Para divulgação, as principais estratégias utilizadas são as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (87,1%), o boca a boca (82,4%), e as reuniões na unidade de saúde (78,8%). Geralmente, as ações utilizam de 1 a 3 estratégias de divulgação (51,8%), ocorrem nos polos do PAS (49,4%) e são ofertadas em formato de grupos atividade prática (96,5%). Com relação à frequência, a maior parte ocorre 2 (38,8%) ou 3 vezes na semana (23,5%) e tem duração de 30 a 60 minutos (75,3%). Todas as ações utilizam algum tipo de ferramenta para avaliar os participantes. As ferramentas prevalentes foram a observação do profissional (83,5%), os testes físicos (74,1%) e os questionários ou entrevistas (74,1%) que são aplicados. As avaliações são aplicadas mensalmente (40,0%) ou semestralmente (37,6%). Em todas as ações esses resultados são apresentados ou entregues aos participantes e é realizado controle de assiduidade dos participantes, do número de desistentes e das razões apontadas para a desistência.

Tabela 13 - Características das ações exitosas de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.

Variável	Norte (n=4)	Nordeste (n=28)	Centro- Oeste (n=5)	Sudeste (n=32)	Sul (n=16)	Total (n=85)
A ação possui objetivo						
Sim	4 (100)	23 (82,1)	5 (100)	31 (96,9)	16 (100)	79 (92,9)
Não	-	2 (7,1)	-	-	-	2 (2,4)
Não sabe	-	3 (10,7)	-	1 (3,1)	-	4 (4,7)
Há quanto tempo é desenvolvida						
Menos de 3 meses	-	-	-	-	1 (6,3)	1 (1,2)
De 3 a 6 meses	-	4 (14,3)	-	3 (9,4)	1 (6,3)	8 (9,4)
De 6 meses a 1 ano	3 (75,0)	13 (46,4)	-	6 (18,8)	2 (12,5)	24 (28,2)
De 1 a 4 anos	1 (25,0)	4 (14,3)	3 (60,0)	11 (34,4)	6 (37,5)	25 (29,4)
Mais de 4 anos	-	7 (25,0)	2 (40,0)	12 (37,5)	6 (37,5)	27 (31,8)
Não sabe	-	-	-	-	-	-
Estratégias utilizadas para divulgação¹						
Panfletos	-	2 (7,1)	-	8 (25,0)	6 (37,5)	16 (18,8)
Cartazes	-	8 (28,6)	-	12 (37,5)	9 (56,3)	29 (34,1)
Ligações telefônicas	3 (75,0)	8 (28,6)	-	8 (25,0)	3 (18,8)	22 (25,9)
Ag. Comunitário Saúde	4 (100,0)	21 (75,0)	3 (60,0)	30 (93,8)	16 (100,0)	74 (87,1)
Boca a boca	4 (100,0)	26 (92,9)	1 (20,0)	25 (78,1)	14 (87,5)	70 (82,4)
Reuniões na unidade	4 (100,0)	26 (92,9)	1 (20,0)	20 (62,5)	16 (100,0)	67 (78,8)
Consulta/encaminhamento	-	-	-	1 (3,1)	1 (6,3)	2 (2,4)
Rádio ou redes sociais	-	5 (17,9)	1 (20,0)	10 (31,3)	2 (12,5)	18 (21,2)
Não sabe	-	-	-	-	-	-
Número de estratégias de divulgação utilizadas						
1 a 3	1 (25,0)	17 (60,7)	5 (100,0)	17 (53,1)	4 (25,0)	44 (51,8)
4 a 6	3 (75,0)	11 (39,3)	-	14 (43,8)	12 (75,0)	40 (47,1)
7 ou mais	-	-	-	1 (3,1)	-	1 (1,2)
Local onde ocorre a ação						
UBS	-	-	-	1 (3,1)	2 (12,5)	3 (3,5)
PAS	3 (75,0)	22 (78,6)	-	11 (34,4)	6 (37,5)	42 (49,4)
Espaço comunitário fechado	1 (25,0)	2 (7,1)	1 (20,0)	9 (28,1)	7 (43,8)	20 (23,5)
Espaço comunitário aberto	-	3 (10,7)	2 (40,0)	10 (31,3)	-	15 (17,6)
Espaço privado	-	1 (3,6)	2 (40,0)	1 (3,1)	1 (6,3)	5 (5,9)
Não sabe	-	-	-	-	-	-
Metodologia para o desenvolvimento da ação¹						
Rodas de conversa	3 (75,0)	8 (28,6)	-	17 (53,1)	8 (50,0)	36 (42,4)
Palestras	4 (100,0)	5 (17,9)	-	19 (59,4)	3 (18,8)	31 (36,5)
Grupo de atividade prática	4 (100,0)	26 (92,9)	5 (100,0)	31 (96,9)	16 (100,0)	82 (96,5)
Consulta individual	4 (100,0)	6 (21,4)	-	12 (37,5)	3 (18,8)	25 (29,4)
Vídeos	2 (50,0)	2 (7,1)	-	4 (12,5)	1 (6,3)	9 (10,6)
Consulta em grupo	5 (50,0)	6 (21,4)	-	8 (25,0)	1 (6,3)	17 (20,0)
Frequência de oferta da ação						
4 ou mais dias na semana	-	13 (46,4)	-	5 (15,6)	1 (6,3)	19 (22,4)
3 dias na semana	3 (75,0)	7 (25,0)	1 (20,0)	7 (21,9)	2 (12,5)	20 (23,5)
2 dias na semana	-	5 (17,9)	4 (80,0)	17 (53,1)	7 (43,8)	33 (38,8)
1 dia na semana	1 (25,0)	2 (7,1)	-	2 (6,3)	6 (37,5)	11 (12,9)
Quinzenal	-	-	-	1 (3,1)	-	1 (1,2)
Mensal	-	1 (3,6)	-	-	-	1 (1,2)
Não tem frequência definida	-	-	-	-	-	-

Duração dos encontros da ação

Até 30 minutos	-	5 (17,9)	-	2 (6,3)	-	7 (8,2)
De 30 a 60 minutos	1 (25,0)	18 (64,3)	5 (100,0)	25 (78,1)	15 (93,8)	64 (75,3)
Mais de 60 minutos	3 (75,0)	2 (7,1)	-	4 (12,5)	1 (6,3)	10 (11,8)
Não tem duração definida	-	3 (10,7)	-	1 (3,1)	-	4 (4,7)
Não sabe	-	-	-	-	-	-

Ferramenta para avaliar os participantes

Sim	4 (100,0)	28 (100,0)	5 (100,0)	32 (100,0)	16 (100,0)	85 (100,0)
Não	-	-	-	-	-	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-

Tipo de ferramenta utilizada¹

Questionário ou entrevista	4 (100,0)	14 (50,0)	5 (100,0)	28 (87,5)	12 (75,0)	63 (74,1)
Equipamentos	2 (50,0)	12 (42,9)	-	16 (50,0)	13 (81,3)	43 (50,6)
Testes físicos	4 (100,0)	19 (67,9)	5 (100,0)	26 (81,3)	9 (56,3)	63 (74,1)
Observação profissional	4 (100,0)	23 (82,1)	5 (100,0)	25 (78,1)	14 (87,5)	71 (83,5)
Autoavaliação	3 (75,0)	19 (67,9)	3 (60,0)	22 (68,8)	8 (50,0)	55 (64,7)
IMC	3 (75,0)	23 (82,1)	5 (100,0)	18 (56,3)	11 (68,8)	60 (70,6)
Não sabe	-	-	-	-	-	-

Frequência da avaliação dos participantes

Semanalmente	-	5 (17,9)	1 (20,0)	2 (6,3)	4 (25,0)	12 (14,1)
Quinzenalmente	-	1 (3,6)	-	1 (3,1)	1 (6,3)	3 (3,5)
Mensalmente	4 (100,0)	17 (60,7)	-	10 (31,3)	3 (18,8)	34 (40,0)
Semestralmente	-	4 (14,3)	4 (80,0)	16 (50,0)	8 (50,0)	32 (37,6)
Anualmente	-	1 (3,6)	-	3 (9,4)	-	4 (4,7)
Não tem frequência regular	-	-	-	-	-	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-

Entrega dos resultados da avaliação aos participantes

Sim	4 (100,0)	28 (100,0)	5 (100,0)	32 (100,0)	16 (100,0)	85 (100,0)
Não	-	-	-	-	-	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-

Controle de frequência (assiduidade) dos participantes

Sim	4 (100,0)	28 (100,0)	5 (100,0)	32 (100,0)	16 (100,0)	85 (100,0)
Não	-	-	-	-	-	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-

Controle do número de desistentes

Sim	4 (100,0)	28 (100,0)	5 (100,0)	32 (100,0)	16 (100,0)	85 (100,0)
Não	-	-	-	-	-	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-

Controle das razões apontadas para a desistência

Sim	4 (100,0)	28 (100,0)	5 (100,0)	32 (100,0)	16 (100,0)	85 (100,0)
Não	-	-	-	-	-	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-

¹ questão de múltipla escolha; Ag. Comunitário Saúde = Agente Comunitário de Saúde; UBS = Unidade Básica de Saúde; PAS = Programa Academia da Saúde; IMC = índice de massa corporal.

As ações de atividade física tem como público-alvo pessoas com obesidade (68,2%), hipertensos (63,5%) e diabéticos (62,4%). A faixa etária mais atendida é a de adultos (94,1%) e de idosos (85,9%) (Tabela 14).

Tabela 14 - Público-alvo e faixa etária dos participantes das ações exitosas de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.

Variável	Norte (n=4)	Nordeste (n=28)	Centro- Oeste (n=5)	Sudeste (n=32)	Sul (n=16)	Total (n=85)
Público-alvo da ação¹						
Diabéticos	4 (100,0)	17 (60,7)	4 (80,0)	24 (75,0)	4 (25,0)	53 (62,4)
Pessoas com obesidade	4 (100,0)	19 (67,9)	5 (100,0)	25 (78,1)	5 (31,3)	58 (68,2)
Hipertensos	4 (100,0)	19 (67,9)	4 (80,0)	23 (71,9)	4 (25,0)	54 (63,5)
Gestantes	3 (75,0)	7 (25,0)	-	9 (28,1)	-	19 (22,4)
Outros	3 (75,0)	4 (14,3)	3 (60,0)	10 (31,3)	2 (12,5)	22 (25,9)
Não possui	-	-	-	-	-	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-
Faixa etária atendida pela ação¹						
Crianças	4 (100,0)	8 (28,6)	1 (20,0)	7 (21,9)	1 (6,3)	21 (24,7)
Adolescentes	4 (100,0)	17 (60,7)	3 (60,0)	21 (65,6)	5 (31,3)	50 (58,8)
Adultos	4 (100,0)	27 (96,4)	4 (80,0)	31 (96,9)	14 (87,5)	80 (94,1)
Idosos	4 (100,0)	28 (100,0)	3 (60,0)	26 (81,3)	12 (75,0)	73 (85,9)

¹ questão de múltipla escolha

Com relação aos profissionais envolvidos na ação de atividade física, a maioria conta com apenas um profissional (37,6%) ou com quatro profissionais ou mais (32,9%). A formação prevalente é enfermagem (49,4%), seguido de fisioterapia (47,1%) (Tabela 15).

Tabela 15 - Características dos profissionais envolvidos nas ações de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.

Variável	Norte (n=4)	Nordeste (n=28)	Centro- Oeste (n=5)	Sudeste (n=32)	Sul (n=16)	Total (n=85)
Quantidade de profissionais que atuam						
1	-	17 (60,7)	-	11 (34,4)	4 (25,0)	32 (37,6)
2	-	2 (7,1)	-	8 (25,0)	4 (25,0)	14 (16,5)
3	-	2 (7,1)	3 (60,0)	4 (12,5)	2 (12,5)	11 (12,9)
4 ou mais	4 (100,0)	7 (25,0)	2 (40,0)	9 (28,1)	6 (37,5)	28 (32,9)
Formação do profissional responsável						
Enfermeiro	-	15 (53,6)	5 (100,0)	10 (31,3)	12 (75,0)	42 (49,4)
Fisioterapeuta	4 (100,0)	13 (46,4)	-	22 (68,8)	1 (6,3)	40 (47,1)
Médico	-	-	-	-	3 (18,8)	3 (3,5)
Nutricionista	-	-	-	-	-	-
P. de Educação Física	-	-	-	-	-	-
Técnico em saúde	-	-	-	-	-	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-
Vínculo empregatício do profissional responsável						
Efetivo	-	15 (53,6)	5 (100,0)	10 (31,3)	12 (75,0)	42 (49,4)
Temporário	4 (100,0)	13 (46,4)	-	22 (68,8)	1 (6,3)	40 (47,1)
Residente	-	-	-	-	3 (18,8)	3 (3,5)
Estagiário	-	-	-	-	-	-
Voluntário	-	-	-	-	-	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-

P. de Educação Física = Profissional de Educação Física

Todos os entrevistados relataram que a ação recebe apoio da gestão municipal, principalmente por meio de recursos materiais (94,1%), humanos (81,2%) e físicos (71,8%). Além disso, para a maioria deles, não houve mudança na gestão municipal no decorrer da ação (57,6%), com exceção das regiões Norte (25,0%) e Centro-Oeste (20,0%), onde a minoria relatou mudanças (Tabela 16).

Tabela 16 - Participação da gestão municipal nas ações de atividade física na APS do SUS. Brasil, 2019.

Variável	Norte (n=4)	Nordeste (n=28)	Centro- Oeste (n=5)	Sudeste (n=32)	Sul (n=16)	Total (n=85)
Apoio da gestão municipal						
Sim	4 (100,0)	28 (100,0)	5 (100,0)	32 (100,0)	16 (100,0)	85 (100,0)
Não	-	-	-	-	-	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-
Tipo de apoio da gestão municipal¹						
Recursos humanos	4 (100,0)	21 (75,0)	4 (80,0)	27 (84,4)	13 (81,3)	69 (81,2)
Recursos materiais	3 (75,0)	25 (89,3)	5 (100,0)	31 (96,9)	16 (100,0)	80 (94,1)
Recursos físicos	3 (75,0)	23 (82,1)	2 (40,0)	20 (62,5)	13 (81,3)	61 (71,8)
Transporte	-	-	-	1 (3,1)	-	1 (1,2)
Não sabe	-	-	-	-	-	-
Mudança na gestão municipal no decorrer da ação						
Sim	3 (75,0)	8 (28,6)	4 (80,0)	15 (46,9)	6 (37,5)	36 (42,4)
Não	1 (25,0)	20 (71,4)	1 (20,0)	17 (53,1)	10 (62,5)	49 (57,6)
Não sabe	-	-	-	-	-	-

¹ questão de múltipla escolha.

6.5 ATUAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS

Dos dez gestores de saúde, distribuídos em todas as regiões do Brasil, que foram entrevistados para verificação da atuação da gestão na implementação das ações exitosas de atividade física na APS do SUS, 8 eram mulheres. As formações desses gestores eram em administração (n=2); enfermagem (n=2); odontologia (n=1); educação física (n=1); fisioterapia (n=1); matemática (n=1); medicina (n=1) e serviço social (n=1). Com relação ao cargo de gestão que ocupavam, foram entrevistados secretários municipais de saúde (n=5); gerente de programas de saúde (n=1); gerente de atenção básica (n=1); diretor de atenção à saúde (n=1); coordenador de programa de atividade física (n=1) e coordenador do NASF (n=1).

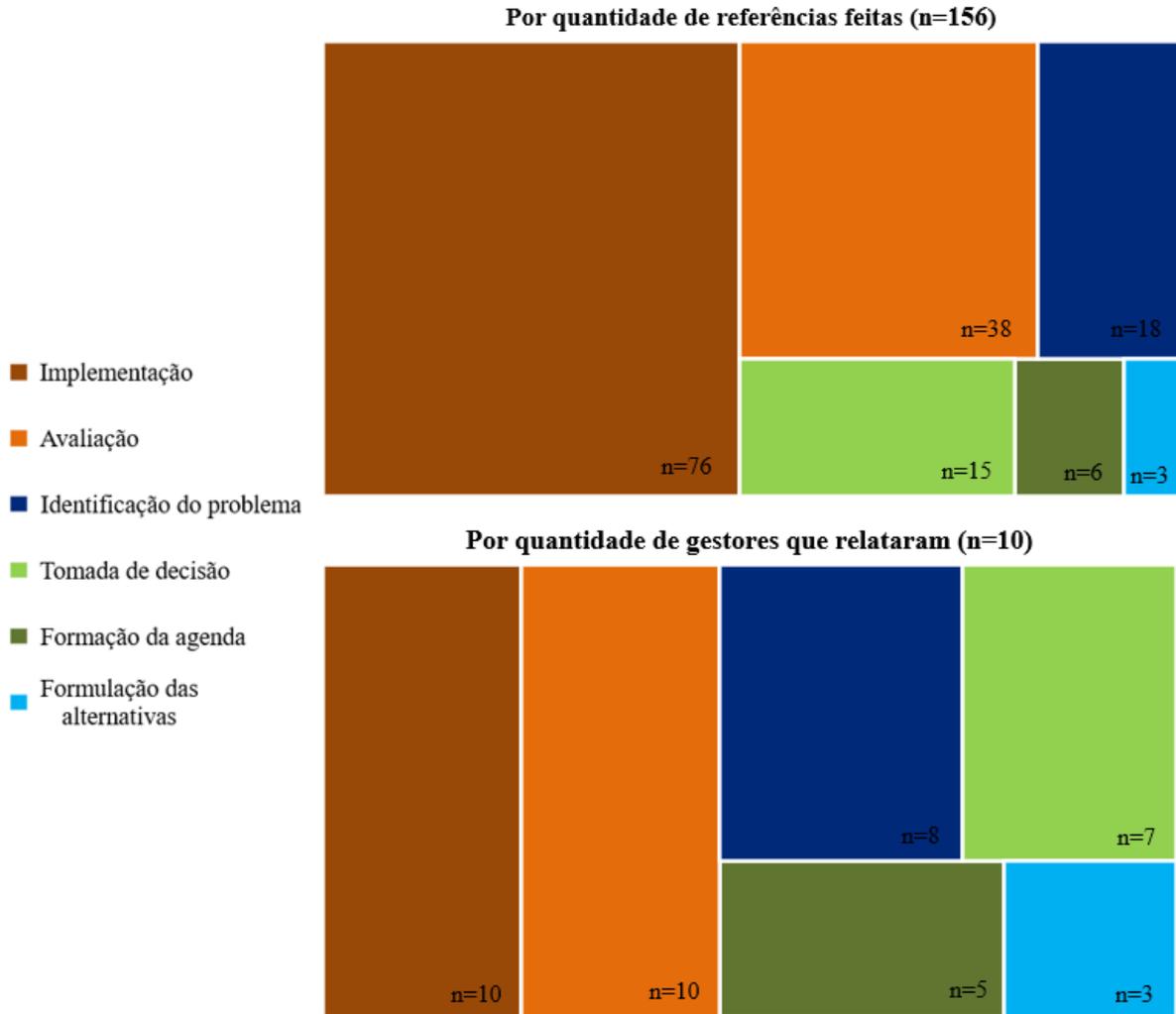
Ao verificar os clusters formados por similaridade das categorias utilizadas na análise (as etapas do *policy cycle*), com base no discurso dos gestores, foram formados 3 grupos: 1) identificação do problema e formulação das alternativas; 2) tomada de decisão e formação da agenda; e, 3) implementação e avaliação (Figura 13). Isso demonstra o alinhamento dos discursos dos gestores com relação à ordenação proposta para a formulação de políticas públicas.

Figura 13 - Clusters das etapas do *policy cycle* de acordo com o discurso dos gestores de saúde participantes da pesquisa SAFE.



Ao analisar os discursos dos gestores de saúde durante as entrevistas, foi percebido que elementos relacionados à etapa de implementação foram os mais referenciados, seguido da avaliação, identificação do problema, tomada de decisão, formação da agenda e formulação de alternativas, respectivamente. Também, foi percebido que todos os gestores mencionaram elementos relacionados à implementação e avaliação, enquanto um menor número relatou aspectos de identificação do problema, tomada de decisão, formação da agenda e formulação de alternativas, respectivamente (Figura 14).

Figura 14 - Distribuição dos discursos dos gestores de saúde com relação à quantidade de referências feitas às etapas do *policy cycle* e à quantidade de gestores que relataram essas etapas.



A seguir, serão apresentadas as considerações dos discursos dos gestores à forma que a gestão municipal de saúde contribui para que uma ação de atividade física fosse exitosa. Para garantia do anonimato, os gestores foram ordenados aleatoriamente e essa ordem foi utilizada na denominação dos trechos dos relatos apresentados.

Identificação do problema

Os gestores relataram aproximação com setores que coletam e analisam dados epidemiológicos da população. Porém, os relatos pouco pareceram relacionados à atividade física, além de serem superficiais e não deixarem claro de que forma esses dados epidemiológicos suportam as tomadas de decisões em apoiar uma ação de atividade física no município:

“(...) nós temos também a gerência de informação em saúde da família. Ela acompanha os indicadores (...)” [gestor 2]

“Hoje nós temos a base de dados do Ministério da Saúde, o DataSUS” [gestor 8]

“(...) na secretaria de saúde, nós temos um setor que é o nosso setor de planejamento. Ali nós temos uma pessoa que é responsável por fazer todo o estudo do perfil epidemiológico da população. Então, hoje nós conseguimos mapear em todo município o perfil de cada bairro” [gestor 9]

A identificação do problema também é percebida por meio de relatos que chegam aos gestores pela população ou pelos profissionais de saúde quem atuam no serviço. Ou seja, não provém de identificação territorial por meio de dados concretos e sistematizados:

“... através dos profissionais, que eles vêm e apontam para nós: está um déficit nessa área, a gente precisa sentar (...)” [gestor 4]

“Então, esse diagnóstico, ele é feito pelas equipes também dos NASFs [Núcleos de Apoio à Saúde da Família], juntamente com as eSFs [equipes de Saúde da Família], dos enfermeiros e da equipe multiprofissional, através daquele diagnóstico situacional” [gestor 7]

Outro ponto relatado foi a experiência prévia dos gestores como profissionais do serviço que identificaram problemas relacionados à oferta de atividade física e, ocupando espaços de gestão, contribuem para a realização da ação:

“... primeiramente, eu acredito que por eu ser uma gestora técnica isso contribui muito (...) então a gente acaba conhecendo melhor a população, conhece melhor os problemas desde lá do início até onde terminam esses problemas ou, pelo menos, até onde a gente consegue elaborar alguns projetos em cima desses problemas, né?!” [gestor 5]

Formulação de alternativas

Um gestor relatou solicitar apoio dos profissionais do serviço para elaboração de alternativas para o problema de oferta de atividade física.

“Eu pedi para um agente comunitário com o apoio de toda a equipe para escreverem um projeto (...)” [gestor 3]

Ao que parece, essa etapa do *policy cycle* pouco foi explorada pelos gestores municipais de saúde.

Formação da agenda

A forma como é feita a formação da agenda da gestão municipal foi explorada de maneira ampla e o apoio da equipe de gestão foi destacado como essencial.

“... a gente se senta junto, discute qual caso que a gente vai dar prioridade, sempre eu tô junto com a minha equipe. Eu nunca tomei nenhuma decisão sozinha.” [gestor 4]

Porém, assim como para a formulação de alternativas, não foi possível extrair elementos concretos de como a gestão municipal inclui as ações de atividade física na etapa de formação da agenda.

Tomada de decisão

A relação da promoção da atividade física com a diminuição dos custos em saúde foi um ponto bastante abordado pelos gestores como importante para a tomada de decisão em apoiar as ações.

“... o município entende que a promoção de saúde traz muitos benefícios não só da qualidade de vida das pessoas, para melhoria da qualidade de saúde, mas que tem a autoestima das pessoas e diminui os custos futuros.” [gestor 2]

A qualidade de vida e o bem-estar da população também foram apontados como importantes. *“Nós atuamos pra que venham os resultados ali permitindo uma melhor qualidade de vida pra esses nossos pacientes.”* [gestor 8]

Implementação

A realização de parceria com setores da iniciativa privada, do terceiro setor ou inter e intrassetoriais foram apontados pelos gestores como uma forma importante de apoio às ações de atividade física.

“(...) a gente usa capelas, usa quadras, né? Muitas vezes quadras e espaços cedidos pela própria secretaria de educação, pela nossa paróquia... A gente usa esses locais, a gente usa também praças (...).” [gestor 1]

“Nós temos uma parceria com essa secretaria de esporte e lazer ajudando financeiramente. Alguma parte, passando recursos para elas e elas estão junto das universidades cuidando dessas academias, tem professores, tem os estudantes de horário específico” [gestor 2]

“(...) a parte nossa de promoção de saúde, ela é muito forte, muito nós temos muito, todas as áreas de educação em saúde, e promoção de saúde não só de atividade física, mas alimentação saudável, nas prevenções as doenças crônicas degenerativas, então nós fazemos o trabalho comum (...)” [gestor 2]

“(...) esse é o fator de uma parceria muito bem-feita entre secretaria municipal de saúde e a entidade privada que é a faculdade de educação física. Tem um curso de educação física aqui no município, então a faculdade entra com a parte da estrutura física e nós entramos com o restante do material humano, material de trabalho enfim...” [gestor 6]

“(...) não é só intersetorial, entre as secretarias, tem também a iniciativa privada de [nome do município] que apoia e é muito forte e que nós sempre quando recorremos nos ajuda”

“(...) cada vez mais o município está buscando parcerias com universidades, então assim hoje a gente está no momento de aproxima bastante das universidades (...) porque hoje nós entendemos que a prática nós temos, mas o olhar científico pode somar”. [gestor 6]

Outro ponto relatado foi o apoio financeiro que o município dá para as ações, muitas vezes, citando a falta de apoio estadual e federal.

“O recurso é o recurso próprio, nem os nossos polos do Academia recebem o incentivo do Ministério, então são todos os recursos próprios do município.” [gestor 2]

“(...) o que eu posso dizer aqui é que o nosso trabalho tem sido feito com recursos públicos municipais. Nós temos quase nada de apoio do governo do estado e do governo federal pra esse nosso trabalho aqui no município, professoras de educação física, de dança, de ginástica, de natação, de terapias alternativas como nós temos no nosso âmbito, por exemplo, a acupuntura, e outras PICs, são todas bancadas exclusivamente com recursos da prefeitura”. [gestor 6]

“(...) a gente investe também, na medida do possível, dentro das academias. A gente sabe que o recurso que a gente recebe do Ministério é insuficiente, né? Então pra manter isso daqui a gente arca com recursos próprios... a manutenção, a pintura das academias, a questão da compra de equipamentos, né? Tudo é pelo município.” [gestor 9]

O incentivo aos profissionais de saúde que atuam no serviço também foi relatado pelos gestores.

“(...) então é a hora da gestão chegar e chamar meu colega de trabalho, o profissional da ponta, e falar para ele olha, vamos dar mais uma energia no seu corpo porque a população está ali

precisando de você, você e não pode fraquejar. E pagar eles em dia, pagar, isso é muito importante.” [gestor 3]

A sensibilização pessoal dos gestores e profissionais do serviço, sem realização de ações institucionais relacionadas à secretaria municipal da saúde, também foi relatada:

“(...) quando o serviço social vai lá fazer aquela visita com a assistente social, aí diz para mim: [nome do gestor], aquele não tem condições de comprar um tênis! Nós nos dividimos entre nós, porque se nós formos fazer uma burocracia para comprar com dinheiro público, passa o ano e esses tênis não chega. Então o que nós fazemos? Compramos!” [gestor 3]

Além disso, o apoio financeiro para compra de materiais e equipamentos foi apontado: *“Olha eu acho que principalmente incentivo dessas práticas e incentivos na compra de materiais, equipamentos, manutenção da academia. A gente faz toda aquela parte da manutenção também financeira das academias que nos dão esse suporte, porque você também precisa manter as academias.” [gestor 5]*

Um ponto importante abordado foi a institucionalização do orçamento da ação de atividade física. *“Tem um recurso garantido para isso, tem uma rubrica própria, então o recurso vai para ele utilizar nisso, né? O esporte tem o seu recurso garantido, não é ‘ah quando eu acho que vou fazer alguma coisa eu invisto lá’, não, então lei específica nós temos é só de trabalho específico como ginástica na praça, através da legislação.” [gestor 6]*

Avaliação

A maior parte dos discursos ficou concentrado em aspectos relacionados à avaliação por meio de relatos da população e dos profissionais do serviço como forma de avaliar as ações de atividade física:

“O que mais me chama atenção é o depoimento das pessoas, quando nós da gestão vamos nos polos, principalmente, você vê a resposta das pessoas, o carinho das pessoas pelos profissionais da educação física e a interação.” [gestor 2]

“(...) estão amando, recebi um monte de mensagenzinha com foto, com elogios e tal, está funcionando...” [gestor 3]

“A gente sente essa diferença no sentido emocional mesmo, pelas pessoas pelo assim, pelo que elas mesmos relatam.” [gestor 4]

Outro ponto que chamou atenção, foram os relatos relacionados à avaliação dos profissionais do serviço, porém sem aprofundamento sobre os resultados obtidos. Ou seja, fica

claro o distanciamento da gestão com relação à avaliação, que parece ficar à cargo dos profissionais que executam essas ações.

“(...) nós temos alguns profissionais que fizeram pesquisas com todas as pessoas que ela atende. Então nós temos alguns profissionais e polos do Academia que já fizeram essa pesquisa quantitativa e qualitativa desses usuários do polo e é muito interessante... posso depois procurar essas pesquisas.” [gestor 2]

Apesar de escassos, houve alguns relatos relacionados à avaliação baseada em dados e informações de saúde da população. Porém, para a maior parte dos gestores, sem informações aprofundadas sobre os resultados:

“Tem uma demanda enorme de pacientes usando medicamentos, né? Então hoje se a gente for analisar aquela relação de pacientes que estão dentro dos grupos inseridos nos grupos a gente vê o quanto já diminuiu o medicamento deles, né?” [gestor 5]

“Então diminuiu casos obesidade, a questão da prevenção dos casos de diabetes, hipertensão, pessoas que eram acamados por dores crônicas, hoje em dia já conseguem ter uma melhor qualidade de vida.” [gestor 7]

Um gestor apresentou dados mais concretos sobre avaliação: *“Aqui também eu trouxe pra ti verificar a gente fez um mapeamento do IMC [índice de massa corporal], aqui a nível de [nome do município], em 2014 nós tínhamos uma população com o IMC maior do que 25, então 66% da população tinha esse IMC e hoje, em 2019, a gente pode verificar que apenas 63,93% da população tem um IMC maior do que 25... então houve uma redução também a nível geral de município, devido a toda esse mobilização ali.”* [gestor 9]

Aspectos organizacionais, como assiduidade e preenchimento de vagas, foram apontados como meios para avaliar as ações de atividade física:

“É um serviço que dá muito resultado, pessoas aderem, gostam, e principalmente participam, falta vaga, em outras atividades que você oferece, não aparece ninguém, fica lá o profissional ocioso, agora atividades físicas em todo lugar que você faz, enche.” [gestor 6]

“Então só da participação destas pessoas no programa mostra a felicidade hoje que eles estão fazendo parte deste grupo.” [gestor 8]

“Dados que vem pra gente, a gente consegue desde, por exemplo, qual é a prática que tem a maior aceitação, o maior número de pessoas aderindo, qual é a modalidade, número de ações de educação em saúde que os nossos técnicos tão conseguindo se envolver, então são detalhes que a gente consegue monitorar!” [gestor 10]

De uma forma geral, exceto nas etapas de implementação e de avaliação, os discursos dos gestores pareceram amplos e pouco relacionados especificamente com as ações de atividade física.

6.6 PROPOSIÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA POTENCIALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS.

As propostas de ações estratégicas para ações de atividade física na APS no SUS foram elaboradas com base na: 1) concepção metodológica da pesquisa SAFE; 2) vivência durante a coleta de dados; 3) leitura de evidências científicas e documentos institucionais nacionais e internacionais; 4) publicação das Recomendações para Implementação de Práticas Exitosas em Atividade Física na APS do SUS (BRASIL, 2021c); 5) análise dos resultados do presente estudo e, 6) experiência profissional e acadêmica da pesquisadora principal do presente estudo. Essas ações podem ser aplicadas na concepção, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde. O objetivo desse conjunto de ações é instrumentalizar *policy makers* para que potencializem as ações de atividade física na APS do SUS, de modo que as tornem exitosas. Também, essas informações devem servir como ferramenta de *advocacy* para que os profissionais de saúde e *stakeholders* na pauta de atividade física saibam como requerer recursos físicos, humanos e financeiros para criar ações em seus municípios. A escolha do Plano de Ação Global sobre Atividade Física da OMS como base para a formulação dessas estratégias ocorreu como forma de alinhamento internacional, porém, com foco na realidade brasileira e os princípios do SUS. As informações apresentadas a seguir são compreendidas como uma resposta social e prática da pesquisadora para todos os usuários, profissionais de saúde e gestores que colaboraram com a coleta de dados da pesquisa SAFE (Quadro 9).

Quadro 8 - Propostas de ações estratégicas que podem ser aplicadas na concepção, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde para potencializar as ações de atividade física da APS do SUS.

1. CRIAR SOCIEDADES ATIVAS	
<p>1.1 Implementar campanhas de marketing social</p> <p>Ex.: promover uma <i>live</i> na rede social da prefeitura promovendo os serviços de atividade física oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde.</p>	<p>1.1.1 Desenvolver campanhas que explicitem a existência do serviço de atividade física na APS do SUS;</p> <p>1.1.2 Desenvolver campanhas sobre a importância da prática regular de atividade física de modo que a comunidade tenha mais interesse pelo serviço;</p> <p>1.1.3 Divulgar a oferta das ações de atividade física existentes no município com informações como local e tipo de atividades;</p> <p>1.1.4 Divulgar ações exitosas de atividade física na APS nos ambientes de gestão, como em reuniões colegiadas intra e intersetoriais.</p>
<p>1.2 Promover benefícios partilhados</p> <p>Ex.: incluir a pauta da atividade física, como uma estratégia do setor</p>	<p>1.2.1 Mapear os impactos das ações de atividade física em outros setores, além da saúde;</p> <p>1.2.2 Apresentar as ações de atividade física para outros setores de gestão e explicitar os benefícios partilhados;</p>

saúde, nas reuniões de planejamento da prefeitura.	1.2.3 Dialogar com outros setores para verificar possibilidades de benefícios partilhados a partir do apoio às ações de atividade física na APS.
1.3 Realizar eventos de participação em massa Ex.: promover um evento de “corrida da família” em comemoração ao aniversário do município.	1.3.1 Incentivar que os profissionais responsáveis pelas ações incluam em seu planejamento a realização de eventos alusivos às datas comemorativas como o dia da atividade física (06 de abril), o dia da saúde (07 de abril) e o dia do profissional de educação física (01 de setembro); 1.3.2 Incentivar que os profissionais responsáveis pelas ações incluam em seu planejamento a realização de eventos que envolvam a participação da comunidade como corrida em família e recreação para o dia das crianças;
1.4 Fomentar a capacitação dos profissionais Ex.: promover palestras para os profissionais da rede de saúde sobre a importância e as possibilidades da oferta de atividade física.	1.4.1 Divulgar entre os profissionais de saúde da rede as Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS; 1.4.2 Implementar as Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS no processo de trabalho das ações de atividade física; 1.4.3 Dar suporte aos profissionais de educação física da rede para que se tornem agentes de capacitação dos demais profissionais de saúde sobre o tema atividade física; 1.4.4 Incluir o tema atividade física nos espaços de educação permanente dos profissionais de saúde da rede; 1.4.5 Incluir a pauta da atividade física em espaços formais de formação como congressos, fóruns, capacitações e cursos organizados ou frequentados pela gestão de saúde.
2. CRIAR AMBIENTES ATIVOS	
2.1 Integrar políticas de transportes e planejamento urbano Ex.: realizar reunião com os setores de transportes e planejamento urbano para pautá-los sobre a importância da atividade física para o setor saúde.	2.1.1 Pautar os setores de transportes e planejamento urbano sobre as ações de atividade física; 2.1.2 Promover espaços de discussão com os setores de transportes e planejamento urbano para conscientização da importância de suas pautas para a área da atividade física na saúde.
2.2 Melhorar os percursos pedonais e ciclovias Ex.: sugerir para os gestores das Unidades Básicas de Saúde que o tema deslocamento ativo seja abordado nas ações de educação em saúde.	2.2.1 Incentivar que as ações de atividade física utilizem educação em saúde para abordar temas como deslocamento ativo.
2.3 Reforçar a segurança rodoviária Ex.: sugerir para os gestores das Unidades Básicas de Saúde que o tema segurança no trânsito seja abordado nas ações de educação em saúde.	2.3.1 Incentivar que as ações de atividade física utilizem educação em saúde para abordar temas como segurança de motoristas, pedestres e ciclistas.
2.4 Melhorar o acesso aos espaços públicos ao ar livre	2.4.1 Incentivar que os profissionais da ação de atividade física utilizem espaços públicos ao ar livre do território para a oferta do serviço; 2.4.2 Garantir o acesso apropriado a espaços públicos ao ar livre do território.

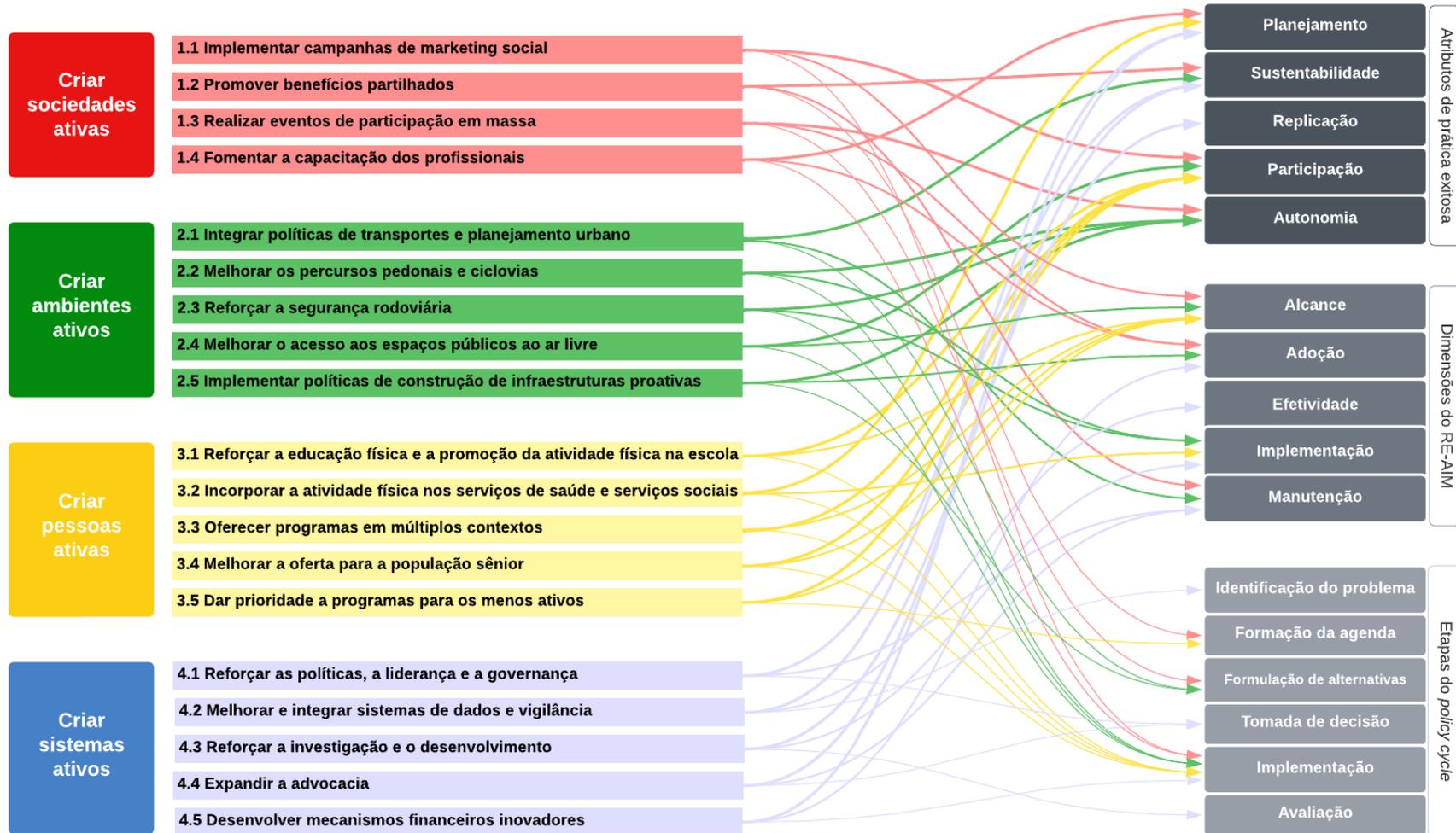
<p>Ex.: realizar mapeamento dos espaços no território adequados para a oferta de atividade física e sugerir para os gestores das Unidades Básicas de Saúde que esses locais sejam aproveitados.</p>	
<p>2.5 Implementar políticas de construção de infraestruturas proativas</p> <p>Ex.: realizar reunião com o planejamento urbano para pautá-los sobre a importância da atividade física para o setor saúde, de modo que isso seja considerado durante a criação dos projetos de estruturas públicas.</p>	<p>2.5.1 Propor espaços para discussão com o setor de infraestrutura para que escolas, estabelecimentos de saúde e outras estruturas públicas sejam projetados de modo que permitam que seus usuários sejam ativos fisicamente nesses espaços.</p>
<p>3. CRIAR PESSOAS ATIVAS</p>	
<p>3.1 Reforçar a educação física e a promoção da atividade física na escola</p> <p>Ex.: reforçar para os profissionais de saúde que a promoção da atividade física no ambiente escolar pode repercutir positivamente no setor saúde</p>	<p>3.1.1 Estimular o envolvimento dos profissionais das ações de atividade física no Programa Saúde na Escola;</p> <p>3.1.2 Estimular que as ações atendam crianças em idade escolar.</p>
<p>3.2 Incorporar a atividade física nos serviços de saúde e serviços sociais</p> <p>Ex.: incluir a atividade física nos documentos oficiais do setor saúde, de modo que a pauta seja incorporada de modo sustentável ao longo dos anos na dinâmica de trabalho.</p>	<p>3.2.1 Divulgar as ações de atividade física nas ações do serviço social;</p> <p>3.2.2 Realizar parcerias das ações de atividade física com ações do serviço social garantindo a referência e contrarreferência;</p> <p>3.2.3 Incluir a oferta da atividade física, por meio das ações, em linhas de cuidado, protocolos, legislações e diretrizes, de modo que esse serviço seja institucionalizado por meio da citação nestes documentos;</p> <p>3.2.4 Incluir a oferta da atividade física, por meio das ações, nos fluxos de trabalho e referência e contrarreferência da APS, de modo que se tornem essenciais para o integral funcionamento do serviço de saúde;</p> <p>3.2.5 Incluir as ações de atividade física nos portfólios, nas carteiras de serviços da APS e nos outros instrumentos de orientação sobre oferta de serviços de saúde.</p>
<p>3.3 Oferecer programas em múltiplos contextos</p> <p>Ex.: certificar-se de que a oferta da atividade física está alcançando a população que mais necessita.</p>	<p>3.3.1 Avaliar os contextos em que as ações de atividade física estão sendo contempladas e verificar a necessidade de inclusão do serviço em outros locais;</p> <p>3.3.2 Analisar as características do público-alvo alcançado pelas ações de atividade física, de modo que os mais diversos contextos sejam contemplados, considerando o princípio da equidade.</p>
<p>3.4 Melhorar a oferta para a população sênior</p> <p>Ex.: certificar-se de que os idosos do território possuem acesso às ações de atividade física ofertadas.</p>	<p>3.4.1 Garantir acessibilidade para idosos nos espaços onde ocorrem as ações de atividade física;</p>
<p>3.5 Dar prioridade a programas para os menos ativos</p>	<p>3.5.1 Incentivar e instrumentalizar os profissionais de saúde a avaliarem o nível de atividade física dos participantes, conforme consta nas Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS;</p>

<p>Ex.: certificar-se de que as pessoas menos ativas do território possuem acesso às ações de atividade física ofertadas.</p>	<p>3.5.2 Priorizar a territorialização, analisando fatores sociais, epidemiológicos e ambientais de modo a identificar as necessidades de alocação prioritária do serviço de atividade física.</p>
<p>4. CRIAR SISTEMAS ATIVOS</p>	
<p>4.1 Reforçar as políticas, a liderança e a governança</p> <p>Ex.: considerar a atividade física como parte do sistema de saúde, incluindo a pauta nas políticas e na governança.</p>	<p>4.1.1 Estimular e oportunizar aos profissionais de educação física a ocuparem espaços de gestão, de forma que contribuam com uma visão técnica da pauta;</p> <p>4.1.2 Fomentar a inclusão das ações de atividade física nos documentos institucionais, como leis, políticas e diretrizes;</p> <p>4.1.3 Pautar as necessidades das ações de atividade física em espaços oficiais que envolvem governança, como reuniões técnicas, audiências, assembleias e sessões.</p>
<p>4.2 Melhorar e integrar sistemas de dados e de vigilância</p> <p>Ex.: considerar as especificidades da atividade física no desenvolvimento de sistemas de informação da saúde.</p>	<p>4.2.1 Desenvolver ferramentas informacionais - ou qualificar as existentes - de modo que contemplem a sistematização de informações referentes às ações de atividade física, conforme indicado nas Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS;</p> <p>4.2.2 Considerar a tecnologia como potencializadora na coleta de informações sobre as ações de atividade física e seus usuários por meio da utilização de <i>tablets</i> e de <i>smartphones</i>, por exemplo.</p>
<p>4.3 Reforçar a investigação e o desenvolvimento</p> <p>Ex.: apoiar e financiar pesquisas sobre atividade física.</p>	<p>4.3.1 Estimular o desenvolvimento de estudos de identificação de ações exitosas de atividade física;</p> <p>4.3.2 Desburocratizar a autorização para coleta de dados de estudos que investiguem aspectos organizacionais das ações de atividade física;</p> <p>4.3.3 Contribuir institucionalmente com o desenvolvimento de estudos que busquem testar a implementação de estratégias para que as ações de atividade física se tornem exitosas;</p> <p>4.3.4 Incluir informações sobre as ações de atividade física nos inquéritos e pesquisas de saúde.</p>
<p>4.4 Expandir a advocacia</p> <p>Ex.: incluir a pauta da atividade em reuniões com outros gestores públicos, como prefeito, vereadores e deputados.</p>	<p>4.4.1 Utilizar documentos oficiais existentes (tais como: Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS, Guia de Atividade Física para a População Brasileira e Política Nacional de Promoção da Saúde) como subsídio para angariar recursos financeiros e espaços na gestão a fim de garantir e qualificar as ações de atividade física;</p> <p>4.4.2 Articular com representantes do poder legislativo para garantir a inclusão das ações de atividade física em proposições de legislações referentes à APS;</p> <p>4.4.3 Pleitear junto à parlamentares representantes da região recursos para construção de espaços físicos onde podem ser realizadas ações de atividade física;</p> <p>4.4.4 Buscar apoio junto ao poder legislativo e judiciário para que os recursos financeiros alocados para as ações de atividade física oferecidas na APS do SUS sejam reconhecidos como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS);</p> <p>4.4.5 Aproximar pesquisadores e poder legislativo para que achados científicos sobre ações de atividade física sejam discutidos a fim de garantir políticas públicas informadas por evidências;</p>

	4.4.6 Garantir espaço próprio para a atividade física nos setores de gestão pública, de modo que a pauta tenha autonomia na representatividade, no corpo técnico, na tomada de decisão e no pleito de orçamento.
<p>4.5 Desenvolver mecanismos financeiros inovadores</p> <p>Ex.: buscar portarias do Ministério da Saúde e editais de outras instituições que ofereçam repasse financeiro que possa ser utilizado para promoção da atividade física.</p>	<p>4.5.1 Considerar as ações de atividade física como componente do financiamento da Atenção Primária à Saúde;</p> <p>4.5.2 Buscar parcerias público-privadas para a disponibilização de espaços físicos para realização das ações de atividade física;</p> <p>4.5.3 Instituir financiamento para a manutenção das ações de atividade física proveniente do Mínimo Constitucional de modo que se garanta a manutenção dos recursos ao longo das trocas de gestão;</p> <p>4.5.4 Buscar recursos financeiro proveniente de editais, iniciativas e prêmios promovidos pelo terceiro setor, setor público ou iniciativa privada;</p> <p>4.5.5 Buscar financiamento proveniente de programas de organismos internacionais, como Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).</p>

Por fim, apresenta-se a relação das ações estratégicas aqui propostas, organizadas de acordo com o Plano de Ação Global sobre Atividade Física da OMS, com as bases teóricas utilizadas no desenvolvimento do presente estudo (Figura 15). Acredita-se que a realização das ações estratégicas propostas incidirá nos atributos do conceito de prática exitosa de atividade física, nas dimensões do RE-AIM e nas etapas do *policy cycle*.

Figura 15 - Relação entre as ações estratégicas para potencializar as ações de atividade física da APS do SUS e os atributos das práticas exitosas de atividade física, as dimensões do RE-AIM e as etapas do policy cycle.



[Clique aqui](#) para ver a figura em alta resolução.

Em síntese, os resultados do presente estudo apontaram as características das ações de atividade física, com destaque para: ter vínculo com Unidades Básicas de Saúde; possuir Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) vinculado; ser coordenado por profissionais de educação física; ter objetivo definido; existir há 1 a 4 anos; ocorrer em polo do Programa Academia da Saúde; utilizar algum tipo de ferramenta para avaliar os participantes; atender predominantemente adultos; contar com apenas um profissional atuando; possuir profissionais com vínculo efetivo de contratação; receber apoio da gestão; e não passar por mudanças na gestão municipal no decorrer da ação. Com relação à avaliação das ações de atividade física, 85 foram consideradas exitosas. Também, foi verificada associação entre os *clusters* de características socioeconômicas e de gestão dos municípios e a classificação da ação de atividade física em exitosas ou não. Na análise de como os gestores municipais atuavam com relação à ação de atividade física, concluiu-se que seus discursos foram superficiais com relação às fases de *identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, e tomada de decisão*. Ou seja, parecem atuar mais efetivamente na *implementação e avaliação*. Por fim, foram propostas 53 ações para instrumentalizar *policy makers* para que potencializem as ações de atividade física na APS do SUS.

7 DISCUSSÃO

A discussão será apresentada de acordo com tópicos que foram criados a partir dos objetivos do presente estudo.

7.1 CENÁRIO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS

Essa seção refere-se à discussão dos resultados provenientes dos seguintes objetivos específicos: a) descrever as ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde; d) descrever as ações exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

7.1.1 Locais das ações de atividade física

As ações de atividade física participantes da pesquisa SAFE, quando analisadas de forma geral (n=1.645) e no grupo das consideradas exitosas (n=85), tiveram características semelhantes. Em ambos os grupos, havia ações em todas as regiões do Brasil, com maior número na região Sudeste e menor, na Norte.

Com relação ao local das ações, no grupo geral, a maior parte ocorria nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, no grupo de exitosas, em polos do Programa Academia da Saúde (PAS). O fato de ocorrer em um contexto de programa, onde se encontra uma sistematização de recursos humanos, espaço físico, diretrizes e financiamento (BRASIL, 2018) pode contribuir para que as ações se tornem exitosas. De todo modo, os espaços das UBSs são fundamentais para o acesso à atividade física. Esses estabelecimentos consistem na porta de entrada da APS e são essenciais para a oferta do serviço por profissionais de educação física (SOUZA NETO et al., 2020; SILVA, 2018). Também, são importantes ambientes para o aconselhamento desse tema por outros profissionais das eSF, do NASF e de outras equipes multiprofissionais (SOUZA NETO et al., 2020; SILVA, 2018).

Os espaços comunitários também foram bastante mencionados como locais onde ocorriam as ações de atividade física. Isso reflete a existência de capital social que diz respeito a um conjunto de elementos, dentre eles, redes de associações que facilitam a coordenação e cooperação de ações coletivas para o alcance de benefícios mútuos (PUTNAM, 1993; SECCHI, 2013). Assim, na área da saúde, o capital social impacta positivamente e deve ser estimulado, não somente pelo fato de reduzir a exclusão social, mas também por estimular a participação da comunidade na formulação

e no acompanhamento de políticas públicas (BASTOS et al., 2009; SILVA et al., 2020). Dessa forma, percebe-se que as ações de atividade física estão alinhadas com aspectos desse importante elemento no desenvolvimento de políticas públicas que está relacionado ao princípio da participação social⁵ preconizado pela PNPS (BRASIL, 2014).

7.1.2 Profissionais envolvidos nas ações de atividade física

Em ambas as análises, a maior parte dos profissionais estavam vinculados ao NASF e eram PEF. O fato de a maior parte dos profissionais que conduziam as ações serem PEF era algo esperado por terem a formação específica para ofertar atividade física, apesar da pouca abordagem dos temas saúde coletiva e saúde pública nos currículos de graduação dos cursos de educação física (SILVA et al., 2021c; BARBONI et al., 2021). Cabe destacar que a atuação do PEF não deve ser restrita aos grupos, modelo predominante das ações participantes do presente estudo. É necessário que busquem estratégias complementares de modo que toda a comunidade seja alcançada com iniciativas de promoção da atividade física (LOCH et al.; 2019).

Ao longo dos anos, foi crescente o número de PEF no SUS por conta das políticas públicas que incluíram a atividade física em seu escopo (SILVA, 2018). Destaca-se a importância do NASF nesse processo por ser o primeiro marco legal a incluir essa categoria profissional no SUS. Apesar disso, a presença de PEF é menor do que outras categorias profissionais que também compõe as equipes. Exemplificando, em maio de 2022, havia 7.973 PEF cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) comparado com 39.083 assistentes sociais, 38.441 nutricionistas e 25.469 fonoaudiólogos (BRASIL, 2022d). Em 2019 foi instituído um novo modelo de financiamento da APS – o Programa Previne Brasil, pelo qual o NASF deixou de ser financiado diretamente, como ocorria desde a sua criação (BRASIL, 2019b; HARZHEIM et al.; 2020b). Isso gerou preocupação de diversos *stakeholders* da pauta do SUS que interpretaram o novo financiamento como um retrocesso (MASSUDA, 2020; ABRASCO et al., 2019). Esse ponto de vista foi refutado por idealizadores da proposta e de forma institucional pelo Ministério da Saúde (HARZHEIM, 2020c; BRASIL, 2020c). De todo modo, essas mudanças não impactaram no número de PEF vinculados à APS (BRASIL, 2022d). Mas ainda não se tem evidências sobre o impacto do Programa Previne Brasil na dinâmica e na efetividade da atuação desses profissionais.

⁵ As intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações (BRASIL, 2014).

Outro ponto importante relacionado à atuação do PEF nas ações de atividade física da APS foi a publicação, em 2022, do Incentivo Financeiro Federal de Custeio para Ações de Atividade Física (IAF) (BRASIL, 2022a). O IAF é destinado a estabelecimentos da APS para contratação de profissionais de educação física na saúde, aquisição de materiais de consumo e qualificação de ambientes relacionados à atividade física. Ainda, o valor é acrescido se houver PEF vinculado ao estabelecimento, o que estimula a inserção desses profissionais no serviço da APS. O recurso, que em 2022 será de aproximadamente R\$ 100 milhões, será repassado Fundo a Fundo aos municípios e é proveniente do Plano Orçamentário Incentivo para Ações Estratégicas, que faz parte do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2022a). Apesar de não ser uma política pública estruturante, por ser instituída por meio de Portaria - que pode ser revogada a qualquer momento - e por não garantir manutenção orçamentária para os anos subsequentes, o IAF constitui-se um marco importantíssimo por ser a primeira política pública que trata especificamente da promoção do serviço da atividade física no SUS.

Ainda que a maioria dos profissionais sejam PEF, conforme apontado anteriormente, os enfermeiros apareceram em proporção importante nas ações de atividade física. Excetuando-se os PEF, enfermeiros e médicos são os profissionais que mais aconselham atividade física na APS (SOUZA NETO et al., 2020a; MORAES et al., 2019). Além disso, a formação dos enfermeiros parece abordar de forma consistente aspectos relacionados à promoção da saúde e à APS (FELIX et al., 2019). Assim, o tema da atividade física deve ser inserido na formação desses profissionais, de modo que sua atuação por meio do aconselhamento seja qualificada.

Apesar de os PEF estarem consistentemente inseridos nessas ações de atividade física, cabe destacar a necessidade de investir em capacitação e na formação inicial desses profissionais com relação ao SUS (SILVA et al., 2021c; BARBONI et al., 2021). Investir na formação profissional com ênfase nas especificidades da APS no SUS é uma das recomendações apontadas para fortalecer esse nível de atenção à saúde (TASCA et al., 2020). Além disso, a inclusão da atividade física na formação de outros profissionais da área da saúde, também é importante. Profissionais da APS do SUS parecem ter pouco conhecimento sobre aspectos básicos da atividade física (ALVES et al., 2022). Uma alternativa para minimizar essa formação deficitária em todas as áreas da saúde é o investimento dos *policy makers* em educação permanente, visando a melhoria da qualidade da gestão e da atenção (FERREIRA et al., 2019b; MANTA et al.; 2020b).

Ainda, com relação aos profissionais envolvidos no desenvolvimento das ações, a maior parte, para ambos os grupos analisados, possuía pós-graduação. Apesar de não ser requisito para uma boa atuação profissional no SUS, a pós-graduação contribui para aquisição de competências que parecem refletir na atuação profissional (NUTO et al.; 2021). Além disso, aspectos

relacionados à formação e à qualificação dos profissionais de saúde estão associados à qualidade dos serviços ofertados na APS (OLIVEIRA et al., 2016).

7.1.3 Organização das ações de atividade física

A prevalência de ações que possuíam objetivos definidos foi superior à 90% tanto para análise do grupo geral, quanto para as exitosas. A clareza do objetivo da ação é essencial para possibilitar a avaliação de outros aspectos, como, por exemplo, a efetividade (GLASGOW et al., 2002; GLASGOW et al., 2019). Reconhece-se, portanto, que as ações de atividade física da APS têm sido planejadas de modo organizado.

Para ambos os grupos – análise geral e exitosas - grande parte das ações ocorrem há mais de um ano. A sustentabilidade de intervenções comunitárias é essencial para obtenção de impactos positivos para a gestão e para os participantes (GLASGOW et al., 2002; GLASGOW et al., 2019). Silva et al. (2021b) analisaram as avaliações de programas comunitários de atividade física no Brasil e verificaram quais são fatores favoráveis para a sustentabilidade dessas ações: programa como espaço de formação multiprofissional; articulação intra e intersectorial; fortalecimento da participação social na gestão; reconhecimento nacional e internacional; cofinanciamento estadual e federal; comprometimento do setor público; alocação de recursos; gerenciamento e estrutura do programa; qualidade da equipe; e, reconhecimento da atividade física como prioridade de saúde pelo Ministério da Saúde. Como fatores desfavoráveis, foram apontados: falta de pessoal, de financiamento e redução dos investimentos (SILVA et al., 2021b).

Com relação à divulgação, para ambas as análises, as principais estratégias utilizadas foram as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, o boca a boca e as reuniões na unidade de saúde. A divulgação é uma estratégia importante para o acesso ao serviço de atividade física, já que a população brasileira pouco conhece sobre a oferta desse serviço pelo SUS, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (FERREIRA et al., 2019a). Para o fortalecimento da APS do SUS, é recomendado que se facilite o acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde com uso de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação (TASCA et al., 2020). Também, divulgar as ações realizadas é uma das oito estratégias recomendadas para potencializar o êxito de ações de atividade física na APS do SUS (BRASIL, 2021c).

Com relação ao formato, para ambos os grupos, a maior parte das ações ocorria em sessões de grupos. Esse tipo de ação é chamado por Benedetti et al. (2012) de “programas tradicionais de atividade física”. Os autores apontam que esse tipo de intervenção tem potencial de auxiliar no

cumprimento das recomendações da atividade física por, geralmente, serem oferecidos duas ou três vezes na semana e terem duração de 60 minutos cada (BENEDETTI et al., 2012; BENEDETTI et al., 2020b). Apesar disso, a oferta de atividade física na APS não deve ser restrita a grupos (LOCH et al.; 2019). Mesmo sendo importante, esse formato tem um alcance limitado à população e pode ser caro devido à necessidade de espaço físico e equipamentos (BENEDETTI et al., 2020b). Dessa forma, apesar de importante, é necessário idealizar estratégias complementares para promoção da atividade física de forma plena na APS. O aconselhamento é uma estratégia alternativa considerada eficaz para promover atividade física nos territórios (MILTON et al.; 2021). Outro tipo de estratégia apontada como promissora é a utilização de tecnologias digitais, principalmente após a pandemia por COVID-19 (BUDD et al.; 2020). A iniciativa *Brasil em Movimento*, anunciada pelo Ministério da Saúde, parece ser uma estratégia que corroborará essa perspectiva ao envolver a utilização de um aplicativo de celular para organizar a oferta de ações de atividade física na APS com o intuito de aproximar profissionais, espaços e usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; HARZHEIM, 2020a; BRASIL, 2020a).

A avaliação dos participantes, como parte essencial no desenvolvimento de políticas públicas e da avaliação de intervenções na saúde pública (SECCHI, 2013; GLASGOW et al., 2002), foi bastante relatada na análise geral das ações e em 100% das exitosas. Avaliar os participantes é importante para monitorar o estado de saúde e adequar a prática às suas necessidades (BRASIL, 2021c). É importante destacar que essa informação é referente à “avaliação em nível individual” conforme descrito por Glasgow et al. (2002). Ou seja, a avaliação que pode ter diferentes desfechos oriundos dos participantes da ação. Medidas do nível de atividade física, da qualidade de vida e do impacto sob doenças crônicas são exemplos que podem ser adotados (GLASGOW et al., 2002). Silva et al. (2021b), verificaram, em revisão de escopo, que a maior parte dos programas comunitários de atividade física no Brasil realizaram “avaliação de resultado” conforme denominado pelos autores. Ou seja, as ações de atividade física na APS do SUS investigada no presente estudo parecem estarem organizadas da mesma maneira que esses programas, com relação ao aspecto avaliação individual. Ainda, cabe ressaltar que a avaliação dos participantes é uma das recomendações para a implementação de práticas exitosas de atividade física na APS do SUS (BRASIL, 2021c).

Ao analisar quais ferramentas foram utilizadas para avaliar os participantes, percebe-se uma incongruência quando se analisa as ações de forma geral e quando se observa somente as exitosas. Para todas as ações, a observação do profissional e o autorrelato dos participantes foram prevalentes. Para as exitosas, as estratégias de avaliação parecem ser mais robustas, por meio de testes físicos, questionários e entrevistas. O Ministério da Saúde recomenda que a avaliação dos

participantes de práticas de atividade física na APS ocorra por meio de testes físicos, avaliação antropométrica, questionários ou entrevistas. Utilizar esses instrumentos permitirá monitorar se a prática atende ao que se propõe e se é efetiva em melhorar ou manter a saúde dos participantes (BRASIL, 2021c).

7.1.4 Público-alvo das ações de atividade física

Em análise geral, a maior parte não desenvolvia a ação de atividade física para um público específico, enquanto para as exitosas, diversos públicos foram apontados e nenhuma ação ocorria de forma generalista. Em outros países, intervenções comunitárias de atividade física que foram avaliadas por meio de ensaios clínicos randomizados, em sua maioria, eram direcionadas para mulheres e pessoas inativas fisicamente (GUERRA et al., 2020b). Diretrizes da OMS, do Ministério da Saúde e estudos de planejamento em saúde recomendam que ações assistenciais comunitárias sejam organizadas para públicos específicos (BRASIL, 2021c; BENEDETTI et al., 2020a; SHELTON et al., 2020; OMS, 2018). Nessa perspectiva, a oferta de ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população é uma recomendação para o fortalecimento da APS no Brasil (TASCA et al., 2020). Além disso, ofertar essas ações de forma rotineira e equitativa ao longo do tempo em diversos ambientes e populações é um caminho para diminuir as iniquidades em saúde (SHELTON et al., 2020). Tendo em vista que no Brasil a não realização de atividades físicas é associada a fatores sociais (MANTA et al., 2020c), acredita-se que priorizar ações para aqueles que mais precisam - considerando os princípios do SUS - pode evitar o aumento das desigualdades (CROCHEMORE-SILVA et al., 2020).

As faixas etárias mais atendidas pelas ações analisadas no presente estudo são adultos e idosos, respectivamente, tanto para a análise realizada com todas as ações, quanto somente para as exitosas. O fato de a população adulta buscar de maneira mais frequente estabelecimentos de saúde como as UBS, pode explicar a maior procura desse público (BECKER et al., 2016). Porém, é importante garantir a oferta dos serviços da APS em horários ampliados para aumentar o acesso, especialmente aos trabalhadores (HARZHEIM et al.; 2020d). Ainda, cabe destacar a necessidade de oportunizar atividade física a outras faixas etárias. A inclusão de crianças e adolescentes nos serviços da APS é uma forma de minimizar o alarmante cenário de inatividade física nessas faixas etárias (GUTHOLD et al., 2020). Abordar a atividade física de forma intersetorial entre as áreas da saúde e da educação, é fundamental e o Programa Saúde na Escola é um exemplo bem-sucedido (BRASIL, 2007, OMS, 2018; BRASIL, 2021d; BRASIL, 2022e). Fortalecer o PSE é essencial para além do aumento das prevalências de atividade física, já que o desenvolvimento de políticas

públicas de atividade física para esse público promove aspectos importantes para a saúde física, cognitiva e social (BANDEIRA et al.; 2022).

7.1.5 Apoio da gestão no desenvolvimento das ações de atividade física

O apoio da gestão municipal foi relatado pela maioria dos profissionais que atuam nas ações de atividade física na análise geral e em todas as ações na análise das exitosas. A forma de apoio mais prevalente foi por meio de recursos humanos, materiais e físicos para ambos os grupos. Entende-se que as formas de apoio relatadas são inerentes ao funcionamento das ações. Ou seja, já eram esperadas, uma vez que as ações somente existem por conta do investimento, mesmo que mínimo, em recursos humanos, materiais e físicos, por exemplo. De todo modo, a falta de apoio político é considerado um desafio importante para a implementação e manutenção de intervenções de atividade física (REIS et al., 2016). De encontro ao presente estudo, a falta de incentivo da chefia, a falta de recursos humanos, a falta de condições materiais, instalações e equipamentos foram barreiras consideradas por profissionais de saúde para o funcionamento do Programa Academia da Saúde (PAIVA NETO et al., 2019). Dessa forma, é importante ressaltar que a própria participação dos profissionais na pesquisa SAFE pode ser um fator de apoio da gestão. Essa pode ser uma possibilidade que explica a diferença entre os resultados do presente estudo e os encontrados na literatura.

É importante ressaltar que para a maioria - tanto para a análise realizada de forma geral, quanto para as exitosas - não houve mudanças de gestão municipal, como a troca de prefeitos, no decorrer da ação. Cabe a reflexão se isso é resultado da descontinuidade de ações em que a gestão municipal sofreu mudanças e por isso, os responsáveis não participaram do presente estudo. Também é importante considerar que a maioria das ações não ocorria há mais de 4 anos e que, os cargos de gestão do SUS sofrem muita rotatividade. De todo modo, cabe compreender a relação entre reeleição e aspectos que podem ser provenientes das ações de atividade física. Um estudo apontou que a possibilidade de reeleição não influencia os prefeitos a adotarem boas práticas de governança, porém, prefeitos que adotam boas práticas de governança tendem a serem reeleitos (RODRIGUES; RODRIGUES, 2020). Ainda, prefeitos que recebem mais recursos do governo federal apresentaram maiores chances de reeleição (PASSOS, 2019). Supõe-se, portanto, que a continuidade da gestão ao longo da ação de atividade física pode ser benéfica para sua manutenção e que, a boa gestão dessas ações pode contribuir para a manutenção da gestão nos municípios. Isso pode gerar benefícios para a sociedade como um todo.

7.2 CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS E ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DE GESTÃO DOS MUNICÍPIOS

Essa seção refere-se à discussão dos resultados provenientes dos seguintes objetivos específicos: b) classificar as ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde; c) associar a classificação das ações as ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde com variáveis socioeconômicas e de gestão dos municípios.

Por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI), foi identificado o melhor modelo para determinação de uma ação exitosa de atividade física. Onze questões do questionário da pesquisa SAFE foram elencadas como discriminatórias de uma prática exitosa ou não exitosa. Com base nelas, foram elaboradas as Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS do SUS (BRASIL, 2021c), publicado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O documento é composto por: 1) apresentação do conceito de atividade física exitosa, conforme Benedetti et al. (2020a); 2) apresentação de questões provenientes do questionário da pesquisa SAFE, como forma de auxiliar os profissionais a avaliarem se sua ação de atividade física é uma prática exitosa; 3) apresentação das estratégias que devem ser implementadas pelos profissionais para o desenvolvimento de práticas exitosas de atividade física.

Após o processo de classificação das ações em exitosas e não exitosas, foi verificado que 5,2% (n=85) delas eram consideradas exitosas. No presente estudo, para melhor compreender o êxito das ações de atividade física, analisou-se de maneira agrupada as seguintes características de gestão em saúde e socioeconômicas dos municípios em que ocorriam essas ações: percentual de cobertura de equipe de saúde da família (eSF), índice de profissional de educação física (PEF), índice de internações por causas sensíveis à APS modificáveis por meio da atividade física (ICSAP) e índice FIRJAM de desenvolvimento municipal (IFDM). Por fim, houve associação entre os clusters formados a partir dessas características e a classificação da ação de atividade física em exitosa ou não.

O percentual de cobertura de eSF reflete o acesso da população aos serviços da APS (BRASIL, 2017a). Observa-se que maiores coberturas de eSF são encontradas em municípios rurais e de menor porte, onde são encontradas dificuldades de acesso aos serviços de saúde mais complexos e os serviços privados são escassos, sendo a APS responsável pela atenção à saúde (GIOVANELLA et al., 2021).

O índice de PEF reflete o acesso da população a esses profissionais. A presença de PEF no SUS parece ter distribuição desigual nas regiões e estados do Brasil (SILVA, 2018). Para diminuir as desigualdades, bem como, ampliar a presença desses profissionais, é necessário mais financiamento para o serviço de atividade física no SUS (SILVA, 2018). Cabe ressaltar que o cenário apresentado no presente estudo tende a ser alterado com a publicação da Portaria nº 1.105, que institui o IAF, e assim, passa a financiar estabelecimentos de saúde especificamente para que sejam realizadas ações de atividade física, incluindo a contratação de PEF (BRASIL, 2022a).

O índice de ICSAP reflete a resolutividade da APS e o desempenho dos municípios por meio de iniciativas que buscam promover saúde, prevenir ou controlar essas condicionalidades que são sensíveis à APS (BRASIL, 2008b; ALFRADIQUE et al., 2009). Municípios com menor nível de qualidade na APS têm mais ICSAP do que municípios mais bem avaliados (CASTRO et al., 2020). Um fator que parece estar relacionado o índice de ICSAP são as receitas totais e as despesas com saúde dos orçamentos públicos (ARRUDA et al., 2020). Foi observado que os municípios com mais dependência de outros recursos apresentaram maiores taxas de internação (ARRUDA et al., 2020).

O IFDM reflete o desenvolvimento socioeconômico municipal e foi considerado, para o presente estudo, relacionada com o princípio de equidade do SUS. Municípios com IFDM moderado a alto corresponderam a 72% de adesão ao PAS (TUSSET et al., 2020b). Assim, a adesão ao PAS está relacionada ao desenvolvimento socioeconômico dos municípios, comprovadamente um fator de iniquidade (TUSSET et al., 2020b).

Com relação à distribuição das ações de atividade física conforme análise de agrupamento, foi verificado que a maior parte das não exitosas (n=993; 60,4%) e das exitosas (n=62; 72,9%) se enquadrava no cluster de “municípios menos desenvolvidos”. Esse cluster apresentou cobertura de eSF acima da média e índice PEF, índice de ICSAP e IFDM abaixo da média. Dessa forma, observa-se que a combinação dos seguintes fatores está associada à maior prevalência de ações exitosas de atividade física: ter um acesso melhor à APS; ter menor acesso à PEF; ter pior resolutividade da APS e menos recursos para a saúde; e, menor desenvolvimento socioeconômico. Cabe ressaltar, que diferente do PAS, conforme apontado por Tusset et al. (2020b), as ações de atividade física (sejam exitosas ou não) funcionam em municípios com características socioeconômicas e de saúde desfavoráveis. Isso pode ser positivo, pois a oferta das ações nesse contexto pode contribuir para diminuição da iniquidade em saúde já que municípios mais vulneráveis parecem ser mais contemplados e, dessa forma, pessoas mais expostas a fatores de risco à saúde são alcançadas.

O cluster de ações que ocorriam em “municípios intermediários” foi o segundo em proporção de ações consideradas não exitosas (n=560; 34,0%) e das consideradas exitosas (n=17; 20%). Esse cluster apresentou cobertura de eSF, índice de PEF e índice de ICSAP abaixo da média e IFDM acima da média. Assim, as combinações das seguintes características dos municípios estão associadas à prevalência intermediária de ações exitosas de atividade física: ter pior acesso à APS; ter menor acesso à PEF; ter melhor resolutividade da APS e mais recursos para a saúde; e, maior desenvolvimento socioeconômico. Essas características parecem se assemelham à classificação de “municípios intermediários” do IBGE, que considera o tamanho da população e o grau de urbanização para determinar a tipologia (BRASIL, 2017d). Municípios classificados dessa forma mesclam características de municípios rurais e de urbanos. Corroborando o presente estudo, os indicadores de saúde nesses locais, parecem seguir o mesmo padrão, representados por valores intermediários entre os municípios menores e maiores (OLIVEIRA et al., 2022).

O cluster com menos ações de atividade física consideradas não exitosas (n=92; 5,6%) e exitosas (n=6; 7,1%), foi o de “municípios mais desenvolvidos”. Esse cluster apresentou cobertura de eSF e IFDM abaixo da média e índice de PEF e índice de ICSAP acima da média. Ou seja, a combinação dos seguintes fatores está associada à menor prevalência de ações exitosas de atividade física: ter pior acesso à APS; ter maior acesso à PEF; ter melhor resolutividade da APS e mais recursos para a saúde; e, maior desenvolvimento socioeconômico. Pelas características, possivelmente esses municípios são urbanos, onde conhecidamente o acesso à APS precisa ser mais desenvolvido (GIOVANELLA et al., 2021). Programas comunitários de atividade física em grandes centros urbanos são bem documentados (SILVA et al., 2021b). Apesar da importância do incentivo de ações de atividade física em municípios com essas características, cabe destacar que nos anos 2000 o Ministério da Saúde disponibilizou recursos financeiros específicos para capitais brasileiras e isso pode ter repercutido no histórico das ações de atividade física consideradas bem-sucedidas (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2013c). Também, municípios maiores possuem uma rede de apoio importante na oferta da atividade física por meio de iniciativas como “ruas de lazer”, ações das secretarias de esporte ou turismo, grandes eventos promovidos pelas prefeituras, locais como universidades, instituições do sistema S e parques, praças ou calçadões. Essas oportunidades são escassas em municípios menores e são recomendadas pelo Ministério da Saúde para promover atividade física para a população brasileira, podendo complementar o serviço oferecido pela APS (UMPIERRE et al., 2022).

Por fim, foi demonstrado que o fato de uma ação de atividade física ser ou não exitosa está associada a características socioeconômicas e de gestão municipal. Verificou-se que municípios com um acesso melhor à APS; menor acesso à PEF; pior resolutividade da APS e menos recursos

para a saúde; e, menor desenvolvimento socioeconômico concentram a maior parte das ações de atividade física na APS. Identificar grupos que necessitam de mais atenção para potencialização das ações de atividade física na APS do SUS pode contribuir para reduzir a iniquidade em saúde, também em uma perspectiva organizacional.

7.3 ATUAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EXITOSAS DE ATIVIDADE FÍSICA NA APS DO SUS

Essa seção refere-se à discussão dos resultados provenientes do seguinte objetivo específico: e) verificar a conduta da gestão municipal em saúde na implementação de ações exitosas de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

Para o presente estudo, foram analisadas entrevistas realizadas com gestores municipais de saúde para melhor compreensão de como a gestão apoia a implementação de ações exitosas de atividade física. Atualmente, o RE-AIM recomenda que para uma avaliação completa de iniciativas, é necessário expandir o uso de métodos qualitativos para entender “como” e “por que” os resultados surgiram (GLASGOW et al., 2019).

Foi percebido que nas fases de elaboração de políticas públicas referente à *identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas e tomada de decisão* houve superficialidade no discurso dos gestores de saúde, não ficando claro de que forma a gestão atua nesses momentos quando elabora uma política pública que envolve atividade física. Já nas etapas de *implementação e avaliação* foram percebidos elementos que possibilitaram compreender a conduta utilizada pela gestão municipal.

A etapa de *identificação do problema* vai ao encontro do processo de territorialização, que garante atingir os princípios do SUS (FARIA, 2020). No contexto da atividade física, as especificidades territoriais, inerentes para identificação do problema, precisam ser incorporadas no processo de gestão e de trabalho. É necessário identificar aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, políticos, geográficos, ambientais e sanitários que possam se configurar como fatores favoráveis ou desfavoráveis para a oferta e prática de atividade física.

Na etapa de *formação da agenda*, os temas referentes aos problemas identificados devem ser sistematizados em forma de programas de governo, planejamento orçamentário ou pautas de reuniões de gestão, por exemplo (SECCHI, 2013). Guerra et al. (2021b) consideraram insuficientes as menções relativas à atividade física nas propostas de governo presidenciais de 2018 e verificaram que apenas dois candidatos incluíram esse tema em uma perspectiva comunitária. Em nível municipal, recomenda-se maior reconhecimento por parte dos *policymakers* acerca da

temática da atividade física (BRASIL, 2021d). Especificamente no contexto do SUS, é necessário que as ações que permitem o serviço de atividade física na APS sejam incorporadas nos planos municipais de saúde, planos orçamentários, processos organizativos, protocolos, diretrizes, linhas de cuidado e demais instrumentos de gestão.

A partir da *formação da agenda*, são necessários esforços para elencar soluções para os problemas ou pautas por meio da etapa de *formulação de alternativas* (SECCHI, 2013). Ao analisar as alternativas elencadas por governos locais (como de estados ou municípios – a depender da organização do sistema político do país) de diversos países para promover atividade física, observou-se que planos e programas foram os mais encontrados (RACINE et al., 2020). No contexto do SUS, deve-se considerar múltiplas estratégias baseadas na territorialização de modo que sejam elencadas alternativas para a *tomada de decisão*. Documentos como o Plano de Ação Global para Atividade Física 2018-2030 (OMS, 2018) e as Recomendações para Gestores e Profissionais sobre o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (BRASIL, 2021d) podem orientar sobre as possibilidades mais efetivas que devem ser consideradas pelos gestores locais. De todo modo, em uma perspectiva macro, no Brasil - onde o acesso à atividade física é insuficiente e desigual - cabe especial atenção para intervenções comunitárias que podem servir como porta de entrada da APS (FERREIRA et al., 2019a; MANTA et al, 2020c).

No presente estudo, apesar de pouco aprofundamento, na fase da *tomada de decisão* os gestores citaram critérios como diminuição dos custos em saúde e melhora da qualidade de vida e bem-estar da população. Pesquisadores importantes da área da atividade física e saúde apontaram que utilizar argumentos do contexto econômico ajuda a estimular esforços políticos, subsidiando a tomada de decisões para priorização da alocação de fundos para desenvolver e implementar intervenções para reduzir a inatividade física na população (PRATT et al., 2014; DING et al., 2017). Isso parece ter funcionado com os gestores de saúde de municípios com práticas exitosas. Porém, a visão dos gestores do presente estudo não é restrita ao contexto econômico. Ao relatarem em considerar o bem-estar da população como fator determinante para tomada de decisão, os gestores vão além dos benefícios públicos da promoção da atividade física e parecem considerar as razões pelas quais as pessoas devem ser ativas, o que é abordado pela Teoria Unificada da Atividade Física, criada por Matias & Piggitt (2022). Percebe-se, portanto, alinhamento dos gestores com as linhas teóricas de pesquisadores contemporâneos da área.

Os subsídios utilizados para a tomada de decisão também é um ponto importante. No presente estudo, não foi possível extrair elementos referentes às fontes de informações utilizadas pelos gestores para embasar suas decisões. Porém, a demanda espontânea parece ser o principal impulsionador para tomada de decisão de gestores de saúde do SUS em pequenos municípios, enquanto,

naqueles de maior porte, o parecer do corpo técnico passa a ser mais considerado (ARCARI et al., 2020). Especificamente com relação à atividade física, a tomada de decisões baseada em evidências apresentou-se incipiente por secretários municipais de saúde (BECKER et al., 2018). O que é corroborado por Brownson et al. (2014) que apontaram que tomar decisões com base em evidências ocorre predominantemente em países de alta renda. Dessa forma, cabe reflexão sobre a necessidade de instrumentalizar os gestores de saúde para que essa etapa da elaboração de políticas públicas seja qualificada.

A partir das próximas etapas do *policy cycle - implementação e avaliação* - os discursos dos gestores entrevistados no presente estudo ficaram mais consistentes. Dessa forma, cabe refletir que as políticas públicas municipais de atividade física na APS investigadas parecem que são idealizadas pelos profissionais do serviço e que começam a serem apoiadas pela gestão durante a sua implementação. Além disso, cabe ressaltar que há grande rotatividade em cargos de gestão em saúde no SUS, o que fragiliza a rede de atenção à saúde (FINGER et al., 2020). Essa troca constante dos gestores, pôde contribuir para a limitação do discurso dos participantes do presente estudo, uma vez que, em alguns casos pode ser que outros gestores tenham participado do planejamento das etapas anteriores do *policy cycle (identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, e tomada de decisão)*.

Estudo realizado com secretários municipais de saúde do Paraná verificou que entre as etapas mais relatadas para implementação de programas de promoção da atividade física estavam “avaliar o programa” (corresponde à *avaliação* no presente estudo) e “identificar o problema” (corresponde à *identificação do problema* no presente estudo) (BECKER et al., 2018). E estavam entre as etapas com menos relatos “desenvolver e priorizar ações” (corresponde à *formação da agenda e implementação* no presente estudo) (BECKER et al., 2018). Apesar de algumas divergências com o presente estudo, nenhum dos participantes da pesquisa do Paraná relatou utilizar todas as etapas. Isso demonstra, assim como no presente estudo, a fragilidade no planejamento integral de políticas públicas de atividade física no SUS por gestores municipais de saúde.

Os discursos dos gestores referentes à *implementação* apresentaram diversos elementos que indicavam apoio às ações de atividade física, como a realização de parceria com setores da iniciativa privada, do terceiro setor ou inter e intrasetoriais. Esse tipo de parcerias é importante e altamente recomendado como forma de potencializar a oferta de atividade física em níveis populacionais (PIRES; ROGER-SILVA, 2021; HALLAL; PRATT, 2020; OMS, 2018).

Outro ponto mencionado na *implementação* foi o apoio financeiro que o município dá para as ações, com ênfase na falta de repasse de recursos das gestões estadual e federal. Cabe destacar

que o SUS é tripartite, ou seja, a responsabilidade da gestão deve ser compartilhada entre municípios, estados e governo federal (BRASIL, 1990). Porém, nenhum estado e poucas capitais possuem estrutura organizacional específica relacionada a atividade física e a possibilidade de financiamento também é incipiente nesses entes federativos (CARVALHO et al., 2022). Possuir espaço próprio de gestão nos estados e municípios é uma maneira importante de potencializar o *advocacy* para garantia recursos para a atividade física. De todo modo, após as entrevistas do presente estudo, o Ministério da Saúde lançou um incentivo financeiro destinado aos municípios para que desenvolvessem ações de atividade física (BRASIL, 2022a). Essa iniciativa poderá minimizar esse problema relatado pelos gestores.

Outra forma de apoio à *implementação* foi referente ao incentivo dos gestores aos profissionais de saúde que atuam no serviço. A falta de apoio político é considerado um aspecto desafiador na implementação e na manutenção de intervenções de atividade física (REIS et al., 2016). Oportunizar espaços de formação sobre atividade física aos profissionais, pode ser uma forma eficaz de contribuir para a promoção da atividade física (SILVA et al., 2021c; BARBONI et al., 2021). De todo modo, é necessário investigar a percepção dos profissionais para identificar aspectos que podem potencializar esse apoio prestado.

Na etapa do *policy cycle* de *avaliação*, a maior parte dos discursos ficou concentrada em aspectos relacionados à avaliação por meio de relatos da população e dos profissionais do serviço. A não realização de uma avaliação estruturada de intervenções de atividade física, por meio de instrumentos baseados em evidência, limita a comparabilidade e a capacidade de transferência das informações (FYNN et al., 2020). No contexto do SUS, em que a troca de gestores é constante (FINGER et al., 2020), isso é ainda mais alarmante, uma vez que uma avaliação empírica não gera subsídios suficientes para que o gestor subsequente dê continuidade de forma adequada ao trabalho que vem sendo desenvolvido.

Nos discursos dos gestores que participaram do presente estudo, pouco foi relatado sobre aspectos relacionados à avaliação organizacional. Estudo que analisou a avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil, verificou que a maior parte dos programas utilizou estratégia de avaliar o resultado (voltado para o contexto individual) em detrimento de realizar análises de avaliabilidade, sustentabilidade e processo (voltadas para o contexto organizacional) (SILVA et al., 2021b). Realizar avaliação contemplando ambos os contextos é essencial para análise de intervenções comunitárias de saúde (GLASGOW, 2002).

Por fim, cabe destacar que os achados do presente estudo se referem aos discursos dos gestores de municípios onde existem ações de atividade física consideradas exitosas. E que, ainda assim, aspectos importantes do planejamento de uma política pública não são contemplados em

suas falas. Por outro lado, a atuação da gestão municipal de saúde não deve ser reduzida aos discursos aqui apresentados, realizados por gestores que possivelmente não ocupam mais esses cargos. É importante relativizar as informações apontadas, considerando a complexidade da gestão do SUS.

De todo modo, a ciência política explica que, independentemente do país, os *policy makers*, governos, organizações e redes estão inclinados a selecionarem as questões que são potencialmente relevantes para eles e que, muitas vezes, marginalizam ou excluem temas sobre os quais não desejam dedicar sua atenção ou recursos (McCONNELL; HART, 2019). Assim, cabem aos *stakeholders* buscarem estratégias de formação e sensibilização para que os gestores passem a considerar a atividade física de forma inerente à gestão do SUS.

7.4 PROPOSIÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA POTENCIALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA DA APS DO SUS.

Essa seção refere-se à discussão dos resultados provenientes do seguinte objetivo específico: f) propor ações estratégicas para potencialização das ações de atividade física da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

Com base em todo o arcabouço teórico proveniente dos resultados do presente estudo, foram propostas 53 estratégias. Essas estratégias podem ser aplicadas na concepção, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde para potencializar as ações de atividade física na APS do SUS, de modo a torná-las exitosas. Cabe destacar que as ações propostas são complementares às Recomendações para Implementação de Práticas Exitosas em Atividade Física na APS do SUS (BRASIL, 2021c). Essas recomendações, também provenientes da pesquisa SAFE, têm como público-alvo os profissionais responsáveis pela ação de atividade física, os auxiliando nas ações do dia a dia, em uma perspectiva “micro”. Enquanto as ações estratégicas propostas no presente estudo, visam orientar *policy makers* a incluírem a atividade física em suas rotinas de gestão, em uma perspectiva “macro”.

Com relação às ações propostas para tornar sociedades ativas, acredita-se que as ações de atividade física na APS têm papel fundamental para tal. Foram sugeridas ações relacionadas à divulgação das ações, ampliação do acesso à atividade física e capacitação de profissionais. Esses temas, além de contemplados nas ações investigadas, são recomendados pela OMS e estão relacionados às recomendações para uma APS fortalecida no âmbito do SUS (OMS, 2018; TASCA et al., 2020).

Nas ações propostas para tornar ambientes ativos, enfatizou-se a potencialidade da APS na articulação com setores de transporte e infraestrutura e, a utilização dos espaços existentes. A APS possui estabelecimentos de saúde que contam com estrutura física adequada para oferta de atividade física, que são os polos do Programa Academia da Saúde. Nem todos os municípios brasileiros possuem esses estabelecimentos, que atualmente somam 1.579 polos financiados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Dessa forma, a oferta de ações de atividade física na APS não deve ficar restritas ao espaço físico do PAS. É importante utilizar as oportunidades que os municípios podem oferecer (OPAS, 2020). Para isso, é necessário um olhar mais amplo, para além do espaço físico. Articular com outros setores, orientar sobre o transporte ativo e utilizar espaços comunitários são iniciativas alinhadas com recomendações da OPAS que podem ser realizadas pelos *policymakers* para otimizarem o serviço de atividade física ofertado na APS (OPAS, 2020).

Para tornar pessoas ativas, foram propostas ações relacionadas à entrega do serviço de atividade física para a população. Acredita-se que tornar pessoas ativas é inerente à existência das ações de atividade física na APS. Ou seja, o fato de o serviço ser ofertado reflete em mais oportunidades do acesso à atividade física para as pessoas, tornando-as mais ativas. Um ponto que cabe atenção aos *policymakers* é a garantia do princípio da equidade (BRASIL, 1990). É comum que esses gestores invistam esforços em iniciativas relevantes para eles em detrimento de minimizar as iniquidades (McCONNELL; HART, 2019). Portanto, é importante que as frentes das ações de atividade física na APS se complementem, de modo que alcancem aqueles que mais precisam (CROCHEMORE-SILVA et al., 2020).

Para criar sistemas ativos, foram propostas ações focadas no potencial dos *policymakers*. Ações políticas - intrínsecas à gestão municipal do SUS - são fundamentais para que a pauta da atividade física seja integrada em todas as esferas de governo e níveis de gestão. Isso porque, dentre toda a sua complexidade, a atividade física é inerentemente política, quando, por exemplo se fazem afirmações sobre a importância de algumas razões para promover atividade física em detrimento de outras (PIGGIN, 2020). Ações políticas sobre atividade física contribuem para a dignidade, valores e oportunidades de vida de indivíduos e comunidades (McCONNELL; HART, 2019; PIGGIN, 2020). Acredita-se, portanto, que as ações estratégias propostas possam auxiliar na percepção de que a atividade física está inserida no contexto político do SUS.

Há uma incongruência entre o fato de a atividade física ser inerentemente política e a forma como é abordada em instrumentos políticos. Percebe-se fragilidade na intencionalidade da atividade física tanto quando inserida documentos para fins eleitorais, como programas de governo, quanto nos mais técnicos, como políticas de saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017a; GUERRA et al.; 2021b). Essas percepções se referem a um nível de gestão que é responsabilidade

do governo federal. Porém, pela configuração do SUS, esses instrumentos são indutores das decisões a serem adotadas por estados e municípios. Portanto, é necessário que a pauta da atividade física esteja integrada e aprofundada também nas macro políticas públicas. Ações como a criação do Incentivo Financeiro Federal de Custeio para Ações de Atividade Física (IAF) são promissoras nesse sentido (BRASIL, 2022a). Porém, além de reforçar as políticas, é necessário maximizar a liderança e a governança, conforme recomendação da OMS (OMS, 2018), alinhada à recomendação de estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão para o fortalecimento da APS no SUS (TASCA et al., 2019).

Por fim, foi realizada a análise da relação entre as ações propostas dentro da estrutura do Plano de Ação Global sobre Atividade Física da OMS e os elementos das principais bases teóricas utilizadas no presente estudo e na pesquisa SAFE: atributos do conceito de práticas exitosas de atividade física, domínios do RE-AIM e etapas do *policy cycle*. Apesar da possibilidade de transformar elementos teóricos em práticos, é necessário compreender que mesmo que pesquisadores apontem as melhores políticas a serem adotadas, nem sempre os *policy makers* as seguem (LOBLOVÁ, 2018). Loblová (2018) reflete que muitas vezes a comunidade da saúde pública se sente frustrada com relação a isso. A autora explica, com base na ciência política, que a comunicação pode não ser o problema e que fatores estruturais intervenientes, como a organização do sistema de saúde ou restrições financeiras, abordagens epistêmicas concorrentes, sociedades profissionais, indústria e público podem explicar a não utilização de quadros como o proposto no presente estudo. Dessa forma, é compreensível que nem todos os gestores coloquem essas ações em prática. Porém, a proposição consiste em parte do processo de formulação de políticas públicas como forma de estruturar o conhecimento produzido a partir da pesquisa SAFE e do presente estudo.

8 LIMITAÇÕES

Uma limitação importante do presente estudo foi relacionada ao recrutamento. Por não existir uma mensuração prévia da quantidade de ações de atividade física que existiam na APS do SUS, a amostragem foi intencional. Não foi possível recrutar participantes para a pesquisa de forma sistematizada. Isso limitou análises de disparidade regional, por exemplo. Diversos fatores influenciaram a quantidade de profissionais e gestores participantes do presente estudo, como: acesso da equipe de pesquisa aos contatos atualizados dos estabelecimentos de saúde da APS e secretarias municipais de saúde; acesso dos profissionais e gestores à internet e computador; liberação da chefia para responder ao questionário e exigências documentais de prefeituras para que os profissionais respondessem ao questionário.

Outra limitação foi a participação somente dos gestores na análise qualitativa. Elementos provenientes dos discursos de profissionais que atuam no serviço e dos usuários permitiria um maior aprofundamento com relação à percepção do apoio da gestão no desenvolvimento das ações de atividade física da APS.

Além dessas limitações, cabe destacar que a recente mudança no cenário de políticas públicas de saúde no Brasil pode alterar os resultados apresentados no presente estudo, já que os dados foram coletados em 2019. Desde então, o organograma do Ministério da Saúde foi modificado e houve a criação da Coordenação-Geral de Promoção da Atividade e Ações Intersetoriais (CGPROFI) que desenvolveu diversas iniciativas⁶. Também houve mudança no financiamento da APS. Além disso, a pandemia de COVID-19 pode ter impactado essas ações, já que a dinâmica da APS e do SUS de forma geral, foi alterada devido a novas demandas.

⁶ As iniciativas da CGPROFI são apresentadas em um Editorial da Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

9 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou analisar, avaliar e propor estratégias para potencialização das ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. Primeiramente, foi analisado o cenário das ações de atividade física na atenção primária à saúde no Brasil, por meio das 1.645 ações participantes da pesquisa SAFE. A maior parte dessas ações, com relação às informações do estabelecimento de saúde: eram vinculadas a Unidades Básicas de Saúde e possuía NASF vinculado. Com relação aos profissionais responsáveis pelas ações, a maioria era: conduzida por mulheres, coordenada por profissionais de educação física e coordenada por profissionais que possuíam pós-graduação. Com relação às características, a maioria: possuía objetivo definido, ocorria de 1 a 4 anos, utilizava as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde como principal estratégia de divulgação, ocorriam em polos do Programa Academia da Saúde, ocorriam no formato de grupos de prática, 2 vezes na semana, tinham a duração de 30 a 60 minutos, utilizavam algum tipo de ferramenta para avaliar os participantes, aplicavam ferramentas de avaliação semestralmente, realizavam a entrega da avaliação aos participantes, realizavam o controle de frequência dos participantes, realizavam o controle do número e motivo das desistências. Com relação aos participantes, a maior parte: não tinham um público-alvo específico e atendiam predominantemente adultos. Com relação aos profissionais envolvidos na ação, a maior parte: contava com apenas um profissional atuando, possuíam enfermeiros atuando, possuíam profissionais com vínculo efetivo na secretaria de saúde. Com relação ao apoio da gestão municipal, a maior parte: recebia apoio, o apoio era por meio de recursos materiais, não houve mudança na gestão municipal no decorrer da ação.

Após a análise do cenário das ações de atividade física, elas foram avaliadas e classificadas como sendo exitosas ou não. Concluiu-se que das 1.645 ações, 85 foram consideradas exitosas. Posteriormente, foi verificada associação entre os clusters de características socioeconômicas e de gestão dos municípios e a classificação da ação de atividade física. Sendo que, a maior parte das ações ocorrem em “municípios menos desenvolvidos” que possuem as seguintes características: cobertura de eSF acima da média e índice PEF, ICSAP modificáveis por meio da atividade física e IFDM abaixo da média.

Na análise da descrição das 85 ações exitosas de atividade física, foram verificadas características bastante semelhantes da análise das 1.645 ações participantes do estudo. As diferenças encontradas foram, para a maior parte das ações exitosas: estavam vinculadas ao Programa Academia da Saúde, ocorriam há mais de um ano, as avaliações eram aplicadas mensalmente e tinham como público-alvo pessoas com obesidade.

Na análise de como os gestores municipais atuavam com relação à ação de atividade física, concluiu-se que foram superficiais os discursos dos gestores com relação às fases de *identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, e tomada de decisão*. Na *implementação*, os gestores apoiam as ações de atividade física por meio parcerias, financiamento, incentivo aos profissionais e sensibilização pessoal. Na *avaliação*, os gestores informaram utilizar dos relatos dos participantes e dos profissionais para apoiar as ações.

Por fim, a partir dos resultados obtidos no presente estudo, foram propostas 53 ações estratégicas que podem ser incluídas na rotina de gestão dos *policy makers* da área da saúde. Acredita-se que se realizadas, essas ações poderão potencializar as ações de atividade física na APS do SUS.

Por fim, concluiu-se, por meio do presente estudo, que apesar de não haver financiamento e nem marcos regulatórios específicos sobre ações de atividade física no SUS, existem ações exitosas. É preciso reconhecer os esforços dos gestores, profissionais de saúde e outros *stakeholders* que, mesmo sem macro políticas públicas estruturantes, provenientes do governo federal, conseguiram trilhar um histórico de sucesso de promoção de atividade física no SUS. Ainda, verificou-se que todas as ações existentes têm potencial de tornarem-se exitosas desde que atendam aos atributos e utilizem instrumentos como as Recomendações para Implementação de Práticas Exitosas em Atividade Física na APS e as ações estratégicas propostas no presente estudo.

Recomenda-se que futuros estudos analisem as mudanças das ações exitosas de atividade física a partir dos novos instrumentos de gestão implementados no Brasil desde 2019, como o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, as Recomendações para Implementação de Práticas Exitosas em Atividade Física na APS e o Incentivo Financeiro Federal de Custeio para Ações de Atividade Física (IAF).

REFERÊNCIAS

- ABRASCO et al. **Carta aberta aos parlamentares, prefeitos e secretários municipais de saúde - Saúde é um direito social e um dever do Estado**. 2019. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/11/Carta_aberta11_11_19.pdf
- ABU-OMAR, K.; et al. The cost-effectiveness of physical activity interventions: A systematic review of reviews. **Preventive Medicine Reports**, v. 8, p. 72-78, 2017.
- ALFRADIQUE, M. E.; et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, 2009.
- ALLEN, K.; et al. Understanding the Internal and External Validity of Health Literacy Interventions: A Systematic Literature Review Using the RE-AIM Framework. **Journal of Health Communication**, v. 16, n. 3, 2011.
- ALMEIDA, F. A.; et al. Modelo RE-AIM: Tradução e adaptação cultural para o Brasil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 1, n. 1, p. 6-16, 2013.
- ALVES, L. G.; et al. Conhecimento sobre recomendações de atividade física por profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Saúde e Pesquisa**, v. 15, n. 1, 2022.
- ANDRADE, D. R. Políticas recentes de promoção da atividade física no setor da saúde no Brasil. **Revista Corpoconsciência**, v. 15, n. 2, p. 2-6, 2011.
- ARCARI, J. M.; et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, 2020.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2627-38, 2010.
- ARRUDA, P. L.; et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e indicadores financeiros do SIOPS: uma análise de correlação. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 12, n. 2, 2020.
- BANDEIRA, A. S.; et al. Mapping recommended strategies to promote active and healthy lifestyles through physical education classes: A scoping review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 19, n. 36, 2022.
- BARBONI, V. G. A. V.; et al. A formação em saúde coletiva nos currículos de educação física: um retrato atual. **Movimento**, v. 27, 2021.
- BASTOS, F. A.; et al. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, 2009.
- BECKER, L. A.; GONÇALVES, P. B.; REIS, R. S. Programas de promoção da atividade física no Sistema único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 21, n. 2, p. 110-122, 2016.

BENEDETTI, T. R. B.; et al. Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. **Revista Brasileira de Cineantropometria Desempenho Humano**, v. 14, n. 6, 2012.

BENEDETTI, T. R. B.; et al. Práticas exitosas em atividade física na atenção primária à saúde: elaboração do conceito. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 3, 2020a.

BENEDETTI, T. R. B.; et al. Re-thinking Physical Activity Programs for Older Brazilians and the Role of Public Health Centers: A Randomized Controlled Trial Using the RE-AIM Model. **Frontiers Public Health**, v. 8, n. 48, 2020b.

BENEDETTI, T. R. B.; et al. Validade e clareza dos conceitos e terminologias do Guia de Atividade Física para a População Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 26, e0221, 2021.

BIELEMANN, R. M.; et al. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 75, 2015.

BLOOM, D. E.; et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. **The Lancet**, v. 385, p. 649–57, 2015.

BORGES, R. A.; et al. Alcance do programa “VAMOS” na atenção básica - barreiras e facilitadores organizacionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 3, 2019.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1055, de 25 de abril de 2007**. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 139 de 11 de agosto, de 2009**. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013**. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de aperfeiçoamento: implementação da Política de Promoção da Saúde**: Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio a implantação e implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília, DF: Presidência da República, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 12/2020. **Estruturação das ações de atividade física da Coordenação-Geral de Promoção de Atividade Física e Ações Intersectoriais (CGPROFI)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 03/2020. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Atividade Física Para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.105, de 15 maio de 2022**. Institui o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Termo de Execução Descentralizada de Recursos nº 7/2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2021: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**. 2022d. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acessado em: 15 de jun de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Caderno temático do Programa Saúde na Escola – Promoção de Atividade Física**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022e.

BRITO, F. A.; et al. Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, 2018.

BROWNSON, R. C.; et al. Understanding administrative evidence-based practices: findings from a survey of local health department leaders. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 46, n. 1, 2014.

BUDD, J.; et al. Digital technologies in the public-health response to COVID-19. **Nature Medicine**, v. 26, 2020.

CARVALHO, F.; et al. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, 2022.

CASTRO, D. M.; et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 23, 2020.

CEZAR, N.; et al. Programas de promoção de atividade física envolvendo caminhada nas universidades públicas brasileiras. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 19, n. 4, 2014.

CHAN, K. S.; et al. Harmonizing Measures of Cognitive Performance Across International Surveys of Aging Using Item Response Theory. **Journal Of Aging And Health**, v. 27, n. 8, p.1392, 2015.

COSTER, W. J.; et al. Differential item functioning in the Patient Reported Outcomes Measurement Information System Pediatric Short Forms in a sample of children and adolescents with cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 58, n. 11, p.1132-1138, 2016.

- CRANLEY, L. A.; CUMMINGS, G. G.; MCGRATH, J. P. Facilitation roles and characteristics associated with research use by healthcare professionals: a scoping review. **BMJ Open**, v. 7, e014384, 2017.
- CROCHEMORE-SILVA, et al. Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020.
- CURRY, L. A.; NEMBHARD, I. M.; BRADLEY, E. H. Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. **Circulation**, v. 119, n. 10, p. 1442-1452, 2009.
- DA GUARDA, F. R. B.; et al. Analysis of the degree of implementation of Health Academy Program in a Brazilian midsize town. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, 2021.
- DAMSCHRODER, L. J.; et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation Science**, v. 4, n. 50, 2009.
- DEMPSEY, P. C.; et al. New global guidelines on sedentary behaviour and health for adults: broadening the behavioural targets. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 17, n. 151, 2020.
- DING, D.; et al. The economic burden of physical inactivity: a systematic review and critical appraisal. **British Journal of Sports Medicine**, v. 51, n. 19, 2017.
- DONABEDIAN A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Ciudad de México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
- DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, 2012.
- ELO, S.; et al. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. **SAGE Open**, 10.1177/2158244014522633, 2014.
- ELO, S.; et al. The qualitative content analysis process. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 1, 2008.
- ESTABROOKS, P. A.; GYURCSIK, N. C. Evaluating the impact of behavioral interventions that target physical activity: issues of generalizability and public health. **Psychology of Sport and Exercise**, v. 4, n. 1, 2003.
- FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018.
- FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, 2020.
- FELIX, A. M. S.; et al. Atenção Primária à Saúde e educação em enfermagem no Brasil. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 6, 2019.

FERNEDA, F.; et al. Programa de atividade física para a terceira idade da UFSC: 20 anos a serviço da comunidade. **UFSC Extensio**, v. 2, n. 3, 2005.

FERREIRA, R. W.; et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, 2019a.

FERREIRA, L.; et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 43, n. 120, 2019b.

FINGER, D.; et al. Regionalização e Constituição das Redes de Atenção à Saúde: fatores associados à qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, 2016.

GIOVANELLA, L.; et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, suppl. 1, 2021.

GLASGOW, R. E.; VOGT, T. M.; BOLES, S. M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 9, p. 1322-1327, 1999.

GLASGOW, R. E. **Evaluation of theory-based interventions**. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health Behavior and Health Education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.

GLASGOW, R. E.; et al. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. **Frontiers Public Health**, v. 7, n. 64, 2019.

GREENE, J. C. Is Mixed Methods Social Inquiry a Distinctive Methodology? **Journal of Mixed Methods Research**, v. 2, n. 1, 2008.

GUERRA, P. H.; et al. Research on the Academia da Cidade and Academia da Saúde Programs: scoping review. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, e0126, 2020a.

GUERRA, P. H.; et al. Effects of community-based interventions on physical activity levels: systematic review. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, 2020b.

GUERRA, P. H.; et al. Identificação e análise das diretrizes nacionais de atividade física nas Américas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, 2021a.

GUERRA, P. H.; et al. Promoção das Práticas Corporais/Atividade Física nos programas de governos presidenciais do Brasil (2018): diferentes caminhos, diferentes intencionalidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. (3), 2021b.

GUILLON, M.; ROCHAIX, L.; DUPONT, J. K. Cost-effectiveness of interventions based on physical activity in the treatment of chronic conditions: a systematic literature review. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 34, n. 5, 2018.

- GUTHOLD, R.; et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. **The Lancet**, v. 6, n. 10, 2018.
- GUTHOLD, R.; et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. **The Lancet**, v. 4, n. 1, 2020.
- HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**, v. 28, n. 1, 1999.
- HALLAL, P. C.; PRATT, M. Physical activity: moving from words to action. **The Lancet**, v. 8, n. 7, 2020.
- HARZHEIM, E.; et al. Physical activity: a (mobile) call to action. **The BMJ**, v. 369, n. m316, 2020a.
- HARZHEIM, E.; et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, 2020b.
- HARZHEIM, E. Previne Brasil: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, 2020c.
- HARZHEIM, E.; et al. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, 2020d.
- 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.
- JILCOTT, S.; et al. Applying the RE-AIM framework to assess the public health impact of policy change. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 34, n. 2, 2007.
- JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. **Educational Researcher**, v. 33, n. 7, p. 14–26, 2004.
- KAHLMIEIER, S.; et al. National physical activity recommendations: systematic overview and analysis of the situation in European countries. **BMC Public Health**, v. 15, n. 133, 2015.
- KITSON, A.; HARVEY, G.; MCCORMACK, B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. **Quality and Safety in Health Care**, v. 7, p. 149-58, 1998.
- 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, 2012.

KOKUBUN, E.; et al. Programa de atividade física em Unidades Básicas de Saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 12, n. 1, 2007.

KONRAD, L. M.; et al. Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 5, 2017.

KU, P. W.; et al. Device-measured light-intensity physical activity and mortality: A meta-analysis. **Scandinavian Journal of Medicine & Science Sports**, v. 30, n. 1, 2019.

KYU, H. H.; et al. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The BMJ**, v. 354, 2016.

LEE, R. E.; et al. Aplicando o modelo RE-AIM para a promoção da atividade física em países de baixa e média renda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

LION, A.; et al. Physical activity promotion in primary care: a Utopian quest? **Health Promotion International**, v. 34, n. 4, 877-86, 2019.

LOBLOVÁ, O. Epistemic communities and experts in health policy-making. **European Journal of Public Health**, v. 28, n. 3, 2018.

LOCH, M. R.; et al. As práticas corporais/atividade física nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, 2018.

LOCH, M. R.; et al. Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, e0069, 2019.

LOCH, M. R.; et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar intervenções em relação aos princípios da Promoção da Saúde. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, v. 30, n. 3, 2021.

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

MALTA, D. C.; MIELKE, G. I.; COSTA, N. C. P. **Pesquisas de avaliação do Programa Academia da Saúde**. 1. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2020.

MANTA, S. W.; et al. Monitoramento do programa academia da saúde de 2015 a 2017. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**, v. 13, n. 1, 2020a.

MANTA, S. W.; et al. Planejamento em saúde sobre práticas corporais e atividade física no

Programa Academia da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, e0168, 2020b.

MANTA, S. W.; et al. Physical Activity Clusters and Income Inequality in Brazilian Adults. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 17, n. 9, 2020c.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, 2020.

MATIAS, T. S.; PIGGIN, J. The Unifying Theory of Physical Activity. **Quest**, 10.1080/00336297.2021.2024442, 2022.

MATIAS, T.; PIGGIN, J. Physical activity promotion: can a focus on disease limit successful messaging? **Lancet Global Health**, v. 8, e1263, 2020.

MATSUDO, S.; et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 3, 2008.

MAZO, G. Z.; et al. Atividade Física e o Idoso. Porto Alegre: Sulina, 2009.

MAZO, G. Z.; et al. Grupo de Estudos da Terceira Idade - GETI: uma proposta de integração entre extensão, ensino e pesquisa voltados à pessoa idosa. **Revista Conexão UEPG**, v. 9, n. 1, p. 94-105, 2013.

McCONNELL, A.; HART, P. Inaction and public policy: understanding why policymakers 'do nothing'. **Policy Sciences**, v. 52, 2019.

McGRADY, A.; MOSS, D. **Chronic Illness, Global Burden, and the Pathways Approach**. In: Integrative Pathways. Cham: Springer, 2018.

MEANS, A. R.; et al. Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: a systematic review. **Implementation Science**, v. 15, n. 17, 2020.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 86, 2017.

MILTON, K.; et al. Eight investments that work for physical activity. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 18, n. 6, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais: gestão da atividade física no Ministério da Saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 27, e0248, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 254-6, 2002.

- MORAES, S. Q.; et al. Prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, e0073, 2019.
- NAHAS, M. V.; GARCIA, L. M. T. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 24, n. 1, p. 135-48, 2010.
- NASCIMENTO, F. P.; SOUSA, F. L. L. **Metodologia da pesquisa científica: teoria e prática**. Brasília: Thesaurus, 2016.
- NUTO, S. A. S.; et al. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no nordeste brasileiro: repercussões no exercício profissional dos egressos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, 2021.
- OLDRIDGE-TURNER, K.; et al. Promoting Physical Activity Policy: The Development of the MOVING Framework. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 19, n. 4, 2022.
- OLIVEIRA, B. L. C. A.; et al. Proposta de mensuração do nível de urbanicidade das cidades brasileiras a partir dos dados do censo demográfico de 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, 2022.
- OLIVEIRA, M. P. R. O.; et al. Formação e qualificação de profissionais de saúde: Perspectiva de Gestores Municipais. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. supp, 2020.
- OLIVEIRA, R. C. Educação física, saúde e formação profissional. **Physis**, v. 28, n. 3, 2018.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa, 21 de novembro de 1986. **Carta de Ottawa**. Ottawa: OMS; 1986.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. In: 57ª Assembleia Mundial de Saúde, 2004.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra: OMS, 2010.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Health-enhancing physical activity (HEPA) policy audit tool (PAT)**. Copenhagen: WHO-Europe, 2015.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world**. Genebra: OMS, 2018.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Genebra: OMS, 2020.
- ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Genebra: ONU, 2015.
- OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Agenda Convergente Mobilidade Sustentável e Saúde - documento de referência. Brasília: OPAS, 2020.

PAIVA NETO, F. T.; et al. Barreiras para o funcionamento do Programa Academia da Saúde em Santa Catarina. **Journal of Physical Education**, v. 30, e3046, 2019.

PARANHOS, R.; et al. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, v. 18, n. 42, p. 384-411, 2016.

PASQUALI, L; PRIMI, R. Fundamentos da Teoria da Resposta ao Item –TRI. **Avaliação Psicológica**, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003.

PASSOS, N. Maiores transferências federais aumentam a probabilidade de reeleição? Evidências a partir de regressões de descontinuidade aplicadas a eleições municipais. **Revista de Desenvolvimento e Políticas Públicas**, v. 3, n. 2, 2019.

PEN. **Effectiveness of existing policies for lifestyle interventions - Policy Evaluation Network (PEN) 2017**. Disponível em: <https://www.jpi-pen.eu/>. Acessado em 30 de jun de 2020.

PETREÇA D. R.; et al. Estratégias de avaliação para programas de promoção da saúde com ênfase na atividade física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 33, n. 2, 2019.

PIRES, G. N.; ROGER-SILVA, D. Public–private partnerships and physical activity: a matter of health promotion and chronic disease prevention. **Clinical & Biomedical Research**, v. 41, n. 2, 2021.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano Nacional - Movimento é Vida: Atividades Físicas e Esportivas para Todas as Pessoas: 2017 – Brasília: PNUD, 2017.**

POGRMILOVIC, B. K.; et al. A global systematic scoping review of studies analysing indicators, development, and content of national-level physical activity and sedentary behaviour policies. **The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 15, n. 123, 2018.

PUTNAM, R. D. **Making democracy work: civic traditions in modern Italy**. Princeton: Princeton University Press, 1993.

RACINE, A. N.; et al. A scoping review of published research on local government policies promoting health-enhancing physical activity. **International Journal of Sport Policy and Politics**, v. 12, n. 4, 2020.

RAEDER, S. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. 7, n. 13, 2014.

RAMOS, L. R.; et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, 2014.

RANASINGHE, P. D.; et al. Economics of physical activity in low-income and middle- income countries: a systematic review. **BMJ Open**, v. 11, n. 1, 2021.

REIS, J. G. dos; et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, 2019.

REIS, R. S.; et al. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. **The Lancet**, v. 24, n. 388, 2016.

RITCHIE, H.; ROSER, M. **Causes of Death**. Website, 2019. Disponível em: <https://ourworldindata.org/causes-of-death>. Acesso em: 03 de jan de 2020.

RODRIGUES, A. C.; RODRIGUES, S. B. Governança pública e reeleições municipais em Minas Gerais. **Administração Pública & Gestão Social**, v. 12, n. 1, 2020.

ROSE, M. et al. The PROMIS Physical Function item bank was calibrated to a standardized metric and shown to improve measurement efficiency. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 67, n. 5, 2014.

SANDRESCHI, P. F.; PETREÇA, D. R.; MAZO, G. Z. Avaliação de um programa universitário de atividade física para idosos pelo modelo RE-AIM. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 3, 2015.

SCHWINGEL, A.; et al. Using a mixed-methods RE-AIM framework to evaluate community health programs for older latinas. **Journal of Aging Health**, v. 29, 2017.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, categorias de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SEUS, T. L. C.; et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil-inquérito nacional PMAQ 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, 2019.

SHELTON, R. C.; et al. An Extension of RE-AIM to Enhance Sustainability: Addressing Dynamic Context and Promoting Health Equity Over Time. **Frontiers in Public Health**, v. 8, n. 134, 2020.

SHOUP, J. A.; et al. Network analysis of RE-AIM framework: chronology of the field and the connectivity of its contributors. **Translational Behavioral Medicine**, v. 5, n. 2, 2015.

SILVA, P. S. C. Physical Education Professionals in the Unified Health System: an analysis of the brazilian registry of health institutions between 2013 and 2017. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, e0050, 2018.

SILVA, J. F. M.; et al. A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020.

SILVA, K. S.; et al. Educação física escolar: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1-18, 2021a.

SILVA, A. G.; et al. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, 2021b.

SILVA, V. T.; et al. Saúde coletiva e saúde pública no currículo dos cursos de educação física: uma revisão sistemática. **Pensar a Prática**, v. 24, e61062, 2021c.

SILVEIRA, P. M. et al. Escala de avaliação do perfil do estilo de vida por meio da teoria da resposta ao item. **Journal of Physical Education**, v. 26, n. 4, p. 519-527, 2015.

SIQUEIRA C. E.; ACOSTA, M. A F. **A construção do campo da Gerontologia: dimensão política na cidade de Santa Maria (RS)**. In: Anais XV Semana de Gerontologia e II Simpósio Internacional de Gerontologia Social. São Paulo: PUC-SP, 2015.

SMALL, M. L. How to Conduct a Mixed Methods Study: Recent Trends in a Rapidly Growing Literature. **Annual Review of Sociology**, v. 37, n. 1, p. 57–86, 2011.

SOUZA NETO, J. M.; et al. Isolated and simultaneous perceived barriers to physical activity counseling. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, 2020.

SOUZA NETO, J. M.; et al. Aconselhamento para atividade física na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Movimento**, v. 26, 2020a.

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**, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.

TARIQ, S.; WOODMAN, J. Using mixed methods in health research. **JRSM Short Reports**, v. 4, n. 6, 2013.

TASCA, R.; et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 44, 2020.

TENÓRIO, M. C. M.; et al. Physical Activity Guidelines for the Brazilian Population: development and methods. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 19, n. 5, 2022.

TUSSET, D. **Estudo da implementação nacional do programa Academia da Saúde a partir de perspectiva processual**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, p. 109. 2019.

TUSSET, D.; et al. Programa Academia da Saúde: um olhar quantitativo das adesões entre 2011 a 2017. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, 2020a.

TUSSET, D.; et al. Programa Academia da Saúde: correlação entre internações por doenças crônicas não transmissíveis e adesão nos municípios brasileiros, 2011-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, 2020b.

UMPIERRE, D.; et al. Physical Activity Guidelines for the Brazilian Population: Recommendations Report. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 19, n. 5, 2022.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Carta Internacional da Educação Física, da Atividade Física e do Esporte**, 2015.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 5 ed. Londres: Pearson, 2010.

WESTPHAL, M. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.

ZÄHRINGER, J.; et al. Use of the GRADE approach in health policymaking and evaluation: a scoping review of nutrition and physical activity policies. **Implementation Science**, v. 15, n. 37, 2020.

APÊNDICE A – Questionário utilizado na pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas (SAFE).



QUESTIONÁRIO

PESQUISA SAÚDE A PARTIR DE ATIVIDADES FÍSICAS EXITOSAS - SAFE



PESQUISAR PARA RECOMENDAR

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) para responder ao questionário com perguntas direcionadas às ações realizadas de atividade física (aqui entende-se como práticas corporais, atividades físicas, exercícios físicos) que você coordena e/ou desenvolve em seu local de trabalho. As informações disponibilizadas por você são de uso exclusivo para fins desta pesquisa. É imperativo que você leia e aceite o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) presente nessa página. **Para responder ao questionário é importante que você tenha em mãos o número do CNES da sua Unidade e o total de pessoas que participam de cada ação.**

Desde já agradecemos a sua participação.

Atenção

Responda somente se a ação de atividade física for vinculada ou desenvolvida por profissionais da rede do município. Ações desenvolvidas por profissionais de outras secretarias (esporte, cultura, assistência social) não são objetos desse questionário. Entenda como ação de atividade física toda e qualquer iniciativa que foque em promoção de atividade física e que tenha continuidade. Por favor, desconsidere eventos pontuais que são realizados em dias comemorativos (ex.: caminhada da paz, dia mundial da saúde, dia D da vacinação, etc.).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aos profissionais da saúde da Atenção Básica

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A SAÚDE A PARTIR DAS PRÁTICAS EXITOSAS DESENVOLVIDAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, que tem como objetivo elaborar

[Ler TCLE completo](#)

Informo que li e estou de acordo com o TCLE publicado nesta página.

Informe o número do CNES do seu estabelecimento para continuar

[Prosseguir](#)



QUESTIONÁRIO

PESQUISA SAÚDE A PARTIR DE ATIVIDADES FÍSICAS EXITOSAS - SAFE

PESQUISAR PARA RECOMENDAR

[Voltar para o início](#)

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do local

Tipo de local

- Unidade Básica de Saúde
 Programa Academia da Saúde
 Outro

O local possui NASF vinculado?

- Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

O local de serviço de saúde, sobre o qual você está respondendo possui aproximadamente quantos usuários cadastrados?

- Informe
 Não sabe ou não quer informar

Endereço completo

Nome do logradouro

Número

Complemento

Bairro

CEP

Estado

Município

Telefone para contato

De que forma você ficou sabendo da pesquisa?

- Telefonema da ouvidora

- E-mail de divulgação do Ministério da Saúde
 Redes sociais
 Secretaria Municipal de Saúde
 Outro

Obs: você pode assinalar mais que uma alternativa.

BLOCO 2- INFORMAÇÕES DO RESPONDENTE

Neste bloco preencha suas informações pessoais (as informações de quem responde ao questionário).

Nome completo

E-mail institucional

E-mail pessoal

Sexo

- Masculino
 Feminino

Data de nascimento

No formato dd/mm/aaaa

Formação profissional

- Enfermeiro (a)
 Fisioterapeuta
 Médico (a)
 Nutricionista
 Profissional de Educação Física
 Formação técnica em saúde
 Agente comunitário de saúde
 Outro

Grau de formação completa

- Sem escolaridade
 Ensino Fundamental
 Ensino Médio
 Graduação
 Pós-Graduação

Atuação profissional no local

- Gestor
 Coordenador de Área (atenção básica, vigilância em saúde, promoção da saúde)
 Gerente de Unidade Básica de Saúde ou Centro de Saúde
 Profissional de saúde que desenvolve serviços (atendimentos, consultas, grupos temáticos, etc.)
 Técnico em saúde
 Outro

Tempo de atuação profissional no local (em anos)

Tempo em anos

BLOCO 3- INFORMAÇÕES SOBRE A AÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Neste bloco, você irá responder sobre as ações de atividade física que são desenvolvidas para os usuários.

Atenção: a ação de atividade física pode ser considerada toda e qualquer iniciativa que foque em promoção de atividade física e que tenha curta, média ou longa duração. Por favor, desconsidere eventos pontuais que são realizados em dias comemorativos (ex.: caminhada da paz, dia mundial da saúde, dia D da vacinação, etc.).

No seu local de atuação há o desenvolvimento de alguma ação de atividade física?

- Não
 Sim

Salvar e ir para próxima etapa



QUESTIONÁRIO

PESQUISA SAÚDE A PARTIR DE ATIVIDADES FÍSICAS EXITOSAS - SAFE

PESQUISAR PARA RECOMENDAR

[Voltar para o início](#)

ETAPA 2

Informações sobre as ações de atividade físicas

Na etapa anterior você informou que haviam **5 ações** desenvolvidas em seu local de trabalho.

Neste momento forneça informações detalhadas sobre cada uma delas, começando pela que você considera mais importante. Para isso, utilize o botão abaixo:

Você já informou **0** ações.

[Adicionar ação](#)

BLOCO 4 – CARACTERÍSTICAS DA AÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Nesse bloco, você irá responder sobre as características da ação de atividade física desenvolvida em seu local de trabalho (UBS ou Academia da Saúde), território ou município. Caso ocorra mais de uma ação de atividade física, escolha uma delas para iniciar a descrição. Inicie pela ação de atividade física que você considera a mais importante. Ao fim do relato será possível inserir mais opções de ações.

Escreva o nome da ação de atividade física você irá responder

Escreva qual o objetivo da ação de atividade física que você está relatando.

- O objetivo é
 Não tem
 Não sabe ou não quer informar

Há quanto tempo essa ação de atividade física é desenvolvida no seu local de trabalho?

- Menos de três meses
 De três a seis meses
 De seis meses a um ano
 De um a quatro anos
 Mais de quatro anos
 Não sabe ou não quer informar

Atualmente, a ação de atividade física ainda está sendo realizada?

- Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Quais as estratégias utilizadas para a divulgação da ação de atividade física?

- Não houve
 Panfletos
 Cartazes
 Ligações telefônicas
 Contato pelo Agente Comunitário de Saúde
 Boca-a-boca
 Reuniões nas Unidades
 Outros
 Não sabe ou não quer informar

Obs: você pode assinalar mais que uma alternativa.

Na maioria das vezes, onde ocorrem os encontros desta ação de atividade física?

- Unidade Básica de Saúde
- Polo do Programa Academia da Saúde
- Áreas cobertas comunitárias (ginásio, salão, espaços religiosos, associação, escola, etc.)
- Área abertas comunitárias (parque, praça, quadra esportiva, escola, etc.)
- Área privada cedida (ginásio, quadra esportiva, etc.)
- Outro
- Não sabe ou não quer informar

Como é desenvolvida a ação de atividade física?

- Rodas de conversas ou palestras
- Palestras
- Grupo de atividades físicas
- Consultas individuais
- Vídeos
- Consultas em grupo
- Outro
- Não sabe ou não quer informar

Obs: você pode assinalar mais que uma alternativa.

Com qual frequência a ação de atividade física é desenvolvida?

- 4 ou mais dias na semana
- 3 dias na semana
- 2 dias na semana
- 1 dia na semana
- Quinzenal
- Mensal
- É variável, não tem uma frequência definida
- Não sabe ou não quer informar

Em cada encontro, qual a duração da ação de atividade física?

- Não tem duração definida, varia de acordo com o encontro
- Até 30 minutos
- De 30 a 60 minutos
- Mais de 60 minutos
- Não sabe ou não quer informar

É utilizado algum instrumento para avaliar a atividade física dos participantes da ação?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Há controle da frequência (assiduidade) dos participantes no decorrer da ação de atividade física?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Há controle do número de participantes que desistiram no decorrer da ação de atividade física?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

BLOCO 5 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA AÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Nesse bloco, você irá responder sobre o perfil dos participantes da ação de atividade física, na qual você está informando. Caso você não tenha todas as informações, procure o responsável pela ação.

A ação de atividade física que é desenvolvida atende qual faixa etária?

Crianças (0-9 anos)?

- Não atende crianças.
- Sim. Quantas?

Adolescentes (10-19 anos)?

- Não atende adolescentes.
- Sim. Quantos?

Adultos (20-59 anos)?

- Não atende adultos.

Na maioria das vezes, onde ocorrem os encontros desta ação de atividade física?

- Unidade Básica de Saúde
- Polo do Programa Academia da Saúde
- Áreas cobertas comunitárias (ginásio, salão, espaços religiosos, associação, escola, etc.)
- Área abertas comunitárias (parque, praça, quadra esportiva, escola, etc.)
- Área privada cedida (ginásio, quadra esportiva, etc.)
- Outro
- Não sabe ou não quer informar

Como é desenvolvida a ação de atividade física?

- Rodas de conversas ou palestras
- Palestras
- Grupo de atividades físicas
- Consultas individuais
- Vídeos
- Consultas em grupo
- Outro
- Não sabe ou não quer informar

Obs: você pode assinalar mais que uma alternativa.

Com qual frequência a ação de atividade física é desenvolvida?

- 4 ou mais dias na semana
- 3 dias na semana
- 2 dias na semana
- 1 dia na semana
- Quinzenal
- Mensal
- É variável, não tem uma frequência definida
- Não sabe ou não quer informar

Em cada encontro, qual a duração da ação de atividade física?

- Não tem duração definida, varia de acordo com o encontro
- Até 30 minutos
- De 30 a 60 minutos
- Mais de 60 minutos
- Não sabe ou não quer informar

É utilizado algum instrumento para avaliar a atividade física dos participantes da ação?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Há controle da frequência (assiduidade) dos participantes no decorrer da ação de atividade física?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Há controle do número de participantes que desistiram no decorrer da ação de atividade física?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

BLOCO 5 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA AÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Nesse bloco, você irá responder sobre o perfil dos participantes da ação de atividade física, na qual você está informando. Caso você não tenha todas as informações, procure o responsável pela ação.

A ação de atividade física que é desenvolvida atende qual faixa etária?

Crianças (0-9 anos)?

- Não atende crianças.
- Sim. Quantas?

Adolescentes (10-19 anos)?

- Não atende adolescentes.
- Sim. Quantos?

Adultos (20-59 anos)?

- Não atende adultos.

Sim. Quantos?

Idosos (60 anos ou mais)?

- Não atende idosos.
 Sim. Quantos?

A proposta da ação de atividade física é desenvolvida para atender a algum grupo especial?

- Não
 Diabéticos
 Obesos
 Hipertensos
 Gestantes
 Outro
 Não sabe ou não quer informar

Obs.: Você pode marcar mais que uma alternativa

BLOCO 6 – PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA AÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Nesse bloco, você irá responder sobre as características dos profissionais que atuam na ação de atividade física que você está relatando.

Quantos profissionais de saúde do seu local de trabalho (contando com você) estão envolvidos no desenvolvimento desta ação de atividade física?

Qual o vínculo empregatício do principal profissional que desenvolve a ação de atividade física?

- Profissional contratado efetivo (concursado)
 Profissional contratado temporário
 Residente
 Estagiário
 Voluntário
 Outro
 Não sabe ou não quer informar

BLOCO 7 – PARTICIPAÇÃO NO MUNICÍPIO

Nesse bloco, você irá responder sobre a forma que o município participa da ação que você está relatando

A gestão municipal oferece algum tipo de suporte (ajuda) para o desenvolvimento da ação?

- Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Houve mudança na gestão municipal (mudança de prefeito(a)) no decorrer do funcionamento da ação de atividade física que está sendo relatada?

- Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Cancelar

Salvar ação

APÊNDICE B – Pontuações atribuídas às respostas possíveis do questionário da pesquisa Saúde a Partir de Atividades Físicas Exitosas (SAFE).

QUESTÕES E OPÇÕES DE RESPOSTA	PONTUAÇÃO
Número do CNES: _____ Nome do local: _____ [preenchido automático com os dados do CNES]	Não pontua
Tipo de local: (1) Unidade Básica de Saúde (2) Programa Academia da Saúde (3) Outro: _____	Não pontua
O local possui NASF vinculado? (0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar	Não pontua
O local de serviço de saúde, sobre o qual você está respondendo possui aproximadamente quantos usuários cadastrados? _____ [permitir o preenchimento de números 1 a 99999] (9999) Não sabe ou não quer informar	Não pontua
Endereço completo: Nome do logradouro: _____ [preenchido automático com os dados do CNES] Número: _____ [preenchido automático com os dados do CNES] Complemento: _____ [preenchido automático com os dados do CNES] Bairro: _____ [preenchido automático com os dados do CNES] CEP _____ - _____ [preenchido automático com os dados do CNES] Código do Município: [Questão fechada: inserir lista de municípios]	Não pontua
Telefone para contato do local de serviço () - _____	Não pontua
De que forma você ficou sabendo da pesquisa? [múltipla escolha] (1) Telefonema da ouvidora (2) E-mail de divulgação do Ministério da Saúde (3) Redes sociais (4) Secretaria Municipal de Saúde (5) Outro: [abrir caixa de texto]	Não pontua
Nome completo: _____	Não pontua
e-mail (favor preencher um e-mail institucional): _____ e-mail (favor preencher um e-mail pessoal): _____	Não pontua
Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	Não pontua
Data de nascimento: data/mês/ano [gerar uma variável automática com o cálculo da idade]	Não pontua
Formação profissional: (1) Enfermeiro (a) (2) Fisioterapeuta (3) Médico (a) (4) Nutricionista (5) Profissional de Educação Física (6) Formação técnica em saúde (7) Agente comunitário de saúde (8) Outro: [abrir caixa de texto]	Não pontua
Grau de formação completa: (1) Sem escolaridade (2) Ensino Fundamental (3) Ensino Médio (4) Graduação (5) Pós-graduação	Não pontua
Atuação profissional no local: (1) Gestor (2) Coordenador de Área (atenção básica, vigilância em saúde, promoção da saúde) (3) Gerente de Unidade Básica de Saúde ou Centro de Saúde (4) Profissional de saúde (consulta) (5) Técnico em saúde (6) Outro: [abrir caixa de texto]	Não pontua
Tempo de atuação profissional no local: ____ anos ____ meses	Não pontua
No seu local de atuação há o desenvolvimento de alguma ação de atividade física? (1) Não [enviar o questionário] (2) Sim	Não pontua

<p>Marque o número de ações de atividade física que são desenvolvidas no seu local de trabalho.</p> <p>(1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco (6) Seis (7) Sete (8) Oito (9) Nove (10) Dez (11) Mais de dez</p>	Não pontua
<p>Escreva qual o objetivo da ação de atividade física que você está relatando? [abrir caixa de texto]</p> <p>(0) Não tem (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>[texto] = 1 (0) = 0 (9999) = 0</p>
<p>Há quanto tempo essa ação de atividade física é desenvolvida no seu local de trabalho?</p> <p>(1) Menos de três meses (2) De três a seis meses (3) De seis a um ano (4) De um a quatro anos (5) Mais de quatro anos (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>(1) = 0 (2) = 0 (3) = 0 (4) = 1 (5) = 1 (9999) = 0</p>
<p>Atualmente, a ação de atividade física ainda está sendo realizada?</p> <p>(1) Não (2) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>(0) = 0 (1) = 1 (9999) = 0</p>
<p>Quais as estratégias utilizadas para a divulgação da ação de atividade física? [múltipla escolha]</p> <p>Obs.: você pode assinalar mais que uma alternativa.</p> <p>(1) Não houve (2) Panfletos (3) Cartazes (4) Ligações telefônicas (5) Contato pelo Agente Comunitário de Saúde (6) Boca-a-boca (7) Reuniões nas Unidades (8) Outros: _____ [abrir caixa de texto] (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>[de 1 a 8 não soma, mas marca 1 ponto]</p> <p>(1) = 0 (2) = 1 (3) = 1 (4) = 1 (5) = 1 (6) = 1 (7) = 1 (8) = 1 (9999) = 0</p>
<p>Na maioria das vezes, onde ocorrem os encontros desta ação de atividade física?</p> <p>(1) Unidade Básica de Saúde (2) Polo do Programa Academia da Saúde (3) Áreas cobertas comunitárias (ginásio, salão, igreja, associação, escola, etc.) (4) Área abertas comunitárias (parque, praça, quadra esportiva, escola, etc.) (5) Área privada cedida (ginásio, quadra esportiva, etc.) (6) Outro: _____ [abrir caixa de texto] (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>(1) = 1 (2) = 1 (3) = 1 (4) = 1 (5) = 1 (6) = 1 (9999) = 0</p>
<p>Qual a metodologia empregada no desenvolvimento da ação de atividade física? [múltipla escolha]</p> <p>Obs.: você pode assinalar mais que uma alternativa.</p> <p>(1) Rodas de conversas ou palestras (2) Grupo de atividades físicas (3) Consultas individuais (4) Vídeos (5) Consultas em grupo (6) Outro: _____ [abrir caixa de texto] (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>[de 1 a 6 não soma, mas marca 1 ponto]</p> <p>(1) = 1 (2) = 1 (3) = 1 (4) = 1 (5) = 1 (6) = 1 (9999) = 0</p>
<p>Com qual frequência a ação de atividade física é desenvolvida?</p> <p>(1) 4 ou mais dias na semana (2) 3 dias na semana (3) 2 dias na semana (4) 1 dia na semana (5) Quinzenal (6) Mensal (7) É variável, não tem uma frequência definida (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>(1) = 2 (2) = 2 (3) = 2 (4) = 2 (5) = 2 (6) = 2 (7) = 1 (9999) = 0</p>
<p>Em cada encontro, qual a duração da ação de atividade física?</p> <p>(1) Não tem duração definida, varia de acordo com o encontro (2) Até 30 minutos (3) De 30 a 60 minutos (4) Mais de 60 minutos (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>(0) = 0 (1) = 1 (2) = 1 (3) = 1 (9999) = 0</p>
<p>É utilizado algum instrumento para avaliar a atividade física?</p> <p>(1) Não [gerar pulo para a questão 30] (2) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>(0) = 0 (1) = 1 (9999) = 0</p>

<p>Quais os tipos de instrumentos que foram e são utilizados para avaliar a atividade física dos participantes da ação? [múltipla escolha] Obs.: você pode assinalar mais que uma alternativa. (1) Entrevistas e/ou questionários (2) Equipamentos (ex.: acelerômetros, contador de passos, etc.) (3) Testes físicos/funcionais (ex.: banco de Wells, teste de seis minutos, teste de 1RM, etc.) (4) Observação do profissional (ex.: percepção de mudanças no comportamento dos participantes) (5) Autoavaliação (ex.: conversas informais com os participantes) (6) Índice de Massa Corporal (IMC) (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>[de 1 a 5 não soma, mas marca a maior pontuação] (1) = 1 (2) = 2 (3) = 2 (4) = 1 (5) = 1 (6) = 0 (9999) = 0</p>								
<p>Com que frequência são aplicados esses instrumentos para avaliar a ação de atividade física? (1) Semanalmente (2) Quinzenalmente (3) Mensalmente (4) Semestralmente (5) Anualmente (6) Não tem frequência regular (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>(1) = 1 (2) = 1 (3) = 1 (4) = 1 (5) = 1 (6) = 0 (9999) = 0</p>								
<p>É realizado algum relatório aos participantes com os resultados das avaliações físicas das ações de atividade física que são realizadas? (1) Não (2) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>(0) = 0 (1) = 2 (9999) = 0</p>								
<p>Há controle da frequência (assiduidade) dos participantes no decorrer da ação de atividade física? (1) Não (2) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>(0) = 0 (1) = 1 (9999) = 0</p>								
<p>Há controle do número de participantes que desistiram no decorrer da ação de atividade física? (1) Não [gerar pulo para a questão 33, a questão 32 deve ser preenchida com 8888] (2) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>(0) = 0 (1) = 1 (9999) = 0</p>								
<p>Há um levantamento das razões que levaram os participantes a desistirem no decorrer da ação de atividade física? (1) Não (2) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>(0) = 0 (1) = 1 (9999) = 0</p>								
<p>A ação de atividade física que é desenvolvida atende qual faixa etária? [múltipla escolha] Obs.: você pode assinalar mais que uma alternativa. Crianças (0-9 anos) Quantos participam da ação? _____ [inserir somente números] Adolescentes (10-19 anos) Quantos participam da ação? _____ [inserir somente números] Adultos (20-59 anos) Quantos participam da ação? _____ [inserir somente números] Idosos (60 anos ou mais) Quantos participam da ação? _____ [inserir somente números]</p>	<p>[gerar o somatório e pontuar conforme as faixas abaixo] 0 = 0 1 – 50 = 1 51 – 150 = 2 151 ou mais = 3</p>								
<p>A proposta da ação de atividade física é desenvolvida para atender a algum grupo especial? [múltipla escolha] Obs.: você pode assinalar mais que uma alternativa. (1) Não (2) Diabéticos (3) Obesos (4) Hipertensos (5) Gestantes (6) Outros: _____ [abrir caixa de texto] (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	<p>[de 1 a 6 não soma, mas marca 1 ponto] (0) = 1 (1) = 1 (2) = 1 (3) = 1 (4) = 1 (5) = 1 (9999) = 0</p>								
<p>Quantos profissionais de saúde do seu local de trabalho (contando com você) estão envolvidos no desenvolvimento desta ação de atividade física? . [permitir a inserção de números 1 a 99999]</p> <table border="1" data-bbox="159 1724 1165 2074"> <thead> <tr> <th></th> <th>Profissional 1</th> <th>Profissional 2</th> <th>Profissional 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Formação profissional</td> <td>(1) Enfermeiro (a) (2) Fisioterapeuta (3) Médico (a) (4) Nutricionista (5) Profissional de Educação Física (6) Formação técnica em saúde (7) Agente comunitário de saúde (8) Outro: [abrir caixa de texto]</td> <td>(1) Enfermeiro (a) (2) Fisioterapeuta (3) Médico (a) (4) Nutricionista (5) Profissional de Educação Física (6) Formação técnica em saúde (7) Agente comunitário de saúde (8) Outro: [abrir caixa de texto]</td> <td>(1) Enfermeiro (a) (2) Fisioterapeuta (3) Médico (a) (4) Nutricionista (5) Profissional de Educação Física (6) Formação técnica em saúde</td> </tr> </tbody> </table>		Profissional 1	Profissional 2	Profissional 3	Formação profissional	(1) Enfermeiro (a) (2) Fisioterapeuta (3) Médico (a) (4) Nutricionista (5) Profissional de Educação Física (6) Formação técnica em saúde (7) Agente comunitário de saúde (8) Outro: [abrir caixa de texto]	(1) Enfermeiro (a) (2) Fisioterapeuta (3) Médico (a) (4) Nutricionista (5) Profissional de Educação Física (6) Formação técnica em saúde (7) Agente comunitário de saúde (8) Outro: [abrir caixa de texto]	(1) Enfermeiro (a) (2) Fisioterapeuta (3) Médico (a) (4) Nutricionista (5) Profissional de Educação Física (6) Formação técnica em saúde	<p>[gerar o somatório e pontuar conforme as faixas abaixo] 1 = 1 2 – 3 = 2 4 ou mais = 3 9999 = 0</p>
	Profissional 1	Profissional 2	Profissional 3						
Formação profissional	(1) Enfermeiro (a) (2) Fisioterapeuta (3) Médico (a) (4) Nutricionista (5) Profissional de Educação Física (6) Formação técnica em saúde (7) Agente comunitário de saúde (8) Outro: [abrir caixa de texto]	(1) Enfermeiro (a) (2) Fisioterapeuta (3) Médico (a) (4) Nutricionista (5) Profissional de Educação Física (6) Formação técnica em saúde (7) Agente comunitário de saúde (8) Outro: [abrir caixa de texto]	(1) Enfermeiro (a) (2) Fisioterapeuta (3) Médico (a) (4) Nutricionista (5) Profissional de Educação Física (6) Formação técnica em saúde						

			(7) Agente comunitário de saúde (8) Outro: [abrir caixa de texto]	
(9999) Não sabe ou não quer informar				
Qual o vínculo empregatício do principal profissional que desenvolve a ação de atividade física?				
(1) Profissional contratado efetivo (concursado)			(1) = 2	
(2) Profissional contratado temporário			(2) = 1	
(3) Residente			(3) = 1	
(4) Estagiário			(4) = 1	
(5) Voluntário			(5) = 1	
(6) Outro: [abrir caixa de texto] _____			(6) = 1	
(9999) Não sabe ou não quer informar			(9999) = 0	
A gestão municipal oferece algum tipo de suporte (ajuda) para o desenvolvimento da ação?				
(1) Não [gerar pulo para a questão 39, a questão 38 deverá ser preenchida com 8888]			(0) = 1	
(2) Sim			(1) = 2	
(9999) Não sabe ou não quer informar			(9999) = 0	
Qual tipo de aporte (ajuda) oferecido pela gestão municipal? [múltipla escolha]				[de 1 a 4 não soma, mas marca 1 ponto]
Obs.: você pode assinalar mais que uma alternativa.				
(1) Recursos humanos (profissionais para atendimento)			(1) = 1	
(2) Recursos materiais (halteres, colchonetes, papéis, etc.)			(2) = 1	
(3) Recursos físicos (sala, auditório, academia, etc.)			(3) = 1	
(4) Outro: _____ [abrir caixa de texto]			(4) = 1	
(9999) Não sabe ou não quer informar			(9999) = 0	
Houve mudança na gestão municipal no decorrer do funcionamento da ação de atividade física que está sendo relatada?				
(1) Não			(0) = 0	
(2) Sim			(1) = 1	
(9999) Não sabe ou não quer informar			(9999) = 0	

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A SAÚDE A PARTIR DAS PRÁTICAS EXITOSAS DESENVOLVIDAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Pesquisador: Tânia Rosane Bertoldo Benedetti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80431717.0.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.572.260

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado de Paula Fabrício Sandreschi e Sofia Wolker Manta com participação de seis pesquisadores e orientado por Tânia R. Bertoldo Benedetti, do curso de graduação em Educação Física. Estudo misto, ou pesquisa multi-método, com abordagens quantitativas e qualitativas, com 500 participantes. Critérios de inclusão: Na etapa 1 serão incluídos: profissionais do MS, gestores de municípios, coordenadores de unidades básicas de saúde e profissionais que atuam diretamente com o público sobre o entendimento de práticas exitosas em atividades físicas. Na etapa 3: Observação sistemática dos programas e projetos e na etapa 4: Replicação em diferentes contextos regionais das ações exitosas em atividade física. Critérios de exclusão: Não constam. Intervenções: questionários, grupos focais, observações sistemáticas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Elaborar recomendações de atividade física para serem realizadas com usuários da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Objetivo Secundário:** -Elaborar, testar e validar um check list para identificação das práticas exitosas em atividade física, capazes de identificar aquelas que geram impacto sobre a saúde da população;- Elaborar escores, a partir do check list para classificação de êxito das práticas exitosas em atividade física identificadas;- Elaborar mapas temáticos sobre a distribuição dos programas e/ou projetos com práticas exitosas de atividades físicas desenvolvidos no contexto da atenção básica no SUS no Brasil e suas

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6034 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.572.290

características;- Propor as recomendações para as práticas exitosas em atividades físicas para serem aplicadas no contexto do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise adequada dos riscos e benefícios.

Riscos: Esse estudo terá riscos mínimos por realizar apenas questionários e grupos focais; além disso, o procedimento de coleta é pouco invasivo. As questões referem-se a processos administrativos envolvidos na gestão e atuação dos participantes no setor profissional. Desta forma, poucas questões pessoais de caracterização serão abordadas, minimizando o risco de desconforto e constrangimento do respondente. **Benefícios:** Inicialmente iremos verificar se as práticas de atividades físicas oferecidas pelo SUS são exitosas. Isto é de primordial importância para verificar se os recursos econômicos aplicados neste tipo de política têm trazido resultados efetivos. Além disso o participante poderá utilizar no seu cotidiano as informações levantadas na investigação sobre os programas, pois ele reunirá evidências avaliativas sobre características de intervenções como barreiras, estrutura e processo. Além disso, os resultados advindos dessa pesquisa proporcionarão um diagnóstico e avaliação das ações em todo o Brasil, que poderá contribuir para o desenvolvimento científico, econômico, social e das potencialidades ao Ministério da Saúde. Também, com o foco principal do estudo, criaremos recomendações de atividade física para o contexto do SUS, o que poderá guiar a prática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pela coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Carta de Anuência da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde autorizando a pesquisa, nas Unidades Básicas de Saúde do território brasileiro, nos termos da resolução 466/12. Cronograma, informando que a coleta de dados se dará a partir de 01/03/2018, ou após aprovação no CEPISH. Orçamento, informando financiamento do projeto pelo CNPq. Questionários a serem aplicados aos participantes. TCEs para os profissionais da Atenção Básica, para profissionais da saúde da Atenção Básica e para os usuários da Atenção Básica, em linguagem clara e adequada e atendendo as exigências da resolução 466/12.

Este projeto foi avaliado neste CEPISH por outro relator que solicitou diversas modificações para

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer 2.573.200

adequar o projeto às exigências da resolução 466/2012. Todas as exigências do relator prévio foram atendidas. Dentre elas destaque: Texto do relator "1. Apresentar a carta de anuência das instituições envolvidas na pesquisa, não esquecendo de constar que cumprirão as exigências da Resolução 466/12 do CNS". Resposta da pesquisadora "Resposta: não se tem condições de conseguir a carta de anuência de mais de 44.000 mil Centros de Saúde no Brasil. Neste sentido, solicitamos ao Ministério da Saúde uma carta de anuência constando, dentre outras informações, que cumprirão as exigências da Resolução 466/12 do CNS. Acreditamos que por meio da carta de anuência do Ministério da Saúde, responsável legal pela Atenção Básica no Brasil, esta pendência foi atendida."

De minha parte aceito a resposta da pesquisadora.

Recomendações:

Retirar dos TOLEs a afirmação "Ressaltamos que nenhum participante receberá qualquer tipo de ajuda de custo."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1018894.pdf	02/03/2018 12:27:50		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	02/03/2018 12:27:13	Paula Fabrício Sandreschi	Aceito
Brochura Pesquisa	Questionario_etapa_2.pdf	28/02/2018 19:11:35	Paula Fabrício Sandreschi	Aceito
Brochura Pesquisa	Questionario_etapa_1.pdf	28/02/2018 19:10:44	Paula Fabrício Sandreschi	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_RESPOSTA_GEP.pdf	28/02/2018 19:08:38	Paula Fabrício Sandreschi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	28/02/2018 19:08:21	Paula Fabrício Sandreschi	Aceito
Declaração do Patrocinador	termo_de_aceite_CNPQ.pdf	28/02/2018 19:07:50	Paula Fabrício Sandreschi	Aceito
Declaração do	Resultado_CNPQ.pdf	28/02/2018	Paula Fabrício	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propeq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 3.573.280

Patrocinador	Resultado_CNPQ.pdf	19:07:19	Sandreschi	Aceito
Declaração do Patrocinador	e_mail_aprovacao.pdf	28/02/2018 19:07:05	Paula Fabricio Sandreschi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.pdf	28/02/2018 19:02:40	Paula Fabricio Sandreschi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_da_saude_na_AB.pdf	28/02/2018 19:02:03	Paula Fabricio Sandreschi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_da_AB.pdf	28/02/2018 19:01:14	Paula Fabricio Sandreschi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores_profissionais_usuarios.pdf	28/02/2018 19:01:00	Paula Fabricio Sandreschi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	28/02/2018 18:55:18	Paula Fabricio Sandreschi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 30 de Março de 2018

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 232, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep_propoes@contato.ufsc.br