

MARIJUNIO ROCHA PIRES

**ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA DOS MUNICÍPIOS
PERTENCENTES À MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA – MG**

UBERABA

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Marijunio Rocha Pires

**ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA DOS MUNICÍPIOS
PERTENCENTES À MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA – MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física, área de concentração “Educação Física, Esporte e Saúde” (Linha de Pesquisa: Epidemiologia da Atividade Física), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dra. Renata Damião

UBERABA

2016

Marijunio Rocha Pires

**ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA DOS MUNICÍPIOS
PERTENCENTES À MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA – MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física, área de concentração “Educação Física, Esporte e Saúde” (Linha de Pesquisa: Epidemiologia da Atividade Física), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 16 de fevereiro de 2016

Banca examinadora:

Dra. Renata Damião – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dr. Tales Emílio Costa Amorim
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-Rio-Grandense

Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico este trabalho aos meus pais: Mário Pires Maciel e Josefa Rocha Machado por me proporcionarem a educação inicial, etapa que considero de grande importância na formação de um cidadão.

AGRADECIMENTOS

Ao longo dessa trajetória muitas pessoas e instituições contribuíram para a realização deste tão almejado curso de mestrado, a estes deixo os meus agradecimentos:

À minha Orientadora, professora Renata Damião, por acreditar no meu trabalho, importante contribuição para meu aprendizado e crescimento intelectual.

À UFTM, pela oportunidade de estudar nessa tão conceituada Instituição de Ensino Superior e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior–CAPES, pela concessão de bolsa de estudo.

Aos meus pais e irmãos, por contribuírem com o incentivo para a realização desse curso.

Aos professores Álvaro da Silva Santos, Jeffer Eidi Sasaki, Tales Emílio Costa Amorim e Thiago Ferreira de Sousa, por participarem do processo de validação do questionário utilizado nesta pesquisa.

À professora Sheilla Tribess, pelo acompanhamento na disciplina de estágio de docência, momento em que pude vivenciar a experiência de atuação no ensino superior.

Aos professores Jair Sindra Virtuoso Júnior, Tales Emílio Costa Amorim, Thiago Ferreira de Sousa e Laercio Joel Franco, por aceitarem fazer parte da minha banca e estarem dispostos a oferecer contribuições teóricas a este estudo.

Aos colegas da minha turma do mestrado, pela troca de conhecimentos, em especial ao amigo Júlio Cesar Rodrigues, pelo companheirismo e amizade ao longo desse período.

Aos colegas do Núcleo de Estudos em Atividade Física & Saúde (NEAFISA), em especial à Jairo Hélio Júnior, Jeffer Eidi Sasaki, Camilo Monteiro e Joilson Meneguci, pelas constantes trocas de conhecimentos, ensinamentos e companheirismo.

Às pessoas entrevistadas neste estudo: Secretários Municipais de Saúde, Ação Social e Esporte/Lazer, Coordenadores e Aplicadores dos Programas de Atividade Física e Gerentes das Unidades Básicas de Saúde. A participação dessas pessoas foi fundamental para a concretização deste trabalho.

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

P746a Pires, Marijunio Rocha
Análise dos programas de atividade física dos municípios pertencentes à microrregião de saúde de Uberaba – MG / Marijunio Rocha Pires. -- 2016.
118 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2016
Orientadora: Prof^a Dr^a Renata Damião

1. Atividade física. 2. Promoção da saúde. 3. Avaliação de programas e projetos de saúde. 4. Epidemiologia. I. Damião, Renata. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.72

Às Superintendências Regionais de Saúde e Educação de Uberaba, à Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social de Minas Gerais e às Secretarias municipais de Saúde, Ação Social e Esporte/Lazer da Microrregião de Uberaba, pela confiança em concordar com a realização desta pesquisa.

À todos os alunos e alunas do projeto “Movimento é Vida”, da Secretaria municipal de Saúde de Uibaí, BA, que serviram de inspiração para a realização deste estudo.

Enfim, agradeço à todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para realização desse tão sonhado curso de mestrado acadêmico em Educação Física.

RESUMO

A literatura mostra um crescente número de Programas de Atividade Física (PAFs) no serviço público brasileiro, o que demonstra preocupação por parte dos gestores em reduzir os agravos à saúde relacionados à inatividade física. Visando verificar a efetividade desses programas, alguns estudos foram desenvolvidos por pesquisadores, porém, as características de muitos PAFs ainda são desconhecidas. Os objetivos neste estudo foram: identificar e descrever as características dos Programas de Atividade Física e traçar o perfil dos aplicadores desses Programas nos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG. Estudo transversal realizado em 8 municípios dessa microrregião. O público elegível para o estudo foi composto de 89 indivíduos, constituído por: Secretários municipais de Saúde (N=8), Ação Social (N=8), Esporte/Lazer (N=8), Coordenadores de PAFs (N=14) e Aplicadores (N=51). Os indivíduos responderam a um questionário padronizado, contendo questões sociodemográficas e relacionadas a recursos, atividades, resultados esperados e profissionais envolvidos nos PAFs. Foram calculadas as distribuições de frequências relativas e absolutas, média e desvio-padrão das variáveis estudadas. Os resultados apontaram 16 PAFs na microrregião. A avaliação dos 11 programas elegíveis mostrou maior proporção de PAFs vinculados às Secretarias de Saúde (54,5%), funcionamento predominante em Academias ao ar livre, praças/parques (72,7%), principal público alvo formado por idosos (100,0%), grupo de risco predominante de diabéticos/hipertensos (100,0%) e principais resultados esperados, em longo prazo a diminuição dos custos com tratamento de média e alta complexidade (81,8%). Dentre os aplicadores, a maioria tinha nível superior (88,6%) e formação em Educação Física (63,6%). Os Fisioterapeutas estiveram mais presentes nas Secretarias de Saúde (90,0%) e os profissionais de Educação Física nas Secretarias de Esporte/lazer (60,7%). O maior percentual trabalhava 20 horas semanais e recebia 2 salários mínimos mensais. Diante desses resultados, observou-se PAFs, em todos os municípios analisados, com oferta de recurso, atividade e aplicadores com nível superior e formação em Educação Física, porém, o investimento em formação continuada, participação da gestão do PAF, ampliação de avaliações físicas e inserção dos profissionais de Educação Física, nos PAFs ligados às Secretarias de Saúde, ainda são lacunas a serem preenchidas.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Programas de Atividade Física. Epidemiologia.

ABSTRACT

The literature shows a growing number of Physical Activity Programs (PAFs) in the Brazilian public service, demonstrating concern by managers to reduce the health risks related to physical inactivity. Some studies were conducted by the researchers aiming to verify the effectiveness of these programs. However, the characteristics of many PAFs are still unknown. The objectives of this study were to identify and describe the features of Physical Activity Programs and to elaborate the profile of the appliers of these programs in the Health Micro-region of the municipalities of Uberaba, MG. It is a cross-sectional study performed in eight municipalities of this micro-region. The eligible people for the study consisted of 89 individuals, as follows: Municipal Health Departments (N=8), Social Action (N=8), Sport/Leisure (N=8), PAFs Coordinators (N=14) and Appliers (N=51). The subjects answered a standardized questionnaire with socio-demographic questions and related to resources, activities, expected results and professionals involved in PAFs. Absolute and relative frequencies distributions, average and standard deviation of the variables studied were calculated. The results showed sixteen PAFs in the micro-region. The evaluation of the eleven eligible programs showed higher proportion of linked PAFs to the Health Departments (54.5%), predominantly working in outdoor gyms, squares/parks (72.7%). The main target people were the elderly people (100.0%), predominant risk group of diabetic/hypertensive (100.0%) and the main long-term expected results was the medium and high complexity treatment costs decrease (81.8%). Among the appliers, most of them have higher education (88.6%) with Physical Education degrees (63.6%). Physiotherapists were more present in Health Departments (90.0%), and professionals of physical education were in the Departments of Sport/Leisure (60.7%). Most of them worked 20 hours per week and received two minimum wages per month. Based on the results, PAFs in all analyzed municipalities were observed with a resource supply, activity and applicators with higher education and Physical Education degree. However, investment in continuing education, PAF management participation, expansion of physical assessments and integration of physical education professionals in PAFs related to the Health Departments are still gaps to be filled.

Keywords: Health promotion. Physical Activity Programs. Epidemiology.

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura

1 Organograma da distribuição de Municípios, Programas de Atividade Física e Secretarias analisadas na Microrregião de Saúde de Uberaba, MG.....28

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela

1 Características dos recursos financeiros, humanos e físicos dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião Saúde de Uberaba, MG.....	31
2 Características das atividades ofertadas nos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião Saúde de Uberaba, MG.....	33
3 Características das atividades dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião Saúde de Uberaba, MG.....	35
4 Características das avaliações dos Programas de Atividade Física nos municípios da Microrregião Saúde de Uberaba, MG.....	37
5 Distribuição dos resultados em curto, médio e longo prazo dos Programas de Atividade Física nos municípios da Microrregião Saúde de Uberaba, MG.....	39

Artigo 2

Tabela

1 Características das funções exercidas, participação da gestão e educação permanente dos aplicadores dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião Saúde de Uberaba, MG.....	55
2 Características da carga horária, locais de trabalho e remuneração recebida pelos aplicadores dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião Saúde de Uberaba, MG.....	57
3 Avaliações e perspectivas futuras dos aplicadores sobre os Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião Saúde de Uberaba, MG.....	59

LISTA DE SIGLAS

AF	Atividade Física
ABS	Atenção Básica à Saúde
CEMEA	Centro Municipal de Educação Avançada
CRAS	Centros de Referência em Assistência Social
CDC	<i>Center For Disease Control and Prevention</i>
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
EF	Educação Física
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAF	Programa de Atividade Física
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
RNAF	Rede Nacional de Atividade Física
PAS	Programa Academia da Saúde
RE-AIM	<i>Reach, Efficacy/Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance</i>
SOE	Serviço de Orientação ao Exercício
SUS	Sistema Único de Saúde
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL	13
1.2 BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA PARA A SAÚDE	14
1.3 PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA VINCULADOS AO SERVIÇO PÚBLICO	15
1.4 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	17
1.5 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA.....	19
2 JUSTIFICATIVA.....	21
3 ARTIGOS PRODUZIDOS	23
3.1 ARTIGO 1	23
3.2 ARTIGO 2	49
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES	75
ANEXO	115

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

Nas últimas décadas, a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida e contínua, isso se deve à transição demográfica, explicada pelas mudanças nas taxas de fecundidade e mortalidade e melhorias nas condições de saúde. Dados demonstram que, em 1940, a população jovem correspondia 42,6% e a idosa 4,1% passando, em 2000, para 29,6% e 8,6%, respectivamente (LEBRÃO, 2007). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, apontaram 10,8% do total da população com 60 anos ou mais (BRASIL, 2010a).

Além disso, houve uma transição epidemiológica, isto é, os problemas de morbimortalidade que eram mais comuns na população jovem aumentaram entre os idosos (SCHRAMM, et al, 2004). As doenças infecciosas e parasitárias, em 1930, foram responsáveis por 45,7% das causas de mortes; em 1999, esse índice reduziu para 5,9%, comparado com o mesmo período, houve aumento das doenças cardiovasculares de 11,8% para 31,3%, ou seja, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) ultrapassam as doenças transmissíveis (CARMO; BARRETO; SILVA JR, 2003). No Brasil, em 2011, as DCNTs foram responsáveis por 74,0% do total de mortes (WHO, 2011).

Os indivíduos que vivem em sociedades industrializadas estão propensos a desenvolver no curso de sua vida alguma DCNT, tais como obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica ou doença cardiovascular aterosclerótica, doenças que possuem origem multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais como a inatividade física (WHO, 2004).

O aumento das DCNTs no Brasil tem uma forte relação com o envelhecimento populacional, crescimento da renda, industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos processados e hábitos não saudáveis (BRASIL, 2009a; MONTEIRO, et al, 2000).

Entre 1996 a 2007, houve uma redução de 20% na taxa de mortalidade por DCNTs no Brasil, 31% entre as doenças cardiovasculares e 38% entre as respiratórias crônicas, fato esse decorrente da expansão do acesso a Atenção Básica à Saúde (ABS) e controle do tabagismo (SCHMIDT, et al., 2011).

1.2 BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA PARA A SAÚDE

Antes de abordar os benefícios da prática regular de atividade física, é oportuno definir os conceitos de atividade física e exercício. Atividade física é definida como movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto calórico na realização das atividades do dia a dia. Já exercício físico é o conjunto de atividade física planejada, estruturada e repetitiva com objetivo final ou intermediário de melhorar ou de manter a aptidão física (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).

A inatividade física já é uma questão de saúde pública de abrangência global com significativo impacto na carga de adoecimento e morte, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (WHO, 2004). A pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que avaliou 26 capitais do Brasil e o Distrito Federal, em 2013, demonstrou que 16,2% dos adultos brasileiros encontram-se fisicamente inativos e esse quadro se agrava com o avançar da idade (BRASIL, 2014).

Para que um indivíduo adulto seja considerado suficientemente ativo precisa acumular, no mínimo, 150 minutos/semana de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos/semana de intensidade vigorosa, com sessões mínimas de 10 minutos (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008).

A prática regular de atividade física associada à prevenção e tratamento de doenças contribui para a redução da adiposidade corporal, diminuição da pressão arterial sistêmica, melhoria do perfil lipídico e da sensibilidade à insulina, aumento do gasto energético, da massa e força muscular, da capacidade cardiorrespiratória, da flexibilidade e do equilíbrio (COELHO; BURINI, 2009).

Um estudo desenvolvido em Londres, na Inglaterra, com 7881 indivíduos, com o objetivo de verificar a associação da atividade física com risco de doenças cardiovasculares, mostrou que a atividade física, mesmo praticada com intensidade leve, ajuda a reduzir os riscos de desenvolver essas doenças (HAMER et al., 2012). Um estudo de projeções realizado em 23 países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, com o objetivo de relacionar a redução da produção econômica com as doenças crônicas, constatou que se nada for feito para reduzir o risco das doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e diabetes mellitus, essas doenças

podem causar uma redução na produção econômica de US\$ 84 bilhões entre os anos de 2006 e 2015 a esses países (ABEGUNDE et al., 2007).

Um estudo de caso e de controle, que avaliou o Programa de Saúde e Atividade Física da Universidade de Antioquia em Medellín, na Colômbia, observou que os gastos financeiros com a saúde em serviços médicos de emergência, internações e consumo de medicamentos foi 4,6 vezes menor entre os casos (participantes do Programa) quando comparado com os controles (MARTINEZ-LOPEZ; GRAJALES, 2010).

O estudo realizado em 2013 por Bielemann et al (2015), utilizando os dados do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro referente aos custos de internações, apontou que, aproximadamente, 15,0% dos gastos com internações são atribuídos a inatividade física. Seguindo esta linha de análise, outro estudo que objetivou associar os custos com internações relacionadas às DCNTs e distribuições de medicamentos na cidade de Pelotas (RS), constatou que, em 2007, essas doenças causaram um gasto ao SUS de R\$ 4.252.489,00 e os autores chegaram à seguinte conclusão: se todas as pessoas moradoras da cidade fossem fisicamente ativas, a economia para o SUS seria de R\$ 2,2 milhões (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010).

Levando em consideração os diversos problemas que as DCNT causam à saúde pública e à possibilidade de combate a essas doenças pela atividade física, a construção de espaços públicos destinados à prática de atividade física no lazer, e o incentivo a essas práticas em grupo, pode apresentar papel significativo na promoção da saúde da população de modo geral (GIEHL et al, 2012), além de reduzir os gastos públicos relacionados a essas doenças crônicas.

1.3 PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA VINCULADOS AO SERVIÇO PÚBLICO

Para uma melhor compreensão desta temática, é importante destacar alguns dos conceitos a serem abordados. Nesse sentido, programa é definido como um conjunto de projetos relacionados e gerenciados, de modo coordenado, com o objetivo de adquirir benefícios não disponíveis se gerenciados individualmente. Compreendemos a noção de projeto como um empreendimento planejado, orientado a resultados e atividades com início e fim, para atingir um propósito claro e definido (BRASIL, 2011a).

Dentre as várias modalidades de programas vinculados aos órgãos governamentais, existem os Programas de Atividade Física (PAF) que possibilitam à população o acesso à atividade física em espaços com condições estruturais adequadas e acompanhamento profissional de forma gratuita, que resulta em incentivo à promoção da saúde e diminuição de DCNT no serviço público.

Um estudo realizado em Los Angeles, nos Estados Unidos, mostrou que as autoridades em saúde têm buscado estratégias por meio de atividade física nas escolas, além da criação de programas direcionados a comunidades economicamente desfavorecidas e portadoras de doenças crônicas (SIMON et al, 2009), isso demonstra que a criação de PAFs é uma preocupação global.

No Brasil, o incentivo à prática de atividade física teve início no ano de 1960 em Curitiba, com a reestruturação de espaço urbano para a prática de atividade física e criação de políticas públicas que articulem a promoção dessas práticas (HALLAL et al., 2009a).

Em 1990, surgiram pelo Brasil PAFs voltados à população, dentre eles o “Agita São Paulo” na cidade de São Paulo (SP) com o objetivo de incentivar a prática de atividade física de, no mínimo, 30 minutos diários (MATSUDO et al, 2003) e o “Serviço de Orientação ao Exercício” (SOE), em Vitória (ES), com o propósito de oferecer informações e atividade física em espaços públicos como parques e praças (VENTURIM; MOLINA, 2005).

No ano de 1998 foi criado o “Programa CuritibaAtiva” na cidade de Curitiba (PR), coordenado pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, que teve como objetivo incentivar a atividade física através de ações educativas, práticas de esportes, atividades orientadas e organizações de eventos como corridas, por exemplo (KRUCHELSKI; RAUCHBACH, 2005).

A partir de 2000, surgiram os “Programas Academia da Cidade” de Recife (PE) e Aracajú com foco na criação de espaços públicos de lazer, mobilização social e orientação de atividade física (SIMÕES et al., 2009).

O “Programa Academia da Cidade” de Recife (PE) foi implantado em 2002 pela Secretaria de Saúde do Recife e faz parte do SUS, seu objetivo principal é promover atividade física, lazer e alimentação saudável para a comunidade (HALLAL et al., 2010). Em 2004, por meio de parceria entre a Universidade Federal de Sergipe e Secretaria Municipal de Saúde de Aracajú, foi criado o Programa Academia da Cidade

de Aracajú com o objetivo de proporcionar à população a adoção de um estilo de vida mais ativo, em que a prática regular de atividades físicas é estimulada e orientada (BRASIL, 2013; MENDONÇA, 2008).

Em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte criou um Grupo de Promoção à Saúde, que propunha implantar um projeto de promoção à saúde e prevenção dos fatores de risco relacionados às doenças e agravos não transmissíveis, esse grupo realizou parcerias com as Secretarias de Esporte, Abastecimento, Educação e com a Universidade Federal de Minas Gerais, que contribuiu para implantação das Academias da Cidade de Belo Horizonte, anos depois integradas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008 (BRASIL, 2013).

Decorrente do sucesso dessas iniciativas, o Ministério da Saúde (MS) passou a incentivar a criação de outros programas por meio de portarias, o primeiro deles foi o Agita Brasil, Programa Nacional de Atividade Física, criado em 2001 (por meio da portaria nº 1.893), que incentivava a realização de atividade física e o consequente, controle e prevenção das DCNTs (BRASIL, 2002).

As estratégias utilizadas nesses programas consistiram em realizar oficinas para capacitar multiplicadores no incentivo à atividade física em setores da saúde, esporte, lazer, educação, turismo, lideranças comunitárias, entre outros, no intuito de estimular a população a adotar uma prática regular de, pelo menos, 30 minutos diários de atividade física (BRASIL, 2002).

Essas iniciativas instigaram os gestores a estimularem atividade física em todo o Brasil, a criação da Política Nacional de Promoção à Saúde em 2006 (PNPS) por meio da portaria nº 687/GM/MS, marca o início da criação e publicação de vários outros editais e portarias semelhantes. Esses documentos contribuíram no financiamento de diversos PAFs que atualmente estão presentes na maioria dos municípios brasileiros (BRASIL, 2006).

1.4 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O que reforçou a criação da PNPS foi a Agenda de compromissos com a saúde através de pactos definidos pelo MS, em 2005. Um deles foi o Pacto em Defesa da Vida, que buscava o aprimoramento e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS com destaque à Estratégia de Saúde da Família com ênfase na promoção de atividade

física, hábitos saudáveis, alimentação e cuidado no processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

Em paralelo, o MS criou a Rede Nacional de Atividade Física (RNAF), que financiava a promoção da saúde com ênfase na atividade física em vários municípios (KNUTH et al., 2010; MALTA et al., 2009). Até 2010 foram investidos, aproximadamente, R\$ 171 milhões no financiamento desses PAFs; em 2009, 1374 municípios foram contemplados, a maioria deles recebeu incentivo de R\$ 40 mil reais para implantação e manutenção dos programas (AMORIM et al., 2013; BRASIL, 2009a).

A RNAF faz parte da Rede Nacional de Promoção da Saúde da PNPS com ênfase na atividade física e começou a ser estabelecida no Brasil por meio de financiamento pelo MS, por meio dos seguintes documentos: portarias nº 2608/2005, editais nº 2 de 11/09/2006 e nº 2 de 16/09/2007 e as portarias 79/2008 e 139/2009 (BRASIL, 2009a, 2009b; MALTA; CASTRO, 2009).

A Rede Nacional de Promoção da Saúde avançou com a criação da portaria 184/2010 e garantiu a, aproximadamente, 1500 municípios, constituintes dessa rede, repasse financeiro para a sustentabilidade das ações anteriormente implantadas (BRASIL, 2010b).

Um programa que favoreceu o incentivo à atividade física na ABS foi o NASF, criado em janeiro de 2008, por meio da portaria nº 154, que se propunha a ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da ABS. O NASF é formado por uma equipe interdisciplinar e, além de várias ações, incorpora a atividade física (BRASIL, 2008).

Além do NASF, o MS criou o Programa Academia da Saúde (PAS), por meio da portaria nº 719 de 2011, que previa contribuições para a promoção da saúde da população através da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e pessoal qualificado, integrantes da ABS, para desenvolver ações de orientação de atividade física e de lazer (BRASIL, 2011b).

A implantação dos polos ocorre através de parcerias entre MS e municípios, as ações a serem desenvolvidas devem seguir os princípios e diretrizes do SUS, fortalecendo ações locais a fim de promover a saúde da população. A meta do

programa é que até 2015 sejam implantados 4000 polos em todo o país (BRASIL, 2011c). Os recursos, até 2014, foram repassados para a construção de 3.725 polos; desses, 224 estão em funcionamento (MALTA et al., 2014).

O PAS é baseado em iniciativas bem sucedidas realizadas em cidades como Recife, Aracaju e Belo Horizonte, esses programas buscaram eliminar barreiras para a prática de atividade física, como a inexistência de espaços públicos de lazer (BRASIL, 2011c).

De acordo com o relato acima, observa-se que houve, nas últimas décadas, um aumento no incentivo a promoção à saúde por meio da atividade física no SUS. Nesse sentido, a implantação de PAFs, pelo MS e Secretarias Municipais de Saúde, contribui para a população cadastrada na ABS realizar atividade física e adquirir um estilo de vida ativo, porém, para que esses programas sejam criados e desenvolvidos, é indispensável o apoio dos gestores municipais.

1.5 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA

A prática de avaliação de programas de intervenção é definida como processo de determinação, sistemática e objetiva, por meio de relevância, efetividade, eficiência e impacto de trabalhos que são fundamentados nos objetivos propostos (OMS, 2000).

A avaliação dos PAFs é importante para verificar, principalmente, o progresso obtido, e não duplicar desnecessariamente o uso de recursos financeiros, e melhorar o programa (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2002).

Existem na literatura algumas propostas para avaliar PAFs, dentre elas destacam-se as seguintes:

a) O modelo conceitual *Reach, Efficacy/Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance* (RE-AIM) foi desenvolvido no final da década de 1990 nos Estados Unidos com o propósito de auxiliar gestores de programas, avaliadores, leitores e fontes financiadoras no destaque de elementos essenciais de programas, além de proporcionar um método para avaliar o impacto da saúde coletiva em programas e intervenções e para colaborar na consolidação da saúde pública (RUSSELL E. GLASGOW; THOMAS M. VOGT; SHAWN M. BOLES, 1999).

O RE-AIM leva em consideração cinco fatores: alcance (proporção da população alvo que participa do serviço), efetividade/eficácia (quanto a intervenção afeta uma mudança no desfecho primário de interesse, positivo ou negativo), adoção

(número de estruturas organizacionais e representatividade na participação), implementação (grau de aplicação da intervenção, tempo e custos em nível organizacional) e manutenção (sustentabilidade do programa ao longo do tempo, mesmo quando acabam os recursos iniciais) . Em 2013, o Modelo RE-AIM passou por uma adaptação cultural para o Brasil (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

b) Habicht et al (1999) sugerem alguns indicadores que focam na saúde pública e no público-alvo a ser atendido, e análise do custo-benefício do programa, como: oferta (disponibilidade do programa para o público alvo e qualidade do serviço), utilização (uso e aceitação do programa pela população), cobertura (público proposto atingido) e impacto (mudanças proporcionadas na saúde e modo de vida das pessoas atingidas).

c) O modelo conceitual proposto por Donabedian (1984) inclui três indicadores para avaliação: estrutura (condições sob as quais o cuidado à saúde é oferecido aos usuários dos serviços), processo (indica o que é oferecido a esses usuários em termos de cuidado) e resultado (reflete se o programa atingiu seus objetivos e o quanto o usuário do serviço conseguiu resolver seu problema após um determinado período de tempo).

d) Mais recentemente surgiram os modelos lógicos que ajudam tanto na implementação quanto na avaliação de programas. De acordo com o *Center For Disease Control and Prevention* (CDC) o modelo lógico é definido como uma ferramenta interativa que serve como quadro de referência ao longo de todo o planejamento, implementação e avaliação do programa (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2002). Além disso, é necessário destacar que a avaliação de PAFs ajuda a compreender o progresso e os resultados alcançados e, por conseguinte, evita gastos financeiros desnecessários. O modelo lógico do CDC leva em consideração a construção, o desenvolvimento e a avaliação de programas, através de recursos (financeiros, humanos e físicos), atividades, produtos, resultados em curto, médio e longo prazo e objetivos a serem atingidos.

2 JUSTIFICATIVA

Os diversos benefícios, já comprovados, da atividade física a saúde e estilo de vida da população levaram os gestores públicos brasileiros a investirem em PAFs nos diversos municípios. No entanto, as DCNTs ainda constituem problemas de saúde pública, responsáveis por mais de 70,0% das causas de morte e, somado a isto, apenas 22,5% da população brasileira pratica os níveis recomendados de atividade física no lazer (IBGE, 2014).

Além disso, 49,4% da população residente nas capitais brasileiras e Distrito Federal não atinge a recomendação mínima semanal de atividade física (BRASIL, 2014).

Com o objetivo de descrever e/ou avaliar PAFs, alguns estudos foram realizados em capitais brasileiras como Recife (PE) e Curitiba (PR), além de outros municípios (AMORIM et al., 2013; HALLAL et al., 2009a, 2009b, 2010; KNUTH et al., 2010; RIBEIRO et al., 2010; SIMOES et al., 2009), porém, pouco se sabe das características de diversos outros PAFs municipais.

Alguns estudos sobre atividade física e PAF, realizados na região de Uberaba, avaliaram questões como barreiras e engajamento de idosos em PAFs (RIBEIRO et al., 2015), descrição sobre os resultados de um PAF (de PAULO et al., 2012) e associação entre o maior tempo sentado com perfil sociodemográfico, clínico e hábitos (MENEGUCI et al., 2015). No entanto, ainda não foram constatados, na literatura, estudos com o propósito de realizar levantamento e avaliação dos PAFs da Microrregião de Saúde de Uberaba.

Trabalhos com objetivo de descrever o perfil de aplicadores de PAFs, ainda são escassos na literatura, alguns poucos verificaram o perfil e a opinião dos profissionais sobre os programas em que eles trabalharam (HALLAL et al., 2009b; RODRIGUES et al., 2015; SILVA et al., 2014). Porém, não foram encontradas na literatura evidências de estudos que apresentem informações sobre as características dos aplicadores que atuam nos PAFs de microrregiões de saúde, principalmente de Uberaba.

As iniciativas, do governo federal brasileiro, em estimular e financiar PAFs são únicas no mundo (AMORIM, 2013). Dessa forma, o levantamento e a avaliação desses programas, assim como a verificação do perfil dos seus aplicadores, poderão ajudar a entender como estão ocorrendo essas atividades, o que poderá possibilitar a

replicação dos métodos bem sucedidos, troca de experiência entre os municípios e auxílio no redirecionamento dos trabalhos, tornando-os mais efetivos.

3 ARTIGOS PRODUZIDOS

3.1 ARTIGO 1

Avaliação dos Programas Municipais de Atividade Física da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar e descrever algumas características dos Programas de Atividade Física (PAFs) dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba. Caracteriza-se como um estudo transversal, realizado em 8 municípios dessa microrregião, tendo como participantes Secretários municipais de Saúde, Ação Social, Esporte/Lazer e Coordenadores de PAFs. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário padronizado. Para avaliação dos PAFs utilizou-se o modelo lógico do *Center For Disease Control and Prevention*. Foram calculadas as distribuições de frequências relativas e absolutas, média e desvio-padrão das variáveis estudadas. Os resultados demonstraram a existência de 16 PAFs nos municípios, dentre esses, 11 foram avaliados apresentando maior proporção nas Secretarias de Saúde (54,5%), financiados, em maior parte, pelos próprios municípios. Os aplicadores mais presentes nos PAFs eram formados em Educação Física (54,5%) e Fisioterapia (45,5%). A maioria das atividades ocorria em Academias, ao ar livre e em praças/parques (72,7%); os exercícios de alongamento e relaxamento foram os mais realizados (100,0%), com principais formas de divulgação feitas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (90,9%) e internet (81,8%). Os idosos estiveram entre o principal público alvo com maior cobertura (35,3%), enquanto os diabéticos/hipertensos (100,0%) formaram os grupos de risco mais presentes nos PAFs. A maioria dos PAFs (81,8%) utilizava o controle de presença como principal forma de avaliação interna, os benefícios para a saúde foram considerados a principal influência positiva (81,8%) dos programas, e a maioria deles apresentou perspectivas futuras de expansão (72,7%). A redução dos custos com tratamento, de média e alta complexidade, esteve entre os principais resultados esperados em longo prazo (81,8%). Portanto, conclui-se que todos os municípios analisados dispõem de PAFs com recursos e ampla oferta de atividades, dessa forma, o incentivo ao aperfeiçoamento e crescimento desses programas deve ser motivado.

Palavras-chave: Programas de Atividade Física. Avaliação. Promoção da Saúde. Epidemiologia.

Evaluation of Physical Activity Municipal Programs in the Health Micro-region of Uberaba, MG

Abstract

The objective of this study was to identify and describe the characteristics of Physical Activity Programs (PAFs) of the municipalities in the Health Micro-region of Uberaba. It is a cross-sectional study performed in eight municipalities of this micro-region. Its participants were from the Municipal Health Departments, Social Action, Sport/Leisure and PAFs Coordinators. The data collections was held through the application of a standardized questionnaire. The *Disease Control and Prevention* logic models were used to evaluate the PAFs. Absolute and relative frequencies distributions, average and standard deviation of the variables studied were calculated. The results showed 16 PAFs in the municipalities, and 11 of them 11 were evaluated showing a higher proportion in the Health Departments (54.5%), funded in most part by the municipalities were evaluated. The most present appliers in the PAFs were the Physical Education graduates (54.5%) and Physiotherapy graduates (45.5%). Most activities took place in outdoor gyms and squares/parks (72.7%). The stretching and relaxation were the most performed exercises (100.0%). With professionals of the Primary Health Care held the main forms of disclosure (90.9%) and internet (81.8%). The elderly population is among the main target audience (100.0%) with greater coverage (35.3%). Diabetic/hypertensive (100.0%), were the most common risk groups in PAFs. Most PAFs (81.8%) use the presence control as the main form of internal evaluation. The health benefits were considered the main positive influence (81.8%) of the programs, and most of them presented future prospects expansion (72.7%).The benefits for health were the main positive influences (81.8%) of the programs. Most of them have prospects for expansion (72.7%). Reducing the costs of treatment of medium and high complexity, the long term was among the main results expected (81.8%). Therefore, we conclude that all the analyzed municipalities have PAFs with resources and activities offered. Thus, encouraging the development and growth of these programs should be instigated.

Keywords: Physical Activity Programs. Evaluation. Promotion of Health. Epidemiology.

Introdução

Com significativo impacto na carga de adoecimento e morte entre a população, a inatividade física tem se configurado como uma questão preocupante para a saúde pública, tornando-se um dos principais comportamentos de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas, o que compromete a saúde e a qualidade de vida da população, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (WHO, 2011).

Visando reduzir a incidência das doenças crônicas e melhorar os níveis de saúde e qualidade de vida da população, desde 2005, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Promoção à Saúde, realizou diversas campanhas nacionais de promoção à saúde por meio da atividade física (BRASIL, 2006), com destaque para a Rede Nacional de Atividade Física (BRASIL, 2010, p. 184; KNUTH et al., 2010) e o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011).

Apesar dos esforços do governo federal em promover ações de atividade física, a proporção de pessoas insuficientemente ativas, atualmente, chega a 46,0% dos adultos brasileiros (IBGE, 2014), isso demonstra que os avanços nas ações de incentivo a atividade física ainda não atingiram grande parcela da população. Desta forma, a avaliação de Programas de Atividade Física (PAFs) pode contribuir para detectar possíveis falhas nas ações e apontar estratégias para torná-las mais eficientes.

Existem na literatura algumas propostas para avaliar PAFs, dentre elas pode-se destacar os modelos conceituais *Reach, Efficacy/Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance* (RUSSELL E. GLASGOW; THOMAS M. VOGT; SHAWN M. BOLES, 1999), Habicht e colaboradores (HABITCH JO; VICTORA CG; VAUGHAN JP, 1999), Donabedian (DONABEDIAN, 1984); e o modelo lógico *Center For Disease Control and Prevention* (CDC) (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2002). O modelo lógico do CDC tem se destacado em conceituadas avaliação de PAFs realizadas em capitais e municípios brasileiros de

médio e pequeno porte (AMORIM et al., 2013; HALLAL et al., 2009a, 2009b, 2010; KNUTH et al., 2010; RIBEIRO et al., 2010).

No Brasil, alguns estudos realizados em parcerias com o CDC e o “Projeto Guia” se destacaram na avaliação de PAFs (BRASIL, 2013), como as Academias da Cidade de Recife, CuritibaAtiva em Curitiba (HALLAL et al., 2009a, 2009b, 2010) e a Rede Nacional de Atividade Física (KNUTH et al., 2010). Esses estudos verificaram diversas questões relacionadas a financiamento, atividades oferecidas, divulgação, abrangência populacional, opinião dos usuários e profissionais dos PAFs.

Em Uberaba e região foram realizados alguns estudos envolvendo PAFs com objetivo de verificar as barreiras e o engajamento de idosos em serviço público de promoção de atividade física (RIBEIRO et al., 2015), descrição dos resultados do Programa Academia da Terceira Idade no município de Uberaba (de PAULO et al., 2012) e a associação entre o maior tempo sentado com o perfil sociodemográfico, clínico e hábitos em idosos da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba (MENEGUCI et al., 2015). No entanto, estudos sobre levantamento e avaliação de PAFs nessa Microrregião não foram constatados na literatura, nesse sentido, o objetivo deste estudo foi identificar e descrever algumas características dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba.

Métodos

Desenho e População de Estudo

Estudo transversal, parte integrante da pesquisa intitulada “Análise dos Programas de Atividade Física dos Municípios Pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Uberaba, MG”. A Superintendência Regional de Saúde de Uberaba integra a macrorregião de saúde denominada Macrorregião do Triângulo do Sul, composta por 27 municípios, divididos em três microrregiões: Araxá, Frutal/Iturama e Uberaba com uma população total aproximada de 700 mil habitantes, densidade demográfica de 23,11 Habitantes/Km², com sede administrativa em Uberaba (MINAS GERAIS, 2013) e índice de desenvolvimento humano médio de 0,717 (IBGE, 2010).

Neste estudo serão analisados os 8 municípios que compõem a Microrregião de Saúde de Uberaba-MG, a saber: Água Comprida, Campo Florido, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Sacramento, Uberaba e Veríssimo.

População

A população de estudo foi composta pelos Secretários de Saúde, Ação Social, Esporte/Lazer e Coordenadores dos PAFs dos 8 municípios. Inicialmente, para identificar o número de participantes elegíveis na Microrregião, foi realizado um levantamento por meio de contato telefônico e visita às secretarias municipais dos respectivos municípios. Todos os indivíduos identificados foram convidados a participar, totalizando 24 secretários municipais e 14 Coordenadores de PAFs. Adotou-se como critérios de exclusão os indivíduos não contactados após quatro tentativas telefônicas e/ou e-mails. A Figura 1 demonstra o universo amostral, número de entrevistados e quantitativo de PAFs identificados e analisados de forma geral e por Secretaria.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre junho e agosto de 2015, nas Secretarias Municipais de Saúde, Ação Social, Esporte/Lazer, nos polos dos PAFs e Centros de Referência em Assistência Social (CRAS).

Para a coleta dos dados foi utilizado o questionário denominado “Instrumento Avaliação de Programas de Atividade Física” construído e validado por Pires, Amorim e Damião (*no prelo*); aplicado individualmente por um único entrevistador treinado, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a presente análise foram consideradas as variáveis relacionadas aos Secretários (sociodemográficas, programas de atividade física no município, elaboração dos programas, financiamento, parcerias intersetoriais, educação permanente, espaços físicos e sustentabilidade), Coordenadores (sociodemográficas, objetivo do programa, público de abrangência e atividades ofertadas, dias e locais em que ocorrem as atividades, atividades pontuais, materiais permanentes e de consumo utilizados, profissionais envolvidos, meios de divulgação e avaliação do programa).

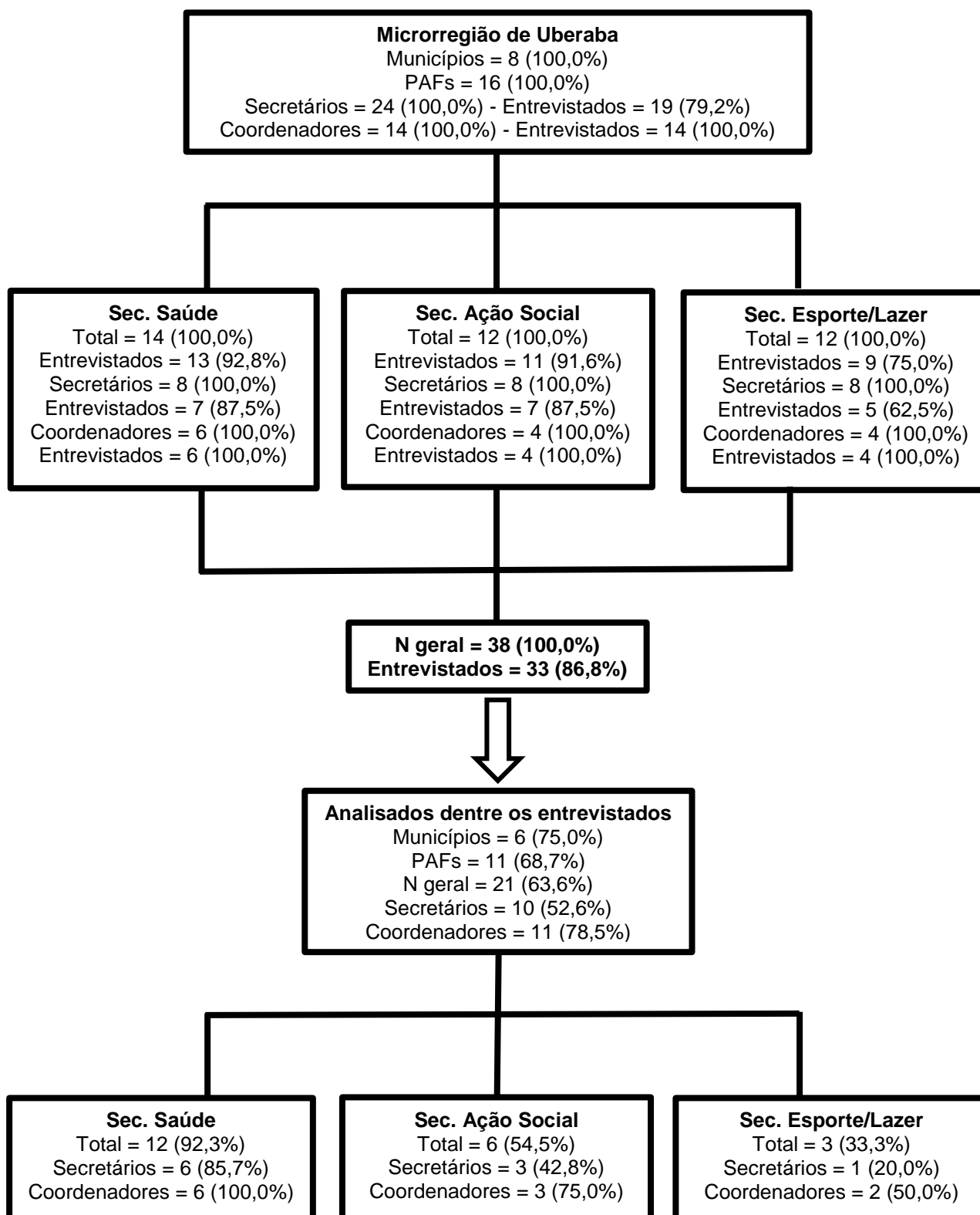


Figura 1 - Organograma da distribuição de Municípios, Programas de Atividade Física e Secretarias analisados na Microrregião de Saúde de Uberaba, MG.

PAFs – Programas de Atividade Física

Sec – Secretaria Municipal.

Análise dos dados

Os dados foram tabulados, em dupla digitação, no aplicativo Excel, versão 2013, e as análises estatísticas foram realizadas no software SPSS for Windows® versão 21.0. Para avaliação dos PAFs foram considerados os dados completos obtidos pelos participantes de cada programa, de modo que o questionário respondido pelo Secretário complementava o do Coordenador. Nessa avaliação, utilizou-se o modelo lógico do *Center For Disease Control and Prevention*, que avalia recursos (financeiros, humanos e físicos), atividades, produto, objetivos a serem alcançados pelos programas e resultados (curto, médio e longo prazo) (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2002).

Para verificar o alcance populacional dos PAFs, na Microrregião de Uberaba, foi considerado o número de pessoas cadastradas nos programas em relação ao número de pessoas com as mesmas características existentes nos municípios dessa Microrregião, conforme o modelo conceitual RE-AM (RUSSELL E. GLASGOW; THOMAS M. VOGT; SHAWN M. BOLES, 1999; IBGE, 2015). Foram calculadas as distribuições de frequências relativas e absolutas, média e desvio-padrão (DP) das variáveis estudadas.

Procedimentos éticos

O presente projeto pauta-se nas determinações da Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012a). Foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob o número de protocolo 972.888/15.

Resultados

Dos 8 municípios analisados todos apresentam cobertura de atividade física, em um total de 16 PAFs. A maioria iniciou como projeto de atividade física e, no decorrer do tempo, se consolidou como PAF.

Foram analisados 6 (75,0%) municípios e 11 (68,7%) PAFs, subdivididos entre as Secretarias de Saúde 6 (54,5%), Ação Social 3 (27,3%) e Esporte/Lazer 2 (18,2%). Dos 33 (86,8%) participantes entrevistados foram analisados 21 (63,6%), sendo 10

(52,6%) Secretários Municipais e 11 (78,6%) Coordenadores dos PAFs, subdivididos entre as Secretarias de Saúde (N=12), Ação Social (N=6) e Esporte/Lazer (N=3).

O sexo masculino (60,0%) foi predominante entre os Secretários Municipais e a idade média foi de 51 anos (DP=12 anos) com tempo médio no cargo de 3 anos (DP=6 anos). Por outro lado, 63,6% dos Coordenadores dos PAFs eram do sexo feminino, idade média de 38 anos (DP=10 anos) e tempo médio no cargo de 2 anos (DP=1,2 anos).

Ao analisar os recursos financeiros, observou-se que 100% dos PAFs têm como principais financiadores os próprios municípios, seguidos pelo Ministério da Saúde (60,0%) e Estado (50,0%). Dentro dos municípios, as Secretarias de Saúde e de Ação Social são as que mais financiam os PAFs em 60,0% e 50,0%, respectivamente.

Os recursos humanos, estruturas físicas, equipamentos e recursos financeiros foram as mais frequentes contrapartidas oferecidas pelos municípios aos PAFs. Em relação à manutenção e ao futuro dos PAFs, 60,0% dos Secretários Municipais afirmaram que caso seja necessário o município se comprometerá a mantê-los, em 30,0% existem perspectivas de melhorias na estrutura e crescimento e 10,0% corre risco de acabar, caso o Estado ou Ministério não mantenham os recursos (Tabela 1).

Em relação à avaliação dos recursos humanos, os secretários afirmaram que os profissionais de Educação Física estão presentes em 50,0% das equipes dos programas. Ao avaliar o nível de escolaridade dos aplicadores das atividades, através das informações obtidas pelos coordenadores, constatou-se que 100,0% dos PAFs possuem aplicadores com nível superior, desses 54,5%, profissionais de Educação Física e, 45,5%, Fisioterapeutas (Tabela 1).

Os espaços mais utilizados pelos PAFs nos municípios para realização das atividades são: as Academias ao ar livre, praças/parques, Centros de Convivência do Idoso, Unidade Básica de Saúde, piscinas, ginásios, espaços físicos de igrejas, Centros comunitários e Associações (72,7%, 72,7%, 63,6%, 54,5%, 45,5%, 45,5%, 45,5%, respectivamente). Ao solicitar a avaliação dos Coordenadores dos PAFs, sobre a qualidade das estruturas utilizadas, 54,5% consideram que a maioria é adequada. Segundo os Secretários Municipais, 40,0% avaliaram ter planos de reformar os espaços utilizados para atividade física dos PAFs e, 30,0%, a previsão de construção de novos espaços (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos recursos financeiros, humanos e físicos dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG

Variáveis	Total	
	N	%
Recursos Financeiros		
Órgãos financiadores†		
Município	10	100,0
Ministério da Saúde	6	60,0
Estado	5	50,0
Ministério da Ação Social	3	30,0
Ministério do Esporte/Lazer	1	10,0
Órgãos financiadores no município†		
Secretaria de Saúde	6	60,0
Secretaria de Ação Social	5	50,0
Secretaria de Esporte/Lazer	1	10,0
Secretaria de Educação	1	10,0
Contrapartida dos municípios†		
Recursos humanos, estruturas físicas, equipamentos e recursos financeiros	10	100,0
Transporte vale-transporte	6	60,0
Manutenção e futuro do PAF*		
O município se comprometerá a manter o PAF com recursos próprios	6	60,0
Haverá melhoria na estrutura e crescimento	3	30,0
Apenas enquanto durar o financiado pelo Estado/Ministério	1	10,0
Recursos Humanos		
Profissionais que compõem as equipes dos PAFs†		
Fisioterapeutas	8	80,0
Assistentes Sociais	8	80,0
Enfermeiros	7	70,0
Psicólogos	7	70,0
Nutricionistas	6	60,0
Médicos	6	60,0
Profissionais de EF**	5	50,0
Pedagogos/professores	2	20,0
Terapeuta Ocupacional	1	10,0
Técnicos Administrativos	8	80,0
Digitadores	6	60,0
Escolaridade dos profissionais aplicadores das atividades nos PAFs		
Com nível superior	11	100,0

Continuação da Tabela 1**Área de formação dos profissionais aplicadores das atividades nos PAFs†**

Educação Física	6	54,5
Fisioterapia	5	45,5
Terapia Ocupacional	2	18,2
Psicologia	2	18,2
Enfermagem	2	18,2
Outras áreas	1	9,1

Recursos Físicos**Espaços utilizados nos municípios para realizações das atividades†**

Academia ao ar livre	8	72,7
Praças/parques	8	72,7
Centro de Convivência do Idoso	7	63,6
Unidades Básicas de Saúde	6	54,5
Piscinas	5	45,5
Ginásios	5	45,5
Igrejas, Centros Comunitários e Associações	5	45,5
Calçadas, ruas e calçadões	4	36,4
Instituições de Longa Permanência ao Idoso	3	27,3
Pistas de caminhada	3	27,3
Escolas	2	18,2
Salas do CEMEA***	1	9,1

Quantidade de espaços utilizados pelos PAFs que possuem qualidade

Maioria adequados	6	54,5
Metade adequados	5	45,5

Previsão de reforma dos espaços físicos†

Espaços para atividade física dos PAF	4	40,0
Auditório para palestras e cursos	2	20,0
Academia ao ar livre	1	10,0
Pista de caminhada	1	10,0
Ginásios, piscinas, pista de atletismo e campo de futebol	1	10,0
Salas de aulas/reuniões e banheiros	1	10,0

Previsão de construções de novos espaços físicos†

Espaços para atividade física dos PAF	3	30,0
Auditório para palestras e cursos	2	20,0
Academia ao ar livre	1	10,0
Pista de caminhada	1	10,0

PAF* - Programa de Atividade Física

EF** - Educação Física

CEMEA*** - Centro Municipal de Educação Avançada

†Questões com mais de uma opção de resposta

As características das atividades ofertadas nos PAFs dos municípios da Microrregião de Uberaba são demonstradas na Tabela 2. Os exercícios de alongamento e relaxamento estão presentes em 100,0% dos PAFs, seguido de ginástica e musculação (90,9%), e caminhada e palestras (72,7%). Os períodos mais frequentes de realização das atividades foram manhã, tarde e noite (100,0% e 81,8%, 18,2%, respectivamente). A frequência das atividades de cinco vezes por semana foi observada em 45,5% dos PAFs, enquanto 36,4% duas vezes por semana. Com relação à duração das atividades, 54,5% dos programas realizam em média 60 minutos.

No que se refere ao número de locais para realização das atividades no município, 27,3% dos PAFs realizam em três locais, e 18,2% dois e quatro lugares. No que concerne à oferta das atividades na zona rural, apenas 18,2% dos PAFs disponibilizam. As principais formas de divulgação dos PAFs são feitas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (90,9%), internet (81,8%), rádio (72,7%), folder/informativos (63,6%), jornal/revista (54,5%), televisão (30,0%) e cartaz (9,1%). Além das atividades de rotina, também ocorrem ações pontuais, as mais frequentemente citadas foram aulas de ginástica, caminhadas comemorativas e feiras de saúde em 63,6% dos programas. No que se refere à participação do Dia Mundial de Atividade Física, observou-se a participação de 72,7% dos PAFs (Tabela 2).

Tabela 2. Características das atividades ofertadas nos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG

Variáveis	Total	
	N	%
Atividades ofertadas†		
Alongamento/relaxamento	11	100,0
Ginástica/musculação	10	90,9
Caminhada	8	72,7
Palestras	8	72,7
Dança	7	63,6
Passeios	6	54,5
Folders informativos	6	54,5
Esportes	5	45,5
Zumba e Yoga	1	9,1
Períodos das atividades†		

Continuação da Tabela 2

Manhã	11	100,0
Tarde	9	81,8
Noite	2	18,2
Frequência semanal das atividades†		
2	4	36,4
3	2	18,2
4	1	9,1
5	5	45,5
Duração das sessões em minutos		
40	1	9,1
45	1	9,1
50	3	27,3
60	6	54,5
Número de locais para realização das atividades		
1	1	9,1
2	2	18,2
3	3	27,3
4	2	18,2
9	1	9,1
18	1	9,1
27	1	9,1
Oferta das atividades na zona rural		
Sim	2	18,2
Formas de divulgação†		
Profissionais da ABS*	10	90,9
Internet	9	81,8
Rádio	8	72,7
Folder/informativos	7	63,6
Jornal/revista	6	54,5
Televisão	3	27,3
Cartaz	1	9,1
Atividades pontuais		
Aulões de ginástica	7	63,6
Caminhadas comemorativas	7	63,6
Feira de saúde	7	63,6
Palestras e cursos	5	45,5
Gincanas	4	36,4
Dança em datas comemorativas	1	9,1
Participação no Dia Mundial da Atividade Física		
Sim	8	72,7

†Questões com mais de uma opção de resposta

ABS* - Atenção Básica à Saúde

As características dos participantes das atividades nos PAFs dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba são apresentados na Tabela 3. O público alvo predominante dos programas é composto por idosos (100,0%), seguido pelos adultos (81,8%) e adolescentes (18,2%). As faixas etárias predominantes dos participantes foram de 40 a 60 anos e 60 a 70 anos (27,3% cada).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no conjunto dos municípios analisados há 44.246 idosos, 21.2342 adultos e 2.180 adolescentes (IBGE, 2015). Dentre os 6 municípios analisados, apenas 2 tiveram adolescentes como público alvo nos PAFs. O percentual total de cobertura das três faixas etárias foi de 7,3%, maior entre os idosos 15.644 (35,3%), seguido por adolescentes 90 (4,1%) e, por último, adultos 3.410 (1,6%).

Dentre os PAFs analisados, 100,0% têm como principais grupos de risco os diabéticos e hipertensos e 90,9% obesos/sobrepesos e tabagistas. A quantidade de participantes mais frequente nos PAFs, por grupo de atividades, foi de 25 e 45 indivíduos (36,4% e 18,2%, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3. Características das atividades dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG

Variáveis	Total	
	N	%
Público alvo†		
Idosos	11	100,0
Adultos	9	81,8
Adolescentes	2	18,2
Faixas etárias predominantes dos participantes		
40 a 60 anos	3	27,3
60 a 70 anos	3	27,3
Grupos de risco†		
Diabéticos	11	100,0
Hipertensos	11	100,0
Obesos/sobrepeso	10	90,9
Tabagista	10	90,9
Pessoas com necessidades especiais	8	72,7
Portadores de transtorno/doença mental	4	36,4
Dependentes químicos	1	9,1
Número de participantes por sessão		
3	1	9,1

Continuação da Tabela 3

20	1	9,1
25	4	36,4
35	1	9,1
45	2	18,2
60	1	9,1
80	1	9,1

†Questões com mais de uma opção de resposta

A Tabela 4 descreve as características das avaliações dos PAFs nos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba. Dentre os 11 programas avaliados, apenas 27,3% utilizam um modelo lógico. As formas de avaliação mais utilizadas são controle de presença dos participantes, em 81,8%, seguido por reuniões de equipes dos profissionais, em 72,7%. A frequência das avaliações permaneceu uma vez por mês e a cada três meses (27,3% cada).

Todos os PAFs tiveram como principal objetivo oferecer e orientar atividade física e práticas saudáveis à população. Mais da metade (54,5%) dos Coordenadores dos PAFs considera que são oferecidas, parcialmente, as condições necessárias para alcançar os objetivos e 45,5% desses programas oferecem todas as condições para atingi-los.

Ao solicitar aos Coordenadores dos PAFs uma avaliação pessoal sobre os PAFs, 81,8% mencionaram que atingem parcialmente os objetivos e 18,2% afirmaram atingir totalmente. Ao falar sobre recursos, 54,5% dos Coordenadores avaliaram que os recursos destinados à realização dos PAFs são bem utilizados e repassados, e 36,4% parcialmente. Os benefícios para a saúde foram mencionados como a principal influência positiva dos programas por 81,8% dos entrevistados, já as atividades oferecidas por 18,2%. Os principais aspectos positivos dos PAFs mencionados, por 100,0% dos Coordenadores, foram as atividades oferecidas, profissionais/estagiários e o trabalho com a população (Tabela 4).

Ao avaliar sobre os efeitos não intencionais dos PAFs, a entrada de pessoas de faixas etárias diferentes do público alvo foi o mais frequente (63,6%). Com relação à aprendizagem gerada pela evasão dos participantes, 54,5% dos Coordenadores dos PAFs apontaram que isso serviu para melhorar as ações e atividades ofertadas, já 36,3% reviram a metodologia de trabalho. Sobre as perspectivas futuras, 72,7% afirmaram que os PAFs tendem a expandirem-se (Tabela 4).

Tabela 4. Características das avaliações dos Programas de Atividade Física nos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG

Variáveis	Total	
	N	%
Avaliação interna do PAF segue um modelo lógico		
Sim	3	27,3
Formas de avaliações†		
Controle de presença dos participantes	9	81,8
Reuniões de equipes dos profissionais	8	72,7
Avaliações e reavaliações físicas	5	45,5
Avaliação de opinião dos usuários por questionário	5	45,5
Cadastramento dos usuários	1	9,1
Frequência das avaliações		
Uma vez por mês	3	27,3
A cada três meses	3	27,3
A cada seis meses, uma vez por ano, específico de cada equipe do NASF**	1	9,1
Avaliação do PAF segundo o Coordenador		
Atinge parcialmente os objetivos	9	81,8
Atinge totalmente os objetivos	2	18,2
Os recursos destinados a realização do PAF são bem utilizados e repassados		
Sim	6	54,5
Parcialmente	4	36,4
Aspectos positivos do PAF†		
Atividades oferecidas	11	100,0
Profissionais e estagiários	11	100,0
Trabalho com a população	11	100,0
Experiência	10	90,9
Salário	2	18,2
Principal influência positiva do PAF		
Benefício para saúde	9	81,8
Atividades oferecidas	2	18,2
Efeitos não intencionais do PAF		
Entrada de pessoas de outras faixas etárias não previstas como os jovens	7	63,6
Remanejamento de funcionários	1	9,1
Aprendizagem gerada por alguns participantes que abandonaram o PAF		
Despertou a melhorar as ações e atividades ofertadas	6	54,5
Serviu para rever a metodologia de trabalho	4	36,3

Continuação da Tabela 4

Programa novo, não foi avaliado	1	9,1
Perspectivas do PAF		
Tendem a expandir	8	72,7
Tendem a manter como está	2	18,2
Não quis informar	1	9,1

PAF* - Programa de Atividade Física

†Questões com mais de uma opção de resposta

NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

A Tabela 5 demonstra a distribuição dos resultados em curto, médio e longo prazo dos PAFs nos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG. Dentre os resultados esperados em curto prazo, o aumento do conhecimento sobre atividade física e estilo de vida saudável foi o mais mencionado (81,8%), seguido do diagnóstico de pessoas com doenças crônicas que devem praticar atividade física, mudança de comportamento da população e maior acesso a PAFs gratuitos (72,7% cada). Ao avaliar se esses resultados já foram atingidos, 54,5% dos Coordenadores afirmaram que sim, e 27,3% parcialmente.

Com relação aos resultados esperados em médio prazo, as mudanças de comportamento da população sobre estilo de vida saudável e aumento do número de pessoas usufruindo de espaços públicos para atividade física foram os mais citados (81,8%), seguido pelo aumento do número de pessoas praticando atividade física (72,7%). Em 45,5% dos programas, os resultados esperados em médio prazo foram totalmente alcançados, enquanto 27,3% foram parcialmente alcançados (Tabela 5).

Dentre os resultados esperados em longo prazo, os principais, com 81,8% cada, foram redução dos custos com tratamento de média e alta complexidade, melhora na saúde geral da população e das relações interpessoais e melhora da promoção da saúde e prevenção de doenças. Os resultados esperados em longo prazo foram, total e parcialmente, alcançados em 36,4% dos PAFs.

Tabela 5. Distribuição dos resultados em curto, médio e longo prazo dos Programas de Atividade Física nos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG

Variáveis	Total	
	N	%
Resultados esperados em curto prazo†		
Conhecimento sobre AF* e estilo de vida saudável	9	81,8
Diagnóstico de pessoas com DCNT** que precisam fazer AF	8	72,7
Mudanças de comportamento da população	8	72,7
Maior acesso da população a PAF*** gratuitos	8	72,7
Mais espaços públicos para a prática de AF	7	63,6
Os resultados em curto prazo foram alcançados		
Sim	6	54,5
Parcialmente	3	27,3
Resultados esperados em médio prazo†		
Mudança de comportamento da população sobre estilo de vida saudável	9	81,8
Aumento do número de pessoas usufruindo de espaços públicos para AF	9	81,8
Aumento do número de pessoas praticando AF	8	72,7
Disseminação do conhecimento sobre AF, saúde e qualidade de vida	7	63,6
Os resultados esperados em médio prazo foram alcançados		
Sim	5	45,5
Parcialmente	3	27,3
Resultados esperados em longo prazo†		
Redução dos custos com tratamento de média e alta complexidade	9	81,8
Melhora da saúde geral da população e das relações interpessoais	9	81,8
Melhora da promoção da saúde e prevenção de doenças	9	81,8
Aumento do engajamento e responsabilidade política sobre AF e práticas saudáveis	8	72,7
Redução do comportamento sedentário, obesidade e DCNT entre os usuários do SUS****	8	72,7
Mais ações sociais	8	72,7
Fortalecimento das ações intersetoriais nos municípios	8	72,7
Diminuição da mortalidade por DCNT	7	63,6
Os resultados esperados em longo prazo foram alcançados		
Sim	4	36,4

Continuação da Tabela 5

Parcialmente

4

36,4

†Questões com mais de uma opção de resposta

AF* - Atividade Física

DCNT** - Doenças Crônicas não Transmissíveis

PAF*** - Programa de Atividade Física

SUS**** - Sistema Único de Saúde

Discussão

O presente estudo identificou e descreveu os PAFs dos municípios da Microrregião de Uberaba por meio de entrevistas aos Secretários Municipais de Saúde, Ação Social, Esporte/lazer e Coordenadores dos programas, trabalho pioneiro envolvendo essas três secretarias simultaneamente. Um estudo similar, realizado com secretários municipais de saúde em municípios do Paraná, sobre a importância da atividade física nas políticas de saúde, destacou a dificuldade de acesso aos Secretários, mostrando que trabalhos dessa natureza são raros e relevantes, pois as informações que são repassadas por esses gestores contribuem para avaliação dos programas (ANDRELLO et al., 2012).

Os resultados demonstraram a existência de PAFs em todos os municípios analisados nessa Microrregião, com destaque para as Secretarias de Saúde. A expressiva porcentagem de PAFs, na Microrregião de Uberaba, ligados às Secretarias de Saúde vai ao encontro dos incentivos do Ministério da Saúde que, desde 2006, apoia a criação e manutenção de programas e ações de atividade física em municípios por meio de documentos, como a Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006) e a Rede Nacional de Atividade Física (KNUTH et al., 2010).

O fato dos municípios serem os principais financiadores dos PAFs e se comprometerem a mantê-los com recursos próprios, e com perspectivas de crescimento, foi uma característica positiva nessa Microrregião, isso demonstra preocupação por parte dos gestores em investir na promoção da saúde. Esses achados corroboram os resultados de estudos sobre a relação de inatividade física e atividade física com a redução dos gastos relacionados à saúde pública realizados em âmbito nacional (BIELEMANN et al., 2015) e regional em Pelotas, no Rio Grande do Sul (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010), os quais demonstraram haver aumento dos gastos públicos nos municípios onde a população era menos ativa, quando comparados aos mais ativos.

No Brasil, estudos demonstram que, desde 2005, houve aumento do financiamento dos PAFs ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e Atenção Primária à Saúde (AMORIM et al., 2013; KNUTH et al., 2010; MALTA et al., 2014, 2009, 2008), da mesma forma, no presente estudo, dois órgãos que se destacaram no financiamento foram o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde.

Similar a outro estudo, que observou a presença de profissionais de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (SANTOS e BENEDETTI, 2013), observou-se que metade dos PAFs dessa Microrregião não possui profissionais de educação física nas equipes multiprofissionais, isso pode ser um fator limitante nesses programas, pois funções inerentes a esses profissionais, como planejamento de ações relacionadas à atividade física, podem ser prejudicadas sem esse apoio técnico. Assim, como na composição de equipes, preocupa o fato de haver aplicadores com formação em educação física em pouco mais da metade dos PAFs.

De acordo com outros estudos realizados em âmbito nacional (AMORIM et al., 2013; KNUTH et al., 2010), a maioria dos PAFs funciona em praças e parques. A grande quantidade de programas funcionando em Academias ao ar livre nessa Microrregião pode ter relação com a criação e expansão do Programa Academia da Saúde, que, até 2014, recebeu recursos para a construção de 3.725 polos em municípios brasileiros (MALTA et al., 2014).

O destaque na quantidade de programas em Centros de Convivência do Idoso reforça o incentivo da inserção dos idosos ao convívio social por meio do Serviço de Fortalecimento de Vínculo da Secretaria de Ação Social (BRASIL, 2012b).

Embora seja oferecida uma ampla variedade de atividades físicas como alongamento, ginástica e caminhada, na maioria dos dias da semana, com boa divulgação, ainda há pouca oferta de atividades no período da noite e na zona rural, o que aumenta as barreiras na prática de atividade física para as pessoas que não possuem tempo durante o dia ou não residem na zona urbana do município. Esses dados corroboram os resultados observados em um estudo realizado em uma região de Minas Gerais, com objetivo de estimar os níveis de atividade física de moradores de áreas rurais, e demonstrou que apenas 10,1% dos entrevistados atingem os níveis recomendados de atividade física no lazer (BICALHO et al., 2010). Estudo realizado na Austrália demonstrou que os indivíduos residentes em áreas rurais são afetados no engajamento da prática de atividade física (ELEY; BUSH; BROWN, 2012).

Ao analisar o alcance populacional dos PAFs dessa microrregião, observou-se baixo alcance entre os adultos (1,6%), o que pode ser motivo de preocupação, pois as pessoas dessa faixa etária estão entre o público alvo dos programas.

Por outro lado, surpreendeu o fato de haver um alcance populacional entre os idosos de 35,3% nos PAFs, isso demonstra que as políticas públicas de valorização à saúde do idoso podem estar produzindo efeito positivo nessa microrregião. Resultado diferente foi observado em estudo realizado em Florianópolis, SC, com objetivo de avaliar um Programa de Atividade Física universitário, que apresentou um alcance entre os idosos sem dependência física de 1,5% (SANDRESCHI; PETREÇA; MAZO, 2015).

Similar ao estudo que descreveu PAFs em âmbito nacional (AMORIM et al., 2013), a maioria dos grupos de risco nos programas investigados é formada por indivíduos portadores de hipertensão e diabetes, seguido por obesos/sobrepeso, dado positivo na prevenção dos agravos dessas doenças por meio da atividade física. Outro estudo, realizado na Inglaterra, mostrou que a promoção de atividade física na Atenção Primária à Saúde tem potencial para aumentar os anos de vida livre de doenças físicas entre os participantes (GULLIFORD et al., 2014).

A ausência de PAFs com foco em promoção da saúde vai de encontro aos propósitos desses programas, que é manter as pessoas saudáveis e não apenas tratá-las após o adoecimento. A importância de investimento em promoção da saúde pode ser justificada em um estudo realizado em Pelotas, RS, o qual demonstrou que a incorporação de práticas de atividade física no cotidiano, em longo prazo, pode contribuir para diminuir a procura por serviços de saúde por causas relacionadas às doenças cardiovasculares e diabetes (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010).

Neste trabalho, detectou-se que menos de um terço desses programas adota modelo lógico, isso pode dificultar as avaliações, pois ele auxilia o PAF, desde o planejamento até a busca de resultados a serem alcançados (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2002). Por outro lado, em estudo conduzido com 225 entes federativos, com o objetivo de apresentar resultados avaliativos da Rede Nacional de Atividade Física, foi relatado pelos entrevistadores que 65,8% dos programas utilizavam modelo lógico de avaliação (KNUTH et al., 2010).

Como em outro estudo que se propunha a analisar a visão dos professores atuantes no Programa Academia da Cidade de Recife, em Pernambuco (HALLAL et

al., 2009a), os Coordenadores dos programas dessa Microrregião consideram como principal influência positiva os benefícios para a saúde da população.

Apesar de o público alvo ser formado por idosos em 100% dos programas, a adesão de pessoas mais jovens se configurou como um efeito não intencional, faixa etária similar foi encontrada em estudos realizados nos Programas Academia da Cidade de Belo Horizonte (de LIMA COSTA et al., 2013) e Recife (HALLAL et al., 2010), esses estudos também mostraram que a maior parte dos usuários dos serviços estava nas faixas etárias de 48,7 e 50,0 anos, respectivamente.

Assim como estudo conduzido em Curitiba, com objetivo de descrever modelos lógicos do Programa de Atividade Física CuritibaAtiva (RIBEIRO et al., 2010), o aumento do conhecimento sobre atividade física e estilo de vida saudável, assim como o elevado número de pessoas praticando atividade física em espaços públicos apareceram como alguns dos resultados mais esperados em curto e médio prazo nos PAFs investigados nessa Microrregião.

Estudo realizado no interior de Pernambuco, com objetivo de descrever um Programa de Atividade Física, apresentou como principal resultado esperado, em longo prazo, a redução das ocorrências de obesidade e de outras doenças crônicas, além de diminuição dos custos diretos e indiretos com saúde no município (SILVA et al., 2014). Dados semelhantes foram encontrados nos PAFs dessa Microrregião, que tiveram como principais resultados esperados, em longo prazo: melhora geral na saúde da população, mais ações de promoção da saúde no município, diminuição dos gastos públicos com tratamentos de média e alta complexidade e redução das doenças crônicas entre usuários do SUS.

O presente estudo traz significativas contribuições para a ciência, em especial às áreas de educação física e saúde pública, pois a apresentação analisada sobre os dados dos PAFs pode auxiliar gestores, profissionais e população a entender o que existe de oferta de atividade física nessa microrregião de saúde, o que servirá não apenas para mostrar o que tem sido oferecido à população, mas também para melhorar o direcionamento e aperfeiçoamento dessas atividades pelos seus dirigentes, auxiliando no progresso desses programas.

A coleta dos dados realizada por um único entrevistador treinado, por meio de contato pessoal com Coordenadores e Secretários, foi fundamental para a extração das informações desejadas, algo que ainda não é tão comum em pesquisas dessa

natureza. Isso pode ser observado no estudo de avaliação da Rede Nacional de Atividade Física em que os autores apontam, como possíveis formas de diminuir as limitações em futuros estudos, a coleta de dados por contato pessoal com Coordenadores e Secretários (KNUTH et al., 2010). Além disso, a qualidade dos dados coletados com a utilização do Instrumento Avaliação de Programas de Atividade Física construído e validado, pode favorecer a comparação de futuras pesquisas em outras regiões do país.

Dentre algumas limitações deste estudo, se destaca a impossibilidade de comprovação de algumas informações repassadas pelos participantes, isso pode ser observado nas respostas de algumas perguntas (os PAFs atingem os objetivos propostos? aprendizagem gerada pela evasão de participantes dos programas? e os resultados esperados em curto, médio e longo prazo foram alcançados?) que, em muitos dos casos, foram positivas, consideradas “respostas socialmente aceitas”, dessa forma, o uso de outros instrumentos poderia evitar tais imprecisões.

Outro limitador deste estudo foi a não existência de Coordenadores em certo número de PAFs, além da dificuldade na localização de alguns Secretários, o que impediu a ampla coleta de informações e impossibilitou a avaliação de aproximadamente um terço dos programas dessa Microrregião.

Conclusão

Conclui-se que todos os municípios analisados dispõem de PAFs com recursos e ampla oferta de atividades, dessa forma, o incentivo ao aperfeiçoamento e crescimento desses programas deve ser motivado.

Embora a presente investigação tenha envolvido diversas variáveis, ainda é principiante, portanto, mais estudos envolvendo Programas de Atividade Física no Brasil enfocando microrregiões devem ser realizados, com ampliação das ferramentas de coletas de dados, a exemplo de observações e uso de *checklist*, o que, possivelmente, ajudará na comprovação das informações obtidas nos questionários, consolidando ainda mais a avaliação dos programas.

Referências

AMORIM, T. et al. Description of the physical activity promotion programs funded by the Brazilian Ministry of Health. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 63–74, 2013.

ANDRELLO, E. et al. Atividade física e saúde pública sob o olhar de secretários municipais de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 3, p. 206–211, 2012.

BICALHO, P. G. et al. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 884–893, 2010.

BIELEMANN, R. M. et al. Burden of physical inactivity and hospitalization costs due to chronic diseases. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1–8, 2015.

BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 1, p. 9–14, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Portal da Saúde**. Brasília DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>

BRAS. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria Nº 184, de 24 de julho de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/11082010_portaria_saude.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. **Programa Academia da Saúde, portaria nº. 719**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1801>. Acesso em: 12 maio. 2011

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social, Departamento de Proteção Social Básica. **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo para Pessoas Idosas**, 2012b. Disponível em: <<https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/09/orientacoes-tecnicas-do-scfv-para-pessoas-idosas.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015

LIMA COSTA, B. V. de et al. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1. p. 95-102, 2013.

PAULO, T. R. S. de et al. Programa Academia da Terceira Idade no município de Uberaba, MG. **Arquivos de Ciências do Esporte**. v. 1, n. 1, p. 54–59, 2012.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: **La Prensa Médica Mexicana**, S. A, 1984.

ELEY, R.; BUSH, R.; BROWN, W. Opportunities, Barriers and Constraints To Physical Activity in Rural Queensland, Australia. **Journal of Physical Activity & Health**, jun. 2012.

GULLIFORD, M. C. et al. Impact and cost-effectiveness of a universal strategy to promote physical activity in primary care: population-based Cohort study and Markov model. **The European Journal of Health Economics**, v. 15, n. 4, p. 341–351, maio 2014.

HABICHT, JP, VICTORA, CG, VAUGHAN, JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**. V. 28, p.10-18, 1999.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação quali-quantitativa do programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 9–14, 2009a.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 2, p. 104–114, 2009b.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 1, p. 70–8, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características da População e dos Domicílios: Resultados do Universo. IBGE: 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_zip_xls.shtm>. Acesso em: 10 out. 2016

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. Minas Gerais**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=31>>. 2010. Acesso em: 15 out. 2015.

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. 229–233, 2010.

MALTA, D. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 3, 31 maio 2014.

MALTA, D. C. et al. A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 1, p. 24–27, 2008.

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

MENEGUCI, J. et al. Socio-demographic, clinical and health behavior correlates of sitting time in older adults. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 65, 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde Superintendência Regional de Saúde de Uberaba. **Diagnóstico Situacional - Saúde**. 2013. . Acesso em: 19 ago. 2015

RIBEIRO, I. C. et al. Using logic models as iterative tools for planning and evaluating physical activity promotion programs in Curitiba, Brazil. **Journal of physical activity & health**, v. 7, n. 2, p. S155, 2010.

RIBEIRO, R. M. et al. Barriers to the involvement of the elderly in public services to promote physical activity. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 739–749, mar. 2015.

RUSSELL E. GLASGOW; THOMAS M. VOGT; SHAWN M. BOLES. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. **Amerian Journal of Public Health**. v. Vol. 89, n. No. 9, set. 1999.

SANDRESCHI, P.; PETREÇA, D.; MAZO, G. Avaliação de um programa universitário de atividade física para idosos pelo modelo RE-AIM. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 3, p. 270, 23 out. 2015.

SANTOS, S.; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 3, p. 188–194, 2013.

SILVA, D. et al. Projeto Cintura Fina: prevenção e controle da obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 6. p. 785-790, 30 nov. 2014.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical Activity Evaluation Handbook**. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2002.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva, Switzerland: 2011. Disponível: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf>.

3.2 ARTIGO 2

Perfil dos Aplicadores dos Programas de Atividade Física da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG

Resumo

O objetivo do presente estudo foi traçar o perfil dos aplicadores das atividades nos Programas de Atividade Física (PAFs) da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG. Trata-se de uma pesquisa transversal realizada em 8 municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, com aplicadores (N= 51) dos PAFs ligados às Secretarias municipais de Saúde, Ação Social e Esporte/Lazer. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário padronizado, por meio de entrevista. Foram calculadas as distribuições de frequências relativas e absolutas, média e desvio-padrão das variáveis estudadas. Participaram do estudo 44 aplicadores, desses, a maioria tinha nível superior (88,6%), com formação em Educação Física (63,6%), seguido por Fisioterapia (22,7%). Em relação aos profissionais de Educação Física, 50,0% eram licenciados, 25,0% bacharéis e 25,0% possuíam as duas formações. Os aplicadores com formação em Educação Física estiveram mais presentes nas Secretarias de Esporte/Lazer (60,7%), enquanto os com formação em Fisioterapia foram mais observados nas Secretarias de Saúde (90,0%). As atividades mais exercidas nos PAFs foram alongamento, relaxamento e exercícios localizados (84,1%). Observou-se que 63,6% dos profissionais solicitavam, aos participantes, avaliação médica e, somente 20,5%, realizavam avaliações físicas nos usuários dos serviços. A carga horária de trabalho foi de 20 horas semanais e a remuneração mais mencionada pelos aplicadores para atuar nos PAFs foi de dois salários mínimos mensais. Embora os aplicadores reconhecessem que os PAFs precisam de melhorias, a maioria considerara-se satisfeito com a função exercida. Conclui-se, assim, que a maioria dos PAFs dessa Microrregião dispõe de aplicadores com nível superior e formação em Educação Física, porém investimento em formação continuada, participação da gestão do PAF, ampliação de avaliações físicas e inserção dos profissionais de Educação Física nos PAFs ligados às Secretarias de Saúde ainda são lacunas a serem preenchidas, portanto, sugere-se a realização de novos estudos sobre essa temática.

Palavras-chave: Programas de Atividade Física. Perfil de aplicadores. Serviços de saúde.

Profile of the Appliers of Physical Activity Programs in the Health Micro-region of Uberaba, MG

Abstract

The objective of this study was to trace the profile of applicators of the activities in Physical Activity Programs (PAFs) of the Health Micro-Region of Uberaba, MG. It is a cross-sectional research performed in eight municipalities of the Health Micro-region of Uberaba, Minas Gerais, with appliers (N=51) of PAFs related to Municipal Health Departments, Social Action, and Sport/Leisure. For data collection, a standardized questionnaire through interviews was used. Absolute and relative distributions frequencies, average and standard deviation of the variables studied were calculated. There were forty-four appliers participating in the study, and most of them have higher education (88.6%) and physical education degrees (63.6%), followed by Physiotherapy (22.7%). Among the physical education professionals, 50.0% of them were graduates, 25.0% bachelor's and 25.0% have both graduations. Applicators with training in Physical Education were more present in the Departments of Sport/Leisure (60.7%), while Physiotherapist were more observed in the Health Departments (90.0%). The activities carried out in most PAFs were stretching, relaxation and localized exercises (84.1%). It was observed that 63.6% of professionals requested medical evaluation to the participants and only 20.5% performed physical assessments on service users. The workload was 20 hours a week and the most mentioned payment by applicators to act in PAFs was two minimum wages. Although applicators recognized that PAFs need improvement, most considered themselves satisfied with the work performed. Thus, it is concluded that most PAFs of this micro-region has applicators with higher education and training in Physical Education, but investment in continuing education, PAF management participation, expansion of physical assessments and integration of physical education professionals in related PAFs to Health departments are still gaps to be filled. Thus, it is suggested to conduct further studies on this topic.

Keywords: Physical Activity Programs. Appliers profile. Health services.

Introdução

O alto percentual da população portadora de doenças crônicas e o elevado índice de mortalidade relacionado a essas doenças no Brasil, chegando a 72,0% em 2007 (SCHMIDT, et al., 2011), despertou o desenvolvimento de estratégias pelos gestores para reduzir esses números. Nesse contexto, a atividade física é colocada como possibilidade no auxílio à prevenção e controle dessas doenças (BRASIL, 2011a).

Alguns órgãos governamentais, como Ministério da Saúde, do Desenvolvimento Social e do Esporte/Lazer, juntamente com as suas respectivas Secretarias, se destacaram na promoção da saúde pela atividade física por meio de políticas públicas.

No Ministério da Saúde se destaca a Política Nacional de Promoção à Saúde, que tem dentre seus objetivos a promoção da saúde à população pelo acesso à atividade física (BRASIL, 2006) e repasses financeiros para os municípios investirem em atividade física (BRASIL, 2008a, 2009a, 2009b; MALTA; CASTRO, 2009). Além disso, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família auxilia as Equipes de Saúde da Família por meio de trabalho em equipes interdisciplinares, incluindo atividade física (BRASIL, 2008b, 2011b); e o Programa Academia da Saúde tem incentivado a população a praticar atividade física, lazer e atividades culturais em polos construídos e equipados para essa finalidade (BRASIL, 2011c).

Da mesma forma, o Ministério do Desenvolvimento Social criou Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculo a fim de incentivar a prática de atividade física, especialmente entre os idosos, através dos Centros de Convivência de Idosos e Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) (BRASIL, 2012a).

No Ministério do Esporte, historicamente, houve projetos e programas esportivos voltados a jovens e adolescentes, dentre eles se destaca o Projeto Esporte e Lazer da Cidade, criado em 2003 e com o objetivo de contribuir para a democratização do acesso ao esporte recreativo, lazer e atividade física, por meio de ações educacionais direcionadas às pessoas de todas as idades (BRASIL, 2012b, 2013a); e o Programa Vida Saudável, criado em 2013 e com o objetivo de desenvolver

atividades sistemáticas e assistemáticas, de lazer e de esporte recreativo, voltadas às pessoas idosas (BRASIL, 2013b).

No Brasil, alguns estudos com objetivo de avaliar PAFs (AMORIM et al., 2013; HALLAL et al., 2009a, 2010; KNUTH et al., 2010) e verificar a opinião dos profissionais sobre os programas em que eles atuam (HALLAL et al., 2009b; RODRIGUES et al., 2015; SALERNO et al., 2015; SILVA et al., 2014) foram conduzidos em capitais e cidades menores, porém não foi identificado neles discussões sobre o perfil de aplicadores que atuam em PAFs envolvendo, ao mesmo tempo, mais de uma Secretaria municipal, o que pode impedir análise e discussões sobre profissionais atuantes em diferentes Secretarias municipais.

Embora a atividade física seja objeto de estudo de muitas profissões da área de saúde, o acompanhamento e prescrição de exercícios físicos, com objetivo de promoção da saúde, são funções dos profissionais de Educação Física. Dessa forma, não há, na literatura, estudos sobre as características dos profissionais que atuam em PAFs vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, Ação Social e Esporte/Lazer, por isso, o objetivo do presente estudo foi traçar o perfil dos aplicadores das atividades nos Programas de Atividade Física da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG.

Métodos

Desenho e População de Estudo

O atual trabalho se caracteriza como estudo transversal que é parte integrante do trabalho intitulado “Análise dos Programas de Atividade Física dos Municípios Pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Uberaba, MG”. A Superintendência Regional de Saúde de Uberaba integra a macrorregião de saúde denominada Macrorregião do Triângulo do Sul, composta por 27 municípios, divididos em três microrregiões: Araxá, Frutal/Iturama e Uberaba (MINAS GERAIS, 2013).

Para o presente estudo foram analisados 8 municípios que compõem a Microrregião de Saúde de Uberaba-MG, a saber: Água Comprida, Campo Florido, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Sacramento, Uberaba e Veríssimo

População

A população de estudo foi composta pelos aplicadores dos PAFs dos 8 municípios investigados. Inicialmente, para identificar o número de indivíduos elegíveis na Microrregião, foi realizado um levantamento por meio de contato telefônico e visita às Secretarias de Saúde, Ação Social e Esporte/Lazer dos respectivos municípios. Todos os indivíduos identificados foram convidados a participar, totalizando 51 aplicadores distribuídos entre as seguintes Secretárias Municipais: Saúde (N = 15), Ação Social (N = 17) e Esporte/Lazer (N = 19). Adotou-se como critérios de exclusão os indivíduos não contactados após quatro tentativas telefônicas e/ou e-mails.

Coleta de dados

O período de realização da coleta de dados foi entre junho e agosto de 2015 nas Secretarias Municipais de Saúde, Ação Social, Esporte/Lazer, CRAS e nos polos dos PAFs (Academias da Saúde, Academias nas Praças, Centro de Convivência de Idosos e Centro Municipal de Educação Avançada (CEMEAS). Para coleta dos dados foi utilizado o Instrumento Avaliação de Programas de Atividade Física construído e validado por Pires, Amorim e Damião (*no prelo*), o qual foi aplicado, individualmente, por um único entrevistador treinado, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para análise foram consideradas as variáveis extraídas das entrevistas aos aplicadores, tais como: sociodemográficas, função e ligação com o programa, participação desses profissionais na gestão do PAF e educação permanente oferecida a eles, além da satisfação profissional e pessoal com o cargo e avaliação deles sobre o programa.

Análise dos dados

Os dados foram tabulados, em dupla digitação, no aplicativo Excel, versão 2013, permitindo corrigir possíveis erros de digitação. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS for Windows® versão 21.0. Os resultados das variáveis contínuas foram analisados por meio de média e desvio padrão. Quanto às variáveis categóricas, foram analisadas através da distribuição de frequência relativas e absolutas.

Procedimentos éticos

O presente estudo pauta-se nas determinações da Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012c). Foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob o número de protocolo 972.888/15.

Resultados

Do total, foram entrevistados 44 (86,2%) aplicadores, desses, 12 pertenciam à Secretaria da Saúde, 13 à Secretaria de Ação Social e 19 à Secretaria do Esporte/Lazer. O sexo feminino predominou (68,2%) e a idade média foi de 34 anos (DP= 9 anos).

Ao avaliar o nível de escolaridade dos aplicadores, observou-se que 39 (88,6%) possuíam ensino superior completo, desses, 19 (48,8%) possuem o título de especialista e 3 (7,7%) de mestre.

Em relação às áreas de formação, verificou-se 28 (63,6%) profissionais de Educação física, 10 (22,7%) Fisioterapeutas e 1 (2,2%) Assistente social. O tempo médio de formação foi de 10 anos (DP = 8 anos) e, no cargo, de 3 anos (DP = 3 anos).

Dentre os profissionais de Educação Física, 14 (50,0%) possuem licenciatura, 7 (25,0%) bacharelado e 7 (25,0%) as duas formações.

Dentre as Secretarias, foi observado maior percentual de profissionais de Educação Física ligados à Secretaria de Esporte/Lazer (60,7%), seguido da Secretaria de Ação Social (28,6%), enquanto a minoria está ligada à Secretaria de Saúde (10,7%). Por outro lado, a maioria dos fisioterapeutas (90,0%) está vinculada à Secretaria de Saúde e, a minoria, à Secretaria de Ação Social (10,0%).

A identificação com a área de formação (63,6%), oportunidade profissional (18,2%), seguido por gostar da proposta (11,4%) foram as principais razões dos aplicadores se envolverem nos PAFs (Tabela 1).

Em relação à vinculação com a área de saúde pública, 27,3% mencionaram estarem ligados à Estratégia de Saúde da Família e 18,2% ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família. As principais funções exercidas nos PAFs citadas pelos aplicadores foram: orientador de alongamento, relaxamento e exercícios localizados (84,1%), professor de ginástica (63,6%) e avaliador físico (40,6%) (Tabela 1).

Ao avaliar se os aplicadores realizavam avaliações físicas dos participantes, 61,4% disseram não realizar. Porém, 63,6% referiram solicitar avaliação médica antes de iniciarem o PAF. Dos aplicadores que realizam avaliações físicas, 20,5% afirmaram realizar quando o participante entra no PAF e somente 9,1% realizam a cada três meses (Tabela 1).

Além das atividades frequentes, 52,3% dos aplicadores promovem eventos extras voltados ao lazer como caminhada ecológica e passeios turísticos e 34,1% ministram palestras (Tabela 1).

Ao avaliar a participação dos aplicadores na gestão dos PAFs, observou-se que 41% raramente/nunca participam das decisões que interferem no futuro do programa. Em relação à participação nas compras de materiais de consumo e construções de espaços para realização de atividades nos PAFs, 46,5% destacaram que sempre/frequentemente, e 54,5% raramente/nunca são convidados a opinar. Em relação à elaboração ou renovação do PAF, verificou-se que 68,2% dos aplicadores não participaram. Ao avaliar a realização de alguma capacitação sobre promoção da saúde visando a melhoria das ações, 38,6% dos aplicadores nunca realizaram e 9,1% disseram que não foram oferecidas capacitações (Tabela 1).

Tabela 1 – Características das funções exercidas, participação da gestão e educação permanente dos aplicadores dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG

Variáveis	Total	
	N	%
Principal razão de se envolver nos PAFs*		
Identificação com a área de formação	28	63,6
Oportunidade	8	18,2
Agradou-se da proposta	5	11,4
Questão financeira	1	2,3
Visibilidade profissional	1	2,3
Continuar ação já iniciada	1	2,3
Vinculação com a Saúde Pública		
Vinculado a Estratégia de Saúde da Família	12	27,3
Vinculado ao NASF**	8	18,2
Que função exerce no PAF†		
Orientador de alongamento, relaxamento e exercícios localizados	37	84,1

Continuação da Tabela 1

Professor de ginástica	28	63,6
Avaliador físico	18	40,9
Professor de dança	4	9,1
Professor de pilates	3	6,8
Professor de zumba	1	2,3
Professor de natação/hidroginástica e caminhada	1	2,3
Ministra palestras sobre AF***, doença e saúde		
Sim	15	34,1
Não	29	65,9
Período de avaliações físicas nos participantes†		
Não realiza	27	61,4
Antes de entrar no grupo	9	20,5
Primeira semana no PAF	1	2,3
Após entrar no grupo	1	2,3
Uma vez por mês	2	4,5
A cada três meses	4	9,1
A cada seis meses	2	4,5
No dia a dia com olhar clínico	1	2,3
Avaliados por fisioterapeutas em consultas	1	2,3
Solicita avaliação clínica antes dos participantes entrarem no PAF		
Sim	28	63,6
Não	16	36,4
Realiza outras atividades: caminhada ecológica e passeios turísticos		
Sim	23	52,3
Não	21	47,7
Participa das decisões sobre o futuro do PAF		
Sempre	16	36,4
Frequentemente	10	22,7
Raramente	9	20,5
Nunca	9	20,5
Opina nas compras de materiais e construções para o PAF		
Sempre	12	27,3
Frequentemente	8	18,2
Raramente	10	22,7
Nunca	14	31,8
Participou da elaboração do projeto para implantar/renovar o PAF		
Sim	14	31,8

Continuação da Tabela 1

Não	30	68,2
Participou de capacitação sobre promoção da saúde visando a melhoria das ações		
Sim	20	45,5
Não	17	38,6
Não houve	4	9,1
Houve, mas não fui convidado	2	4,5
Fui convidado, mas não pude ir	1	2,3

PAF* - Programa de Atividade Física

NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

†Questões com mais de uma opção de resposta

EF*** - Educação Física

A Tabela 2 apresenta as características da carga horária, locais de trabalho e remuneração recebida pelos aplicadores dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba. Em relação à carga horária de trabalho, 52,3% trabalham até 20 horas semanais nos PAFs. Na divisão por área de formação, 57,1% dos licenciados e bacharéis em Educação Física também atuam até 20 horas, enquanto 50,0% dos fisioterapeutas até 10 horas.

Ao observar a remuneração dos aplicadores, observou-se que 40,9% recebem 2 salários mínimos. Ao avaliar por área de formação, 40,0% dos fisioterapeutas receberam 3 salários, e 30,0% apenas 1; dentre os profissionais de Educação Física, a maioria dos licenciados (66,7%) e bacharéis (64,3%) recebe 2 salários; entre os profissionais sem nível superior, 80,0% receberam apenas 1 salário mínimo e 61,4% dos profissionais mencionaram receber vale-refeição como benefício extra (Tabela 2).

Tabela 2 – Características da carga horária, locais de trabalho e remuneração recebida pelos aplicadores dos Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG

Variáveis	Total		Licenciado em EF		Bacharel em EF		Fisioterapeuta		Sem nível superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Carga horária semanal										
Até 10 hs	13	29,5	4	19	2	14,3	5	50,0	2	40,0
Até 20 hs	23	52,3	12	57,1	8	57,1	4	40,0	3	60,0
Até 30 hs	3	6,8	2	9,5	1	7,1	1	10,0	0	0,0

**Continuação da
Tabela 2**

Até 40 hs	5	11,4	3	14,3	3	21,4	0	0,0	0	0,0
Remuneração recebida mensalmente										
1 salário	14	31,8	4	19,0	3	21,4	3	30,0	4	80,0
2 salários	18	40,9	14	66,7	9	64,3	1	10,0	1	20,0
3 salários	9	20,5	3	14,3	2	14,3	4	40,0	0	0,0
4 salários	1	2,3	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Não quis informar/não se aplica	2	4,5	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Benefícios extras recebidos†										
Vale-refeição	27	61,4	16	76,2	11	78,6	4	40,0	1	20,0
Vale-transporte	1	2,3	0	0	0	0,0	0	0,0	1	20,0
Número de locais que trabalha pelo PAF*										
Um	20	44,5	11	52,4	9	64,3	2	20,0	2	40,0
Dois	5	11,4	3	14,3	1	7,1	1	10,0	1	20,0
Três	6	13,6	1	4,8	1	7,1	4	40,0	0	0,0
Quatro	9	20,5	3	14,3	3	21,4	2	20,0	2	40,0
Cinco	3	6,8	2	9,5	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Mais de seis	1	2,3	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0

PAF* - Programa de Atividade Física

†Questões com mais de uma opção de resposta

Com relação ao número de locais que os aplicadores trabalham, 44,5% afirmaram atuar em apenas 1 local, 20,5% em 4 lugares e apenas 2,3% trabalham em mais de 6 locais. Na subdivisão por áreas de formação, a maioria dos profissionais de Educação Física, são licenciados (52,4%) e bacharéis (64,3%), trabalha em apenas 1 local, entre os fisioterapeutas o maior percentual (40,0%) foi de 3 locais (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra as avaliações e perspectivas dos aplicadores sobre os Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba. Para 65,9% dos aplicadores, o trabalho com a população foi a principal influência positiva do programa e, 29,5%, as atividades oferecidas. Na opinião dos aplicadores, o principal motivador para as pessoas participarem dos PAFs está ligado à saúde (59,1%), convívio social (13,6) e indicação médica e/ou outro profissional de saúde (11,4%). Por outro lado, a principal barreira, ou seja, o que impede as pessoas de

participarem dos PAFs, está ligada à falta de disposição (40,9%), tempo disponível (25,0%) e não gostar de atividade física, pois não é prioridade (18,2%).

Ao avaliar a percepção dos aplicadores sobre o programa, 70,5% disseram que atingem parcialmente os objetivos e 29,5% que todos os objetivos são alcançados. As principais modificações que os aplicadores gostariam de realizar dizem respeito aos materiais para atividades (88,6%), espaços físicos (75,0%), profissionais aplicadores das atividades (72,7%), frequências das atividades (52,3%) e horários das atividades (27,3%) (Tabela 3).

De acordo com 75,0% dos aplicadores, o programa tende a expandir-se e 20,5% a manter-se como está. A maioria dos aplicadores considera-se profissional (70,5%) e pessoalmente (61,4%) satisfeito com a função exercida (Tabela 3).

Tabela 3 - Avaliações e perspectivas dos aplicadores sobre os Programas de Atividade Física dos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG

Variáveis	Total	
	N	%
Principal influência positiva do PAF*		
Trabalho com a população	29	65,9
Atividades oferecidas	13	29,5
A experiência	1	2,3
Socialização do idoso	1	2,3
Principal motivador do PAF		
Saúde	26	59,1
Convívio social	6	13,6
Indicação médica/profissional de saúde	5	11,4
Tempo livre	2	4,5
Gostar de AF** ela é prioridade	2	4,5
Qualidade dos PAF/profissionais	2	4,5
Atividade gratuita	1	2,3
Principal barreira para as pessoas não participarem dos PAFs		
Falta de disposição	18	40,9
Falta de tempo	11	25,0
Não gostar de AF não é prioridade	8	18,2
Restrição médica/profissional de saúde	3	6,8
Má qualidade dos programas/profissionais	2	4,5
Dificuldade de acesso	1	2,3
Avaliação do PAF pelo aplicador		

Continuação da Tabela 3

Atinge parcialmente os objetivos	31	70,5
Atinge totalmente os objetivos	13	29,5
O que o aplicador modificaria no PAF†		
Materiais	39	88,6
Locais	33	75,0
Profissionais/estagiários	32	72,7
Frequência das atividades	23	52,3
Horário das atividades	12	27,3
Não modificaria nada	8	18,2
Perspectivas do PAF na visão do aplicador		
Tendem a expandir	33	75,0
Tendem a manter-se como está	9	20,5
Tendem a diminuir	1	2,3
Tendem a acabar	1	2,3
Grau de satisfação profissional		
Muito satisfeito	9	20,5
Satisfeito	31	70,5
Pouco satisfeito	3	6,8
Insatisfeito	1	2,3
Grau de satisfação pessoal		
Muito satisfeito	10	22,7
Satisfeito	27	61,4
Pouco satisfeito	4	9,1
Insatisfeito	2	4,5
Não quis informar	1	2,3

PAF* - Programa de Atividade Física

EF** - Educação Física

†Questões com mais de uma opção de resposta

Discussão

O presente estudo traçou o perfil dos aplicadores das atividades nos Programas de Atividade Física da Microrregião de Saúde de Uberaba. O percentual de aplicadores, com nível superior completo, atuantes nos PAFs dessa microrregião (88,6%) foi inferior ao observado em estudo realizado na Região Metropolitana de Recife, com objetivo de conhecer as características das equipes que atuam no Programa Academia da Saúde e que identificou que todos os aplicadores possuem nível superior completo (GUARDA et al., 2015). O fato de haver 11,4% de aplicadores atuando nesses programas, sem nível superior completo, pode se caracterizar como

lacuna a ser preenchida, tornando-se motivo para discussões entre os gestores desses PAFs.

Nos programas dessa Microrregião, o percentual de profissionais formados em Educação Física (63,6%) foi inferior ao obtido no estudo que descreveu PAFs brasileiros e observou 72,4% de aplicadores com formação nessa área (AMORIM et al., 2013). Ter mais de um terço dos aplicadores atuantes nos PAFs analisados sem formação em Educação Física pode ser motivo de preocupação, pois os profissionais dessa área são os mais indicados para prescrição e acompanhamento de atividade física. Nesse sentido, alguns estudos sobre PAFs realizados em outras regiões do Brasil demonstraram que, nas equipes dos programas analisados, todos os aplicadores possuem formação em Educação Física (GUARDA et al.; RODRIGUES et al., 2015).

Ao contrário de um estudo realizado na região de João Pessoa, na Paraíba, com objetivo de descrever o perfil dos profissionais de Educação Física que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que apontou 55% das equipes com aplicadores formados em Educação Física (RODRIGUES et al., 2015), apenas 18,2% dos aplicadores investigados neste estudo estão vinculados a esse Núcleo.

Embora a Educação Física seja reconhecida como área de saúde desde 1997, pela Resolução nº 218 (BRASIL, 1997), e os profissionais dessa área poderem fazer parte das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008b), apenas 10,7% dos aplicadores nos PAFs investigados neste estudo estão ligados às Secretarias de Saúde, demonstrando baixa inserção dos profissionais de Educação Física na Atenção Primária à Saúde dessa Microrregião.

Como no estudo sobre o Programa de Atividade Física CuritibaAtiva, que é vinculado à Secretaria de Esporte/Lazer e seus aplicadores são da área de Educação Física (RIBEIRO et al., 2010), nos programas analisados neste estudo, a maioria (60,7%) dos profissionais de Educação Física pertence a essa Secretaria.

O elevado percentual (90,0%) de fisioterapeutas atuando em PAFs vinculados à Secretaria municipal de Saúde corrobora os propósitos de estudos realizados no Brasil com objetivo de discutir a inserção e atuação desses profissionais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BARBOSA; FERREIRA; FURBINO, 2010; FORMIGA, 2012; LINHARES et al., 2012).

Estudo realizado com profissionais que atuam em PAFs de João Pessoa mostrou que o alongamento é a principal atividade ministrada (100%), todos

participam das reuniões de planejamento das ações e a maioria (86,7%) participa sempre de capacitações (RODRIGUES et al., 2015). Similar a esse estudo, a maioria dos aplicadores dos programas analisados nessa Microrregião realiza atividades de alongamento, relaxamento e exercícios localizados, contudo, menos de metade desses profissionais participam das decisões sobre o futuro do PAF e capacitações, o que pode se configurar como um fator negativo, pois os profissionais que estão no dia a dia do programa sabem o que pode ser feito para melhorá-lo, dessa forma, a constante participação desses na administração do programa poderá ajudar no progresso do mesmo, além disso, a formação continuada tende a melhorar a qualidade dos profissionais.

Os resultados de um estudo realizado com usuários e monitores (professores) da Academia da Cidade de Belo Horizonte mostrou que todos os participantes do programa são avaliados fisicamente ao se inscrever e a cada seis meses (SILVA et al., 2014). Por outro lado, os resultados do presente estudo mostrou que apenas 20,5% dos profissionais realizam avaliação física antes dos usuários entrarem no programa e 4,5% a cada seis meses. O baixo percentual de profissionais que realizam avaliações físicas nos participantes dos PAFs causa preocupação quanto às atividades oferecidas, visto que, geralmente, essas avaliações auxiliam no planejamento e acompanhamento do programa.

Diferente do resultado de um estudo sobre profissionais de Educação Física atuantes em Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com carga horária de 40 horas semanais e remuneração entre 4 e 5 salários mínimos, no presente estudo, a carga horária mais frequente foi de 20 horas semanais e a remuneração mais mencionada foi de 2 salários mínimos mensais (RODRIGUES et al., 2015). A baixa remuneração recebida pelos aplicadores pode influir negativamente no sucesso do PAF, pois os profissionais poderão sentirem-se desestimulados e, desta forma, interferir na produtividade e na qualidade do trabalho, após um certo período de atuação.

Enquanto o trabalho com a população foi considerada a principal influência positiva nos PAFs analisados, os profissionais que atuam no Programa Academia da Cidade de Recife consideram proporcionar um estilo de vida saudável, socialização e integração como os fatores mais importantes do programa (HALLAL et al., 2009b).

Similar aos resultados do estudo realizado no Programa Academia da Cidade de Recife, com objetivo de descrever o perfil de usuários e não usuários da academia,

na presente investigação, os aplicadores mencionaram que a principal motivação para as pessoas participarem dos PAFs foi saúde e a barreira mais mencionada foi de ordem pessoal, como falta de disposição e tempo (HALLAL et al., 2010). Da mesma forma, um estudo realizado em Nova Zelândia sobre barreiras, benefícios e motivos para atividade física demonstrou que barreiras pessoais e falta de tempo foram os principais fatores a impedirem as pessoas a se engajarem em atividades físicas (PATEL et al., 2013).

O elevado percentual da população que ingressaram nos PAFs em busca de saúde pode ter relação com as propostas da Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006) e a Rede Nacional de Atividade Física (KNUTH et al., 2010), que objetivam, através da atividade física, melhorar a saúde e a qualidade de vida da população, em especial das pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis cadastradas na Atenção Primária à Saúde.

De acordo com 70,5% dos aplicadores observados, os PAFs atingem parcialmente os objetivos e 29,5% consideraram atingir totalmente, resultado inverso foi observado no estudo sobre a visão dos usuários de um PAF em que 64,3% afirmaram atingir totalmente os objetivos e apenas 34,7% acharam que os propósitos do programa são parcialmente atingidos (HALLAL et al., 2010).

Semelhante ao estudo realizado na Academia da Saúde de Belo Horizonte (SILVA et al., 2014), as principais modificações sugeridas pelos aplicadores dos PAFs em questão estão relacionadas a ampliação, melhora e troca de materiais, locais e profissionais nas equipes. Por estarem inseridos constantemente nas atividades no dia a dia, os aplicadores normalmente conseguem identificar as lacunas a serem preenchidas nos PAFs, dessa forma, levar em consideração a opinião deles poderá melhorar a qualidade e abrangência desses programas.

Como na avaliação dos usuários do Programa Academia da Cidade de Recife (HALLAL et al., 2010), no presente estudo, a maioria dos profissionais aplicadores acredita que o PAF tende a crescer.

A maioria dos aplicadores investigados neste estudo afirmou estar satisfeita profissional e pessoalmente com o cargo, da mesma forma, os profissionais atuantes em PAF de uma capital do nordeste brasileiro tiveram níveis elevados de satisfação com a função exercida (HALLAL et al., 2009b). Esse considerado nível de satisfação dos aplicados pode ser visto como um fator positivo nesses programas, visto que,

mesmo diante de algumas dificuldades como baixos salários, eles consideraram-se satisfeitos, dessa forma, o constante investimento nesses profissionais pode consolidar e melhorar os PAFs.

Por outro lado, algumas questões deste estudo devem ser consideradas e aprofundadas em futuras pesquisas, dentre elas destaca-se: a satisfação dos aplicadores com o trabalho, uma vez que a maioria, mesmo recebendo baixos salários, afirmou estarem satisfeitos com o cargo. Outra questão a ser considerada diz respeito a não realização de avaliações físicas, pois a maioria dos aplicadores mencionou não avaliar fisicamente os participantes, porém não foi possível investigar se profissionais de outras áreas realizam.

Conclusão

Pode-se concluir que a maioria dos Programas de Atividade Física da Microrregião de Saúde de Uberaba dispõe de aplicadores com nível superior e formação em Educação Física, porém investimento em formação continuada, participação da gestão do programa, ampliação de atividades de avaliações físicas e inserção dos profissionais de Educação Física nos PAFs ligados às Secretarias de Saúde ainda são lacunas a serem preenchidas

O pioneirismo neste trabalho envolvendo, ao mesmo tempo, aplicadores de três Secretarias Municipais diferentes não esgota as possibilidades de pesquisas envolvendo essa temática. Portanto, sugere-se a realização de novos estudos sobre aplicadores de Programas de Atividade Física, tanto nessa quanto em outras regiões, proporcionando comparações com outras pesquisas.

Referências

AMORIM, T. et al. Description of the physical activity promotion programs funded by the Brazilian Ministry of Health. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 63–74, 2013.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. mov**, v. 23, n. 2, p. 323–330, 2010.

BRASIL. **Exercício Profissional: Resolução n.º 218, de 6 de março de 1997, DO 83, de 5/5/97**, 1997. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/exerc_p/RES_CNS218_97exerc_p.doc>. Acesso em: 19 jul. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Portal da Saúde**. Brasília DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria n° 79, de 23 de setembro de 2008. Diário Oficial da União, Brasília, n.185, 24, set., Seção 1, p. 47. 2008**. Brasília, 2008a. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.set.08/iels181/U_PT-SVS-79_230908.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio da Saúde da Família. Portaria Ministerial de Saúde Nº154**. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/informativo_eletronico_dab.php>. Acesso em: 15 jan. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. **Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde Portaria 139/ 2009.**, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 139, de 11 de agosto de 2009**. Diário Oficial da União 2009; 13 ago, 2009b. Disponível em: <http://bv.sms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0139_11_08_2009.html>. Acesso em: 17 out. 2014

BRASIL (ED.). **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022**. 1ª edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmss.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 1 nov. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. **Programa Academia da Saúde, portaria n° 719**. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1801>. Acesso em: 12 maio. 2011

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social, Departamento de Proteção Social Básica. **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo para Pessoas Idosas**. Brasília 2012a. Disponível em: <<https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/09/orientacoes-tecnicas-do-scfv-para-pessoas-idosas.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2015

BRASIL. Ministério do Esporte. Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social Departamento de Formulação de Políticas e Estratégias Coordenação Geral de Esporte e Lazer. **Esporte e Lazer da Cidade - PELC. Diretrizes do Edital 2012**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/126126>>. Acesso em: 11 jan. 2016

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasil, 2012c.

BRASIL. Ministério do Esporte. **Programa Esporte e Lazer da Cidade - PELC. Diretrizes do Edital 2013.** Brasília, 2013a. Disponível em: <<http://portal.esporte.gov.br/arquivos/snelis/esporteLazer/diretrizesPELCEdital2013.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

BRASIL, A. Ministério do Esporte. **Portaria nº 254-Edital Vida Saudável 2013.** Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129962>>. Acesso em: 11 jan. 2016

FORMIGA, N. F. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113–122, 1 maio 2012.

GUARDA, F. et al. Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 6, p. 638, 2015.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 2, p. 104–114, 2009a.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação quali-quantitativa do programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 9–14, 2009b.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 1, p. 70–8, 2010.

KNUTH, A. G. et al. Rede nacional de atividade física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 4, p. 229–233, 2010.

LINHARES, J. H. et al. Análise das ações da Fisioterapia do NASF através do SINAI no município de Sobral-CE. **Cadernos ESP**, v. 4, n. 2, p. Pág–32, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde Superintendência Regional de Saúde de Uberaba. **Diagnóstico Situacional - Saúde.** 2013. . Acesso em: 19 ago. 2015.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Boletim técnico do SENAC**, v. 35, n. 2, p. 63–71, 2009.

PATEL, A. et al. Perceived barriers, benefits and motives for physical activity: two primary-care physical activity prescription programs. **Journal of aging and physical activity**, v. 21, n. 1, p. 85, 2013.

RIBEIRO, I. C. et al. Using logic models as iterative tools for planning and evaluating physical activity promotion programs in Curitiba, Brazil. **Journal of physical activity & health**, v. 7, n. 2, p. S155, 2010.

RODRIGUES, J. D. et al. Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 4, p. 352, 22 dez. 2015.

SALERNO, M. et al. Conhecimento sobre atividade física e saúde dos profissionais de academias de Pelotas, RS, BR. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 5, p. 345–349, out. 2015.

SCHMIDT, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 60135–9, 2011.

SILVA, K. et al. Acesso e utilização da Academia da Cidade de Belo Horizonte: perspectiva de usuários e monitores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 6, 30 nov. 2014.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou identificar, descrever e caracterizar os Programas de Atividade Física dos 8 municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, assim como traçar o perfil dos aplicadores desses programas.

Foram identificados 16 PAFs com ampla oferta de atividades direcionadas a adolescentes, adultos e idosos. Dentre esses, 11 programas foram avaliados apresentando maior oferta nas Secretarias municipais de Saúde, seguido da Ação Social e Esporte/Lazer.

Os maiores percentuais dos recursos financeiros são concedidos pelos próprios municípios, Ministério da Saúde, Estado e Secretarias Municipais, em especial da Saúde. A baixa oferta de atividades no horário da noite e na zona rural reforça a necessidade de pensar em estratégias de ampliação de oferta nesses horários e espaços pouco explorados. Da mesma forma, a presença de profissionais de educação física em apenas metade das equipes dos programas demonstra a necessidade de ampliar o número desses profissionais, pois eles têm papel fundamental, não apenas na aplicação das atividades como na gestão do programa.

Dentre os 44 aplicadores analisados nos Programas de Atividade Física, a maioria é formada em educação física e está vinculada às Secretarias municipais de Esporte/Lazer. Chamou atenção a baixa inserção dos profissionais de educação física na Atenção Primária à Saúde.

As atividades mais ministradas pelos aplicadores eram alongamento, relaxamento e exercícios localizados, porém, o fato de menos de metade deles avaliarem fisicamente os participantes causa preocupação quanto à oferta de avaliação física nos PAFs, visto que essas avaliações auxiliam no planejamento e acompanhamento do programa.

Além disso, chamou atenção a baixa remuneração recebida pelos aplicadores, pois, apesar da maioria possuir nível superior e, metade, pós-graduação, grande parte recebe apenas 2 salários mínimos mensais, o que pode influir negativamente no sucesso do PAF, uma vez que os aplicadores poderão sentirem-se desestimulados e reduzirem a produtividade e qualidade do trabalho após determinado tempo de serviço.

A realização deste estudo que envolveu, ao mesmo tempo, Programas de Atividade Física e aplicadores dos programas vinculados às Secretarias municipais

de Saúde, Ação Social e Esporte/Lazer é algo pioneiro na literatura, no entanto, não esgota as diversas possibilidades de pesquisas envolvendo esse assunto. Portanto, sugere-se a realização de novos estudos envolvendo essa temática, tanto nesta quanto em outras regiões, possibilitando comparações e novas discussões.

REFERÊNCIAS

- ABEGUNDE, D. O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 370, n. 9603, p. 1929–1938, 2007.
- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. A. 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, mai. 2013.
- AMORIM, T. et al. Description of the physical activity promotion programs funded by the Brazilian Ministry of Health. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 63–74, 2013.
- BIELEMANN, R. M. et al. Burden of physical inactivity and hospitalization costs due to chronic diseases. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1–8, 2015.
- BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 1, p. 9–14, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Agita Brasil: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física / Coordenação de Promoção da Saúde**, Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/edictora/produtos/livros/pdf/02_0108_M.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Portal da Saúde**. Brasília DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio da Saúde da Família. Portaria Ministerial de Saúde Nº154**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/informativo_eletronico_dab.php>. Acesso em: 15 jan. 2009
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 139, de 11 de agosto de 2009**. Diário Oficial da União 2009; 13 ago, 2009a. Disponível em: <http://bv.sms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0139_11_08_2009.html>. Acesso em: 17 out. 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. **Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde Portaria 139/ 2009.**, 2009b.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Características da População e dos Domicílios: Resultados do Universo**. IBGE, 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_zip_xls.shtm>. Acesso em: 10 out. 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria Nº 184, de 24 de julho de 2010**. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/11082010_portaria_saude.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação. **Metodologia de Gerenciamento de Projetos do SISP**. Brasília: MP, 2011a. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/arquivos/servidor/publicacoes/publicacao_slsti_mgp-sisp-versao_1.pdf>. Acesso em 11 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. **Programa Academia da Saúde, portaria nº. 719**. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1801>. Acesso em: 12 maio. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notícias. **Ministério da Saúde lança programa para estimular a prática de atividade física**. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1211>. Acesso em: 28 abr. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015

BRASIL, B. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde Vigilatel Brasil 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília: 2014. 150p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <<http://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>> Acesso em: 04 out 2014.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR, J. B. DA. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 12, n. 2, p. 63–75, abr/jun 2003.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports, Woshington**, v. 100, n. 2, p. 126–31, 1985.

COELHO, C.; BURINI, R. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Ver Nutr.** v. 22, n. 6, p. 937–946, 2009.

PAULO, T. R. S. de et al. Programa Academia da Terceira Idade no município de Uberaba, MG. **Arquivos de Ciências do Esporte**. v. 1, n. 1, p. 54–59, 2012.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: **La Prensa Médica Mexicana**, S. A, 1984.

GIEHL, M. W. C. et al. Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Ver Saúde Pública**. v. 46, n. 2, p. 104 –114, 2012.

HABICHT, JP, VICTORA, CG, VAUGHAN, JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**. V. 28, p.10-18, 1999.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 2, p. 104–114, 2009a.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação quali-quantitativa do programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 9–14, 2009b.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 1, p. 70–8, 2010.

HAMER, M. et al. Physical Activity and Cardiovascular Mortality Risk: Possible Protective Mechanisms? **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 44, n. 1, p. 84–88, jan. 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2014.

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. 229–233, 2010.

KRUCHELSKI, S.; RAUCHBACH, R. **Curitibativa gestão nas cidades voltada à promoção da atividade física, esporte, saúde e lazer: Avaliação, prescrição e orientação de atividades físicas e recreativas, na promoção de saúde e hábitos saudáveis da população curitibana**. Curitiba: Livro Digital, 2005. 149:149p.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**. São Paulo. v. 04. n.17, p.135-140, set. 2007.

MALTA, D. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 3, 31 maio 2014.

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 de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 79–86, 2009.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M. DE. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Boletim técnico do SENAC: a R. Educ. Prof**, v. 35, n. 2, p. 63–71, 2009.

MARTINEZ-LOPEZ, E.; GRAJALES, I. C. Efectividad de un programa de promoción de la salud en la disminución de costos médicos asistenciales. **Revista de Salud Pública**, Bogotá. v. 12, n. 6, p. 938–949, 2010.

MATSUDO, S. et al. The Agita Sao Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. **Ver Panam Salud Publica**. v. 14, p. 265–72, 2003.

MENDONÇA, B. C. A. Programa Academia da Cidade. In: SIMPÓSIO NORDESTINO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE, 9. 2008. **Anais... Aracaju**, 2008

MENEGUCI, J. et al. Socio-demographic, clinical and health behavior correlates of sitting time in older adults. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 65, 2015.

MONTEIRO, C.A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro C.A. ed. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças*. São Paulo: **Hucitec, Nupens/USP**. 2ed. P. 247-55, 2000.

OMS. (Organização Mundial da Saúde). **Relatório Mundial da Saúde**. Genebra: 2000.

RIBEIRO, I. C. et al. Using logic models as iterative tools for planning and evaluating physical activity promotion programs in Curitiba, Brazil. **Journal of physical activity & health**, v. 7, n. 2, p. 155-162, 2010.

RIBEIRO, R. M. et al. Barriers to the involvement of the elderly in public services to promote physical activity. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 739–749, mar. 2015.

RODRIGUES, J. et al. Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 4, p. 352, 22 dez. 2015.

RUSSELL E. GLASGOW; THOMAS M. VOGT; SHAWN M. BOLES. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. **Amerian Journal of Public Health**. v. Vol. 89, n. No. 9, set. 1999.

SCHMIDT, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 60135–9, 2011.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de doença no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**. n. 9, p. 897–908, set. 2004.

SILVA, K. et al. Acesso e utilização da Academia da Cidade de Belo Horizonte: perspectiva de usuários e monitores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 6, 30 nov. 2014.

SIMOES, E. J. et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 68, 2009.

SIMON, P. et al Physical activity promotion: a local and state health department perspective. **Prev Med**. v. 49, n. 4, p. 297–8, 2009.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical Activity Evaluation Handbook**. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2002.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008. **Physical Activity Guidelines for Americans**. 2008. Disponível em: <<http://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>>. Acesso em 18 ago 2016.

VENTURIM, L. M.; MOLINA, M. D. C. Mudanças no estilo de vida após as ações Realizadas no serviço de orientação ao exercício. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 10, p. 4–16, 2005.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva:, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf> Acesso em 20 ago 2014.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva, Switzerland: 2011. Disponível: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG Comitê de Ética em Pesquisa- CEP Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia CEP: 38025-100 – Uberaba(MG) Telefone: (0**34) 3318-5776 - E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA-PPGEF

Título do Projeto:

ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES À SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERABA MG

TERMO DE ESCLARECIMENTO PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES À SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERABA-MG, *por fazer parte, gerenciar ou estar ligado direto ou indiretamente a programa(s) de atividade física em seu município*. Os avanços na área da ciência ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar os Programas de Atividade Física dos Municípios que compõem a Superintendência Regional de Saúde de Uberaba. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Será feito apenas entrevista, em que você irá responder perguntas sobre programas de atividade física.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu trabalho. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG Comitê de Ética em Pesquisa- CEP Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia CEP: 38025-100 – Uberaba(MG) Telefone: (0**34) 3318-5776 - E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA-PPGEF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto:

ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES À SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERABA MG

Eu, _____,

li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi demonstra que este estudo não trará riscos ou benefícios a minha saúde. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho/cargo no município que atuo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar da pesquisa. Eu concordo em participar do estudo.

Local e data.....,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 33185067

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3318-5776.

APÊNDICE B – TERMOS DE CONCORDANCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

TERMO DE CONCORDÂNCIA

A/C

Superintendente Regional de Saúde - SRS Uberaba
Iraci José de Souza Neto

Prezado Senhor,

Vimos por meio desta solicitar autorização ante aos municípios desta Agência de Saúde (Triângulo Sul), no sentido de facilitar-nos a coleta de dados do Projeto intitulado “Análise dos Programas de Atividade Física dos municípios pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Uberaba – MG” com previsão de início para janeiro de 2015 e que tem como objetivos:

- Identificar e descrever os Programas de Atividade Física existentes nos municípios;
- Verificar as características dos Programas de Atividade Física;
- Traçar o perfil dos aplicadores das atividades nos Programas de Atividade Física;
- Verificar o entendimento dos Gerentes das Unidades de Saúde sobre os Programas de Atividade Física e a importância da Educação Física para a saúde pública.

O **método** será através de estudo transversal, a partir de aplicação de questionários aos seguintes participantes:

- Secretários Municipais de Saúde, Esporte e Ação Social em suas Secretarias;
- Coordenadores/Responsáveis pelos Programas de Atividade Física em Academias da Saúde ou Secretária Municipal;
- Profissionais Aplicadores dos Programas de Atividade Física nos locais onde ocorrem as atividades ou Secretárias Municipais;
- Gerentes das Unidades de Saúde da Família nas Unidades de Saúde.

Os municípios de interesse na pesquisa são: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo.

O presente projeto pauta-se, assim, nas determinações da Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Certos de contar com a colaboração desta agência em nome de seus representantes, colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que se faça necessários.

Profa. Dra. Renata Damião
Programa de Pós-Graduação em Educação Física



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

TERMO DE CONCORDÂNCIA

A/C

Superintendente Regional de Ensino - SRE Uberaba
Eduardo Fernandes Callegari

Prezado Senhor,

Vimos por meio desta solicitar autorização frente aos municípios desta Agência de Educação (Triângulo Sul), no sentido de facilitar-nos a coleta de dados do Projeto intitulado “Análise dos Programas de Atividade Física dos municípios pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Uberaba – MG” com previsão de início para janeiro de 2015 e que tem como objetivos:

- Identificar e descrever os Programas de Atividade Física existentes nos municípios;
- Verificar as características dos Programas de Atividade Física;
- Traçar o perfil dos aplicadores das atividades nos Programas de Atividade Física;
- Verificar o entendimento dos Gerentes das Unidades de Saúde sobre os Programas de Atividade Física e a importância da Educação Física para a saúde pública.

O **método** será através de estudo transversal, a partir de aplicação de questionários aos seguintes participantes:

- Secretários Municipais de Saúde, Esporte e Ação Social em suas Secretarias;
- Coordenadores/Responsáveis pelos Programas de Atividade Física em Academias da Saúde ou Secretária Municipal;
- Profissionais Aplicadores dos Programas de Atividade Física nos locais onde ocorrem as atividades ou Secretarias Municipais;
- Gerentes das Unidades de Saúde da Família nas Unidades de Saúde.

Os municípios de interesse na pesquisa são: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo.

O presente projeto pauta-se, assim, nas determinações da Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Certos de contar com a colaboração desta agência em nome de seus representantes, colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que se faça necessários.

Profª. Dra. Renata Damião
Programa de Pós-Graduação em Educação Física

APÊNDICE C – CONVITE AOS SECRETÁRIOS PARA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação em Educação Física

Uberaba, 01 de junho de 2015.

Ilmo. Sr(a).
Secretário(a) Municipal

Vimos, por meio desta, agendar uma reunião com V. Sa. para a realização de uma entrevista sobre avaliação de programas de atividade física nos 8 municípios que compõem a Microrregião de Uberaba.

Nosso primeiro contato com os municípios foi no final de 2014 na reunião dos Secretários Municipais de Saúde na Superintendência Regional de Saúde de Uberaba. Nessa ocasião, com o apoio do Superintendente de Saúde “Iraci José de Souza Neto” apresentamos o projeto intitulado “Análise dos Programas de Atividade Física dos Municípios pertencentes à Microrregião de Uberaba – MG” o qual foi também apresentado às Superintendências de Ensino e Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social – SEDES, onde recebemos apoio dos 3 referidos órgãos Estaduais para realização do estudo nos municípios.

Atualmente estamos finalizando a pesquisa nos demais municípios da microrregião de Uberaba e contamos com o seu apoio para a realização no seu município. Nossa pesquisa consta de formulários que serão aplicados em forma de entrevista aos Secretários - de Saúde, Esporte e Lazer, Ação Social, Gerentes das Unidades Básicas de Saúde e caso haja Coordenadores dos Programas de Atividade Física e Profissionais Aplicadores dos Programas. Ressaltamos que os formulários são padronizados e de rápida aplicação para não dispor de muito tempo dos profissionais.

Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos e aguardamos vosso contato por e-mail - marijunio15@gmail.com - ou telefone (34) 88475112.

Desde já agradecemos vossa atenção.

Atenciosamente,

Marijunio Rocha Pires
Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, UFTM
Especialista em Gestão de Saúde pela UNEB-UAB
Professor de Educação Física pela UNEB

Profa. Dra. Renata Damiano
Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, UFTM

Av. Tutunas, 490 – Bairro Tutunas – Uberaba/MG – CEP 38061-500
secretaria@ppgef.ufm.edu.br – (34) 33185067
coordenacao@ppgef.ufm.edu.br – (34) 33185504

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIOS PRODUZIDOS E APLICADOS**Id - _____**

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-Graduação em Educação Física – PPGEF
Mestrado Acadêmico

**Pesquisa sobre os Programas de Atividade
Física nos municípios da Superintendência
Regional de Saúde de Uberaba**

**BLOCO DE QUESTÕES 01 – SECRETÁRIOS DE SAÚDE, ESPORTE
E LAZER E AÇÃO SOCIAL**

Município: _____

1. Secretaria:

- (1) Saúde
- (2) Ação Social
- (3) Esporte/Lazer
- Outro_____

2. População aproximada_____

3. Nome:_____

4. Endereço Institucional:_____

5. Telefones:_____

6. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

7. Idade_____

8. Data da entrevista: _____ Hora: ____ : ____

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS (RECURSOS HUMANOS)

1. Qual é sua maior escolaridade?

- (0) Nenhum
- (1) Primário incompleto
- (2) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (1º grau/ens.fund.) incompleto
- (3) Ginásial (1º grau/ens.fund.) completo ou colegial (2º grau/técnico/normal) incompleto
- (4) Colegial (2º grau/técnico/normal) completo ou superior incompleto
- (5) Superior completo
- (6) Especialização
- (7) Mestrado
- (8) Doutorado

1 []

2. Qual a sua área de formação em nível superior? (pode citar mais de uma).

- | | | |
|-------------------------------------|---------|---------|
| () Não tem nível superior | (1) Sim | (2) Não |
| () Administração | (1) Sim | (2) Não |
| () Serviço Social | (1) Sim | (2) Não |
| () Licenciatura em Educação Física | (1) Sim | (2) Não |
| () Bacharelado em Educação Física | (1) Sim | (2) Não |
| () Enfermagem | (1) Sim | (2) Não |
| () Fisioterapia | (1) Sim | (2) Não |
| () Medicina | (1) Sim | (2) Não |
| () Nutrição | (1) Sim | (2) Não |
| () Odontologia | (1) Sim | (2) Não |
| () Pedagogia | (1) Sim | (2) Não |
| () Outra: _____ | | |

3. Há quanto tempo (anos e meses) você trabalha como Secretário(a) Municipal?

PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA NO MUNICÍPIO (ATIVIDADES)
--

4. Para você qual o grau de importância do(s) programa(s) de atividade física para a saúde da população?

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|---------|
| (1) Não tem importância | (2) Pouca importância | 4 [] |
| (3) Média importância | (4) Muita importância | |

5. O município oferta programas de atividade física?

- | | | |
|----------------------------------|---------|---------|
| (1) Sim, (pula para a questão 8) | (2) Não | 5 [] |
|----------------------------------|---------|---------|

6. Por que ainda não houve a implementação de programas de atividade física no município: *(pode citar mais de uma)*.

- (1) Falta de Verba (1) Sim (2) Não
- (2) Não conhecer os programas (1) Sim (2) Não
- (3) Lançou a proposta para os outros gestores municipais e não foi aprovada (1) Sim (2) Não
- (4) O Conselho de saúde não aprovou (1) Sim (2) Não
- (5) Enviou proposta ao Ministério da Saúde, mas, não foi contemplado (1) Sim (2) Não
- (6) Prioriza a saúde curativa (1) Sim (2) Não
- (7) Entende que a atividade física não é tão importante para a saúde pública (1) Sim (2) Não
- (8) Não encontrou profissional especializado para executar programas (1) Sim (2) Não
- (9) Outros _____
- (99) Não se aplica

7. Esta Secretaria tem planos de implantar programas de atividade física em seu município?

- | | | |
|-------------------|---------|---------|
| (1) Sim | (2) Não | 7 [] |
| 99) Não se aplica | | |

(Não tem programas de atividade física, pula para questão 38)

8. Qual(is) o nome do(s) programa(s) de atividade física?

(99) Não se aplica

ELABORAÇÃO DOS PROGRAMAS (RECURSOS HUMANOS)
--

9. O(s) programa(s) está(ao) vinculado(s) a qual(ais) secretaria(as) municipal(ais)? *(pode citar mais de uma).*

- (1) Saúde (1) Sim (2) Não
 (2) Esporte e Lazer (1) Sim (2) Não
 (3) Ação Social (1) Sim (2) Não
 (4) Educação (1) Sim (2) Não
 (5) Outra _____

10. Há quanto tempo (anos e meses) o programa foi implementado no município?

11. O projeto para criação do programa de atividade física foi elaborado por quem? *(pode citar mais de uma).*

- () Equipe técnica da secretaria (1) Sim (2) Não
 () Professor/Profissional de Educação Física (1) Sim (2) Não
 () Equipes do PSF (1) Sim (2) Não
 () Equipe do NASF (1) Sim (2) Não
 () Coordenador do programa (1) Sim (2) Não
 () Outros _____
 (9) Não sabe

12. Na elaboração do projeto houve envolvimento da comunidade através dos conselhos municipais?

- (1) Sim (2) Não (9) Não sabe 13 []

13. Quais profissionais compõem a equipe do programa de atividade física? *(pode citar mais de uma).*

- () Professores/Profissionais de Educação Física (1) Sim (2) Não
 () Nutricionistas (1) Sim (2) Não
 () Médicos (1) Sim (2) Não
 () Pedagogo/professor (1) Sim (2) Não
 () Enfermeiros (1) Sim (2) Não
 () Fisioterapeutas (1) Sim (2) Não
 () Assistentes sociais (1) Sim (2) Não
 () Psicólogo (1) Sim (2) Não
 () Terapeuta Ocupacional (1) Sim (2) Não
 () Digitador (1) Sim (2) Não
 () Técnicos administrativos (1) Sim (2) Não
 () Outros _____

PARCERIAS INTERSETORIAIS (OUTROS RECURSOS)

Obs. Questões 14, 15 e 16 são direcionadas apenas ao Sec. de Saúde

- 14. O programa de atividade física faz parte da política nacional de promoção da saúde do Ministério da Saúde?**
- (1) Sim (2) Não
 (9) Não sabe (99) Não se aplica **14 []**
- 15. Neste município existem Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)?**
- (1) Sim, quantas núcleos_____ (2) Não
 (9) Não sabe (99) Não se aplica **15 []**
- 16. As ações do programa de atividade física estão ligadas ao NASF?**
- (1) Sim (2) Não
 (9) Não sabe (99) Não se aplica **16 []**
- 17. As ações do programa de atividade física estão ligadas a Estratégia de Saúde da Família, antigo PSF?**
- (1) Sim (2) Não (9) Não sabe **17 []**
- 18. As ações do programa de atividade física estão ligadas ao Programa Saúde na Escola (PSE)?**
- (1) Sim (2) Não
 (9) Não sabe (99) Não se aplica **18 []**
- 19. O programa de atividade física é realizado através de parcerias intersetoriais?**
- (1) Sim (2) Não (pula para 21)
 (9) Não sabe (99) Não se aplica **19 []**
- 20. Com quais órgãos ou setores o programa de atividade física estabelece parcerias? (pode citar mais de uma).**
- () Secretaria de Educação (1) Sim (2) Não
 () Secretaria de Esportes/lazer (1) Sim (2) Não
 () Secretaria de Cultura (1) Sim (2) Não
 () Secretaria ou órgão de transportes, trânsito ou correspondente (1) Sim (2) Não
 () Secretaria de planejamento urbano ou correspondente (1) Sim (2) Não
 () Secretaria de assistência social ou correspondente (1) Sim (2) Não
 () Secretaria de meio ambiente ou correspondente (1) Sim (2) Não
 () Universidades/Faculdades (1) Sim (2) Não
 () Associações comunitárias (1) Sim (2) Não
 () Igrejas (1) Sim (2) Não
 () Escolas (1) Sim (2) Não
 () Empresas/setor privado (1) Sim (2) Não
 () CRAS (Centro de referência em assistência social)/CREAS (1) Sim (2) Não
 () Organizações não governamentais (1) Sim (2) Não
 () Outros_____
- (99) Não se aplica

EDUCAÇÃO PERMANENTE (RECURSOS HUMANOS)

21. Esta secretaria promove ou intermedia alguma capacitação para os profissionais que atuam nos programas de atividade física?

(1) Sim (2) Não (9) Não sabe 21 []

22. O programa de atividade física prevê capacitações (cursos, treinamentos) em promoção da saúde?

(1) Sim (2) Não (9) Não sabe
(99) Não se aplica 22 []

23. Qual(is) outra(s) área(s), além da saúde participam das capacitações em promoção da saúde?

(1) Área:

(2) Nenhuma área além da saúde (9) Não sabe
(99) Não se aplica 23 []

24. Algum representante do município participou dos cursos, seminários ou capacitações promovidos pelo Ministério da Saúde, Esporte ou Ação Social?

(1) Sim (qual) _____ (2) Não
(9) Não sabe 24 []

25. Em qual(is) ano(s)? (pode citar mais de uma).

() 2006 (1) Sim (2) Não
() 2007 (1) Sim (2) Não
() 2008 (1) Sim (2) Não
() 2009 (1) Sim (2) Não
() 2010 (1) Sim (2) Não
() 2011 (1) Sim (2) Não
() 2012 (1) Sim (2) Não
() 2013 (1) Sim (2) Não
() 2014 (1) Sim (2) Não
() Outro _____
(99) Não se aplica

26. Você ou algum representante do programa de atividade física recebe e-mails informativos do Ministério da Saúde, Esporte ou Ação Social?

(1) Sim (2) Não
(9) Não Sabe (99) Não se aplica 26 []

FINANCIAMENTO (RECURSOS FINANCEIROS)

27. Quem financia o programa de atividade física? (pode citar mais de uma).

() Município (1) Sim (2) Não
() Estado (1) Sim (2) Não
() Ministério da Saúde (1) Sim (2) Não

- () Ministério do Esporte e Lazer (1) Sim (2) Não
 () Ministério da Ação Social (1) Sim (2) Não
 () Outros _____

28. Dentro do Município qual secretaria financia o programa de atividade física? (pode citar mais de uma).

- () De Saúde (1) Sim (2) Não
 () De Esporte e Lazer (1) Sim (2) Não
 () De ação Social (1) Sim (2) Não
 () De Educação (1) Sim (2) Não
 () Outras _____

29. Que tipo(s) de apoio o município oferece ao programa de atividade física? (pode citar mais de uma).

- () Espaços ou estruturas físicas do município (1) Sim (2) Não
 () Transporte/Vale-transporte (1) Sim (2) Não
 () Recursos humanos (1) Sim (2) Não
 () Disponibilidade de equipamentos (1) Sim (2) Não
 () Recursos financeiros (1) Sim (2) Não
 () Não há contrapartida (1) Sim (2) Não
 () Outros _____

30. Do recurso repassado pelo Ministério da Saúde, Esporte e Lazer e/ou Ação Social no último ano, qual percentual foi gasto até o momento?

Qual percentual _____

- (1) Foi investido, mas, não sabe o percentual
 (9) Não sabe (99) Não se aplica

30 []

31. Quais profissionais ou trabalhadores foram contratados com recursos do programa de atividade física? (pode citar mais de uma).

- () Professores/Profissionais de Educação Física (1) Sim (2) Não
 () Nutricionistas (1) Sim (2) Não
 () Médicos (1) Sim (2) Não
 () Pedagogo/professor (1) Sim (2) Não
 () Enfermeiros (1) Sim (2) Não
 () Fisioterapeutas (1) Sim (2) Não
 () Assistentes sociais (1) Sim (2) Não
 () Psicólogo (1) Sim (2) Não
 () Terapeuta Ocupacional (1) Sim (2) Não
 () Digitador (1) Sim (2) Não
 () Técnicos administrativos (1) Sim (2) Não
 () Outros _____

RECURSOS FÍSICOS E SUSTENTABILIDADE
--

32. O programa de atividade física prevê construção de espaços físicos?

- (1) Sim (2) Não (9) Não Sabe **32 []**

33. O programa de atividade física prevê reforma de espaços físicos?

(2) Sim (2) Não (9) Não Sabe **33 []**

34. Que tipo de construção? (pode citar mais de uma).

- () Espaços para atividade dos projetos (1) Sim (2) Não
 () Academia ao ar livre (1) Sim (2) Não
 () Pista de caminhada (1) Sim (2) Não
 () Auditório para realização de palestras e cursos (1) Sim (2) Não
 () Outros _____
 (99) Não se aplica

35. Que tipo de reforma? (pode citar mais de uma).

- () Espaços para atividade dos projetos (1) Sim (2) Não
 () Academia ao ar livre (1) Sim (2) Não
 () Pista de caminhada (1) Sim (2) Não
 () Auditório para realização de palestras e cursos (1) Sim (2) Não
 () Outros _____

36. O programa de atividade física passa constantemente por manutenção?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe **36 []**

37. Ao falar de manutenção, o programa de atividade física permanecerá ativo?

- (1) Apenas enquanto durar o financiamento do Ministério ou Estado
 (2) O Município se comprometerá a mantê-lo com recursos próprios
 (3) Haverá melhora na estrutura e crescimento
 (4) Encerramento/diminuição das atividades

37 []

INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

38. Você encontra alguma dificuldade no relacionamento profissional com as equipes que coordenam e aplicam o(s) programa(s) de atividade física?

(1) Sim, que tipo? _____

(2) Não (8) Não quis informar **38 []**

39. Você como gestor do município considera que a área de Educação Física pode contribuir em que grau para a saúde pública dentro da Atenção Básica à Saúde?

(1) Nenhuma contribuição (2) Pouca contribuição
 (3) Média contribuição (4) Muita contribuição **39 []**

40. No seu ponto de vista os profissionais de Educação Física enfrentam ou enfrentariam alguma dificuldade para atuar na Atenção Básica à Saúde? (pode citar mais de uma).

- () Enfrentam por ser área nova neste setor (1) Sim (2) Não
 () Enfrenta por não ter sido preparado durante a formação profissional (1) Sim
 (2) Não

- () Enfrenta preconceito por ser da área de Educação Física (1) Sim (2) Não
 () Não enfrentam (1) Sim (2) Não
 () Outro _____
 (9) Não sabe

41. Para você, a Equipe de Saúde da Família, como um todo considera que o professor de educação física tem que grau de importância neste espaço?

- (1) Não tem importância (2) Pouca importância
 (3) Média importância (4) Muita importância **41 []**

42. O município em que você trabalha já realizou concurso oferecendo vagas para profissionais/professores de Educação Física na Atenção Básica a Saúde?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sabe **42 []**

43. Como se deu a entrada dos profissionais de Educação Física que atuam nos programas de atividade física? (pode citar mais de uma).

- () Contrato (1) Sim (2) Não
 () Concurso (1) Sim (2) Não
 () Voluntário (1) Sim (2) Não
 () Emprestado de outra secretaria (1) Sim, qual? (2) Não,

- _____
 (9) Não sabe (99) Não se aplica

44. Os profissionais/professores de Educação Física recebem salários baseados em: (pode citar mais de uma).

- () Piso da Equipe de Saúde da Família (1) Sim (2) Não
 () Piso dos professores do município (1) Sim (2) Não
 () Valor combinado hora/aula (1) Sim (2) Não
 () Outro _____
 (9) Não sabe (99) Não se aplica

Id - _____



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-Graduação em Educação Física – PPGEF
Mestrado Acadêmico

**Pesquisa sobre os Programas de Atividade
Física nos municípios da Superintendência
Regional de Saúde de Uberaba**

**BLOCO DE QUESTÕES 02 – COORDENADORES DOS PROGRAMAS
DE ATIVIDADE FÍSICA**

Município: _____

1. Programa(s): _____

2. Secretaria:

- (1) Saúde
- (2) Ação Social
- (3) Esporte/Lazer
- Outro _____

3. Nome: _____

4. Endereço
Institucional: _____

5. Telefones: _____

6. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

7. Idade _____

8. Data da entrevista: _____ Hora: ____ : ____

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS (RECURSOS HUMANOS)

1. Qual é sua maior escolaridade?

- (0) Nenhum
- (1) Primário incompleto
- (2) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (1º grau/ens.fund.) incompleto
- (3) Ginásial (1º grau/ens.fund.) completo ou colegial (2º grau/técnico/normal) incompleto
- (4) Colegial (2º grau/técnico/normal) completo ou superior incompleto
- (5) Superior completo
- (6) Especialização
- (7) Mestrado
- (8) Doutorado

1 []

2. Qual a sua área de formação em nível superior? (pode citar mais de uma).

- | | | |
|-------------------------------------|---------|---------|
| () Não tem nível superior | (1) Sim | (2) Não |
| () Administração | (1) Sim | (2) Não |
| () Serviço Social | (1) Sim | (2) Não |
| () Licenciatura em Educação Física | (1) Sim | (2) Não |
| () Bacharelado em Educação Física | (1) Sim | (2) Não |
| () Enfermagem | (1) Sim | (2) Não |

- () Fisioterapia (1) Sim (2) Não
 () Medicina (1) Sim (2) Não
 () Nutrição (1) Sim (2) Não
 () Odontologia (1) Sim (2) Não
 () Pedagogia (1) Sim (2) Não
 () Outra: _____

3. Há quanto tempo (anos e meses) você trabalha na coordenação do programa de atividade física?

4. A qual Secretaria este programa de atividade física está ligado? (pode citar mais de uma).

- () Saúde (1) Sim (2) Não
 () Esporte e Lazer (1) Sim (2) Não
 () Ação Social (1) Sim (2) Não
 () Educação (1) Sim (2) Não
 () Outra _____

OBJETIVOS DO PROGRAMA (RESULTADOS)

5. Qual o principal objetivo do(s) programa(s) de atividade física?

- (1) Prestar informação sobre atividade física/práticas saudáveis
 (2) Oferecer e orientar atividades físicas/práticas saudáveis
 (3) Outro _____

5 []

6. O(s) programa(s) de atividade física, em geral, oferece(m) as condições necessárias para alcançar os objetivos propostos? Exemplo: estruturas físicas recursos humanos.

- (1) Sim (2) Não (3) Parcialmente

6 []

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS (RECURSOS HUMANOS)

7. O programa de atividade física conta com a atuação de profissionais formados para aplicação das atividades?

- (1) Sim (2) Não

7 []

8. Quais profissionais? (pode citar mais de uma).

- () Professores/Profissionais de Educação Física (1) Sim (2) Não
 () Nutricionistas (1) Sim (2) Não
 () Médicos (1) Sim (2) Não
 () Pedagogo/professor (1) Sim (2) Não
 () Enfermeiros (1) Sim (2) Não
 () Fisioterapeutas (1) Sim (2) Não
 () Assistentes sociais (1) Sim (2) Não
 () Psicólogo (1) Sim (2) Não

- () Terapeuta Ocupacional (1) Sim (2) Não
 () Outros_____

9. O programa de atividade física conta com a atuação de estagiários que aplicam as atividades?

- (1) Sim (2) Não **9 []**

10. Quais as áreas de formação dos estagiários? (pode citar mais de uma).

- () Educação Física (1) Sim (2) Não
 () Nutrição (1) Sim (2) Não
 () Medicina (1) Sim (2) Não
 () Pedagogia (1) Sim (2) Não
 () Enfermagem (1) Sim (2) Não
 () Fisioterapia (1) Sim (2) Não
 () Ação Social (1) Sim (2) Não
 () Psicologia (1) Sim (2) Não
 () Terapia Ocupacional (1) Sim (2) Não
 () Outros_____

11. Os profissionais de Educação Física que atuam no programa de atividade física tem formação em?

- (1) Licenciatura (2) Bacharelado (3) Licenciatura e Bacharelado
 (9) Não sabe (99) Não se aplica **11 []**

12. Há uma exigência de formação específica em licenciatura ou bacharel para os profissionais de Educação Física?

- (1) Sim (2) Não (9) Não sabe **12 []**

<p>MATERIAIS PERMANENTES E DE CONSUMO UTILIZADOS (RECURSOS FÍSICOS)</p>
--

13. Quais principais materiais permanentes foram adquiridos pelo programa de atividade física? (pode citar mais de uma).

- () Computadores, data show e equipamentos de informática (1) Sim (2) Não
 () Aparelhos de som (1) Sim (2) Não
 () Equipamentos áudio visual (máquina fotográfica e filmadora) (1) Sim (2) Não
 () Esteiras, bicicletas ergométricas (1) Sim (2) Não
 () Equipamentos para avaliação física (1) Sim (2) Não
 () Móveis (1) Sim (2) Não
 () Materiais para atividades de ginástica (pesos, colchonetes, halteres...)
 (1) Sim (2) Não
 () Não foram adquiridos materiais permanentes (1) Sim (2) Não
 () Outros_____

14. Quais principais materiais de consumo foram adquiridos ou produzidos para o programa de atividade física? (pode citar mais de uma).

- () Folders, banners, materiais educativos (1) Sim (2) Não
 () Camisetas, bonés (1) Sim (2) Não
 () Organização de eventos (alimentação), palestras, cursos (1) Sim (2) Não

- () Viagens, diárias, hospedagem (1) Sim (2) Não
 () Não foram adquiridos materiais de consumo (1) Sim (2) Não
 () Outros _____

ATIVIDADES OFERTADAS (ATIVIDADES)

15. **Que tipo(s) de atividade(s) o programa de atividade física oferece? (pode citar mais de uma).**

- () Caminhada orientada (1) Sim (2) Não
 () Ginástica/Musculação (1) Sim (2) Não
 () Esportes (1) Sim (2) Não
 () Dança (1) Sim (2) Não
 () Alongamento/relaxamento (1) Sim (2) Não
 () Capoeira/Lutas (1) Sim (2) Não
 () Pilates (1) Sim (2) Não
 () Distribuição de informativos/folders (1) Sim (2) Não
 () Passeios (1) Sim (2) Não
 () Palestras_(1) Sim (2) Não
 () Outras: _____

ATIVIDADES PONTUAIS (ATIVIDADES)

16. **O programa de atividade física realiza eventos extras (além das atividades normais)?**

- (1) Sim (2) Não (pula para 18) (8) Não quis informar **16 []**

17. **Qual(is) tipo(s) de eventos? (pode citar mais de uma).**

- () Aulões de ginástica em datas específica (1) Sim (2) Não
 () Palestras/cursos (1) Sim (2) Não
 () Gincanas (1) Sim (2) Não
 () Caminhada em datas como dia de combate ao diabetes, hipertensão (1) Sim (2) Não
 () Feira de saúde (1) Sim (2) Não
 () Outros _____
 (99) Não se aplica

18. **O município participa do dia mundial de atividade física/qualidade de vida?**

- (1) Sim (2) Não
 (9) Não sabe (8) Não quis informar **18 []**

MEIOS DE DIVULGAÇÃO (ATIVIDADES)

19. **O(s) programa(s) de atividade física, em geral, usa(m) a mídia como recurso de divulgação e/ou apoio, junto à população?**

- (1) Sim (2) Não (pula para 22) (9) Não sabe **19 []**

20. **Quais tipos de mídia o(s) programa(s) de atividade física usa(m)? (pode citar mais de uma).**

- () Televisão (1) Sim (2) Não
- () Rádio (1) Sim (2) Não
- () Jornal/Revista (1) Sim (2) Não
- () Internet (1) Sim (2) Não
- () Folder/informativo (1) Sim (2) Não
- () Outdoor/Busdoor/Cartazes de rua (1) Sim (2) Não
- () Os profissionais da Atenção Básica e ACS divulgam (1) Sim (2) Não
- () Outro: _____ (99) Não se aplica

21. **De que forma o(s) programa(s) de atividade física utiliza(m) a mídia?**

- (1) Divulgando o(s) programa(s) e/ou suas ações
- (2) Informando sobre aspectos relacionados à saúde
- (3) Divulgando o(s) programa(s) e/ou suas ações e informando sobre aspectos relacionados à saúde
- (4) Outra(s) _____
- 99) Não se aplica

21 []

DIAS E LOCAIS QUE OCORREM AS ATIVIDADES (PRODUTO)
--

22. **Quantos dias por semana, em média, são oferecidas as atividades no(s) programa(s) de atividade física?**

- () Um dia (1) Sim (2) Não
- () Dois dias (1) Sim (2) Não
- () Três dias (1) Sim (2) Não
- () Quatro dias (1) Sim (2) Não
- () Cinco dias (1) Sim (2) Não
- () Seis dias (1) Sim (2) Não
- () Sete dias (1) Sim (2) Não
- () Não existe uma regra (1) Sim (2) Não
- (9) Não sabe informar

23. **Nos dias em que ocorrem, qual a duração média das atividades oferecidas pelo programa de atividade física?**

24. **As atividades do(s) programa(s) de atividade física ocorrem em quais períodos? (pode citar mais de uma).**

- () Manhã (1) Sim (2) Não
- () Tarde (1) Sim (2) Não
- () Noite (1) Sim (2) Não

25. **As atividades do(s) programa(s) de atividade física acontecem em quantos locais no município?**

26. **O(s) programa(s) de atividade física atende(m) a quantos bairros do município?**

27. **As atividades do(s) programa(s) de atividade física são realizadas na zona rural?**

(1) Sim (2) Não (9) Não sabe **27 []**

28. **Quais espaços/estruturas físicas são utilizadas pelo programa de atividade física? (pode citar mais de uma).**

- () Praças/parques (1) Sim (2) Não
- () Piscinas (1) Sim (2) Não
- () Pista de caminhada (1) Sim (2) Não
- () Academia ao ar livre (Academia aberta a Terceira Idade) (1) Sim (2) Não
- () Ginásios (1) Sim (2) Não
- () Espaços físicos de igrejas, centros comunitários, associações (1) Sim (2) Não
- () Unidades Básicas de Saúde (1) Sim (2) Não
- () Ciclovia (1) Sim (2) Não
- () Calçadas/Ruas/Calçadas (1) Sim (2) Não
- () Centro de convivência do idoso (1) Sim (2) Não
- () Instituição de Longa Permanência do Idoso (1) Sim (2) Não
- () Escolas (1) Sim (2) Não
- () Outros espaços cobertos _____
- () Outros espaços ao ar livre _____

29. **Como você considera a qualidade dessas estruturas físicas?**

- (1) Maioria dos locais adequados
- (2) Maioria dos locais inadequados
- (3) Metade dos locais são adequados **29 []**

PÚBLICO ABRANGIDO (PRODUTO)

30. **Qual o público alvo do(s) programa(s) de atividade física? (pode citar mais de uma).**

- () Crianças (1) Sim (2) Não
- () Adolescentes (1) Sim (2) Não
- () Adultos (1) Sim (2) Não
- () Idosos (1) Sim (2) Não
- () Somente mulheres (1) Sim (2) Não
- () Populações do campo/indígena/quilombola (1) Sim (2) Não
- () Outros _____

31. **O público alvo deste(s) programa(s) é formado por quantas pessoas no município?**

- (1) Crianças _____
- (2) Adolescentes _____

- (3) Adultos _____
 (4) Idosos _____
 (5) Somente mulheres _____
 (6) Populações do campo/indígena/quilombola _____
 (7) Outros _____

32. Do público alvo, citado acima, quantos participam do(s) programa(s) de atividade física?

- (1) Crianças _____
 (2) Adolescentes _____
 (3) Adultos _____
 (4) Idosos _____
 (5) Somente mulheres _____
 (6) Populações do campo/indígena/quilombola _____
 (7) Outros _____

33. Quais grupos de risco/doentes são atendidos pelo(s) programa(s) de atividade física? (pode citar mais de uma).

- () Diabéticos (1) Sim (2) Não
 () Hipertensos (1) Sim (2) Não
 () Obesos/sobrepesos (1) Sim (2) Não
 () Pessoas com transtorno/doença mental (1) Sim (2) Não
 () Tabagistas (1) Sim (2) Não
 () Dependentes químicos (1) Sim (2) Não
 () Pessoas com HIV/AIDS (1) Sim (2) Não
 () Pessoas com deficiência (1) Sim (2) Não
 () Em medidas socioeducativas (1) Sim (2) Não
 () Outros _____

34. Nas atividades de rotina, quantas pessoas são atendidas pelo programa de atividade física em cada grupo, em média?

35. Quais as faixas etárias predominantes?

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA (ATIVIDADES)

36. Você conhece algum modelo lógico de avaliação de programas de atividade física?

- (1) Sim (2) Não **36 []**

37. O(s) programa(s) tem um modelo lógico de avaliação de programas de atividade física?

- (1) Sim (2) Não (9) Não sabe **37 []**

38. Como são as avaliações? (pode citar mais de uma).

- () Avaliações e reavaliações físicas (1) Sim (2) Não
 () Avaliação de opinião dos usuários através de questionários (1) Sim (2) Não
 () Controle de presença dos participantes (1) Sim (2) Não
 () Reuniões de equipe dos profissionais (1) Sim (2) Não
 () Outros_____
- (9) Não sabe
 (99) Não se aplica

39. Quais os períodos de avaliações?

- (1) A cada 3 meses (2) A cada 6 meses (3) Uma vez por ano
 (4) A cada 2 anos (5) Acima de 2 anos (6) Outro_____
- (7) Não sabe
- 39 []**

40. Está prevista alguma avaliação da efetividade do programa?

- (1) Sim (2) Não (Pula para 43) (3) Não sabe
- 40 []**

41. Será estabelecida alguma parceria para avaliação do programa de atividade física?

- (1) Sim (2) Não (Pula para 43)
 (3) Não sabe (99) Não se aplica
- 41 []**

42. Qual(is) parceria(s) será(o) formada(s)? (pode citar mais de uma).

- () Universidades, faculdades (1) Sim (2) Não
 () Ministério da Saúde (1) Sim (2) Não
 () Ministério do Esporte (1) Sim (2) Não
 () Ministério da Ação Social (1) Sim (2) Não
 (9) Não sabe
 (99) Não se aplica
 (7) Outro_____

OUTROS: AVALIAÇÃO PESSOAL DO PROGRAMA
--

43. Qual a sua avaliação do programa de atividade física até o momento?

- (1) Não atinge os objetivos (2) Atinge parcialmente os objetivos
 (3) Atinge totalmente os objetivos (8) Não quis informar
- 43 []**

44. O que você modificaria no programa de atividade física? (pode citar mais de uma).

- () Atividades (inclusão, exclusão, diversificação) (1) Sim (2) Não
 () Profissionais/Estagiários (troca, contratação/concurso, formação) (1) Sim
 (2) Não
 () Materiais (melhora, compra) (1) Sim (2) Não
 () Locais (troca, mais locais/construção, melhora) (1) Sim (2) Não
 () Frequência das atividades (1) Sim (2) Não
 () Horários das atividades (1) Sim (2) Não
 () Nada
 () Outro: _____
 (8) Não quis informar

45. **Dos aspectos que vou ler, qual você acha que tem principal influência positiva no programa de atividade física para a população?**

- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| (1) Clima agradável | (2) Baixa criminalidade na região |
| (3) Boas estruturas físicas | (4) Os profissionais/estagiários |
| (5) As atividades oferecidas | (6) A manutenção do(s) programa(s) |
| (7) Benefícios para a saúde | (8) Outro _____ |
- 45 []**

46. **Das opções abaixo, o que você destaca como positivo no(s) programa(s) de atividade física? (*pode citar mais de uma*).**

- () As atividades oferecidas (1) Sim (2) Não
 () Os profissionais/estagiários (1) Sim (2) Não
 () O salário (1) Sim (2) Não
 () A experiência (1) Sim (2) Não
 () O trabalho com as pessoas/população (1) Sim (2) Não
 () Outro: _____
 (8) Não quis informar

47. **Como você percebe as perspectivas do(s) programa(s) de atividade física?**

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| (1) Tendem a acabar | (2) Tendem a diminuir |
| (3) Tendem a manter-se como está | (4) Tendem a expandir |
| (5) Outro: _____ | |
| (8) Não quis informar | |
- 47 []**

(RESULTADOS EM CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO)

48. **Quais são os resultados esperados em curto prazo? (*pode citar mais de uma*).**

- () Mais conhecimentos sobre atividade física e estilo de vida saudável (1) Sim (2) Não
 () Diagnóstico de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que precisam fazer atividade física (1) Sim (2) Não
 () Mudanças de comportamento da população (1) Sim (2) Não
 () Maior acesso a programas de atividade física gratuitos (1) Sim (2) Não
 () Mais espaços públicos destinados a prática de atividade física (1) Sim (2) Não
 () Outro: _____
 (9) Não sabe

49. **Até o momento foram alcançados os resultados desejados em curto prazo?**

- | | | |
|--------------|---------|------------------|
| (1) Sim | (2) Não | (3) Parcialmente |
| (9) Não sabe | | |
- 49 []**

50. **Como são avaliados os resultados em curto prazo? (*pode citar mais de uma*).**

- () Através de pesquisa populacional sobre conhecimentos relacionados a atividade física e estilo de vida saudável (1) Sim (2) Não
 () Por identificação de pessoas portadoras de DCNT que precisam fazer atividade física
 () Sim (2) Não

- () Por meio de quantificação do número de pessoas que mudaram seus hábitos para mais saudáveis (1) Sim (2) Não
- () Por levantamento do número de programas de atividade física gratuitos criados no período (1) Sim (2) Não
- () Identificando o número de espaços públicos destinados a prática de atividade física no período (1) Sim (2) Não
- () Outro: _____
- (9) Não sabe

51. Quais são os resultados esperados em médio prazo? (pode citar mais de uma).

- () Mudanças de comportamento da população sobre estilo de vida saudável (1) Sim (2) Não
- () Aumento do número de pessoas praticando atividade física (1) Sim (2) Não
- () Mais pessoas usufruindo de espaços públicos para a prática de atividade física (1) Sim (2) Não
- () Disseminação do conhecimento científico sobre atividade física saúde e qualidade de vida (1) Sim (2) Não
- () Outro: _____
- (9) Não sabe

52. Até o momento foram alcançados os resultados desejados em médio prazo?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente
- (9) Não sabe

52 []

53. Como são avaliados os resultados em médio prazo? (pode citar mais de uma).

- () Pesquisa com os profissionais de saúde sobre as mudanças de comportamento da população sobre estilo de vida saudável (1) Sim (2) Não
- () Levantamento do número de pessoas que passaram a praticar atividade física (1) Sim (2) Não
- () Verificando o aumento do número de pessoas usufruindo de espaços públicos para a prática de atividade física (1) Sim (2) Não
- () Pesquisa populacional sobre os conhecimentos científicos relacionados a atividade física saúde e qualidade de vida (1) Sim (2) Não
- () Outro: _____
- (9) Não sabe

54. Quais são os resultados esperados em longo prazo (pode citar mais de uma).

- () Aumento do engajamento e responsabilidade política sobre atividade física e demais práticas saudáveis (1) Sim (2) Não
- () Redução do comportamento sedentário, obesidade e DCNT entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (1) Sim (2) Não
- () Redução dos custos com tratamentos de média e alta complexidade (1) Sim (2) Não
- () Diminuição da mortalidade por DCNT (1) Sim (2) Não
- () Melhora da saúde geral da população e das relações interpessoais (1) Sim

- (2) Não
 Melhora da promoção da saúde e prevenção de doenças (1) Sim (2) Não
 Mais ações sociais (1) Sim (2) Não
 Fortalecimento das ações intersetoriais no município (1) Sim (2) Não
 Outro: _____
 (9) Não sabe

55. Até o momento foram alcançados os resultados desejados em longo prazo?

- (1) Sim (2) Não (3) Parcialmente
 (9) Não sabe

55 []

56. Como são avaliados os resultados em longo prazo? (pode citar mais de uma).

- Identificando o aumento do engajamento e responsabilidade política sobre atividade física e demais práticas saudáveis (1) Sim (2) Não
 Realizando avaliações físicas e clínicas nos participantes das ações (1) Sim (2) Não
 Comparando os gastos com tratamentos de média e alta complexidade com períodos anteriores (1) Sim (2) Não
 Comparando os casos de mortalidade por DCNT com períodos anteriores (1) Sim (2) Não
 Levantamento geral de saúde da população através pesquisa com profissionais e população (1) Sim (2) Não
 Identificando as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (1) Sim (2) Não
 Verificando quais foram às ações sociais proporcionadas pelo programa (1) Sim (2) Não
 Verificando se houve aumento e fortalecimento das ações intersetoriais no município (1) Sim (2) Não
 Outro: _____
 (9) Não sabe

57. O(s) programa(s) de atividade física teve algum efeito não intencional? Por exemplo: pessoas que não estavam previstas participar, entraram no(s) programa(s).

- (1) Sim, qual? _____
 (2) Não (9) Não sabe informar

57 []

58. O que pôde-se aprender com os participantes que abandonaram o programa de atividade física?

- (1) Nada
 (2) Serviu para rever a metodologia de trabalho
 (3) Despertou-nos a melhorar as ações e atividades ofertadas
 (4) Outros _____ (9) Não sabe informar

58 []

OUTROS

59. **Você encontra alguma dificuldade no relacionamento profissional com a gestão municipal que afeta o desenvolvimento do programa de atividade física?**

- (1) Sim (2) Não (8) Não quis informar **59 []**

60. **No seu ponto de vista os recursos destinados a realização do programa de atividade física estão sendo bem utilizados, repassados?**

- (1) Sim (2) Não
(3) Parcialmente (9) Não sabe **60 []**

INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE
--

61. **Para você, os gestores em saúde do município consideram a educação física como área da saúde?**

- (1) Sim (2) Não (8) Não quis informar (9) Não sabe **61 []**

62. **Para você, os gestores em saúde do município consideram que a educação física tem potencial para atuar na Atenção Básica à Saúde?**

- (1) Sim (2) Não
(8) Não quis informar (9) Não sabe **62 []**

63. **No seu ponto de vista os profissionais de Educação Física enfrentam ou enfrentariam alguma dificuldade para atuar na Atenção Básica à Saúde? (pode citar mais de uma).**

- () Enfrentam por ser área nova neste setor (1) Sim (2) Não
() Enfrenta por não ter sido preparado durante a formação profissional (1) Sim (2) Não
() Enfrenta preconceito por ser da área de Educação Física (1) Sim (2) Não
() Não enfrentam (1) Sim (2) Não
() Outro _____
(9) Não sabe

64. **Para você, a Equipe de Saúde da Família, como um todo considera que o professor de educação física tem que grau de importância neste espaço?**

- (1) Não tem importância (2) Pouca importância
(3) Média importância (4) Muita importância **64 []**

65. **Você como coordenador do(s) programa(s) de atividade física considera que a educação física pode contribuir em que grau para a saúde pública dentro da Atenção Básica à Saúde?**

- (1) Nenhuma contribuição (2) Pouco contribuição
(3) Médio contribuição (4) Muito contribuição **65 []**

Id - _____



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-Graduação em Educação Física – PPGEF
Mestrado Acadêmico

Pesquisa sobre os Programas de Atividade Física nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba

BLOCO DE QUESTÕES 03 – APLICADORES DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA

Município: _____

1. Qual(is) Programa(s) você trabalha _____

2. Secretaria:

- (1) Saúde
- (2) Ação Social
- (3) Esporte/Lazer
- Outro _____

3. Nome: _____

4. Endereço
Institucional _____

5. Telefones: _____

6. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

7. Idade _____

8. Data da entrevista: _____ Hora: ____ : ____

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS (RECURSOS HUMANOS)

1. Qual é sua maior escolaridade?

- (0) Nenhuma
- (1) Primário incompleto
- (2) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (1º grau/ens.fund.) incompleto
- (3) Ginásial (1º grau/ens.fund.) completo ou colegial (2º grau/técnico/normal) incompleto
- (4) Colegial (2º grau/técnico/normal) completo ou superior incompleto
- (5) Superior completo
- (6) Especialização
- (7) Mestrado
- (8) Doutorado

1 []

2. Qual a sua área de formação em nível superior? (pode citar mais de uma).

- () Não tem nível superior (1) Sim (2) Não
- () Administração (1) Sim (2) Não
- () Serviço Social (1) Sim (2) Não
- () Licenciatura em Educação Física (1) Sim (2) Não

- () Bacharelado em Educação Física (1) Sim (2) Não
 () Enfermagem (1) Sim (2) Não
 () Fisioterapia (1) Sim (2) Não
 () Medicina (1) Sim (2) Não
 () Nutrição (1) Sim (2) Não
 () Odontologia (1) Sim (2) Não
 () Pedagogia (1) Sim (2) Não
 () Outra: _____

3. Há quanto tempo você é formado em nível superior?

Obs. Questões 4 e 5 apenas para profissionais de Educação física.

4. Durante sua graduação em Educação Física você obteve uma formação que contemplasse conhecimentos sobre: (pode citar mais de uma).

- () Políticas de saúde (1) Sim (2) Não
 () Saúde e sociedade (1) Sim (2) Não
 () Planejamento e avaliação de serviços em saúde (1) Sim (2) Não
 () Atividade física relacionada à Saúde (1) Sim (2) Não
 () Estágios supervisionados na Atenção Básica à Saúde (1) Sim (2) Não
 () Epidemiologia da atividade física (1) Sim (2) Não
 () Outra _____
 (99) Não se aplica

5. Após sua formação em Educação Física você fez alguma especialização com foco na Atenção Básica à Saúde ou área relacionada?

- (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica **5 []**

6. Há quanto tempo (anos e meses) você trabalha como aplicador do(s) programa(s) de atividade física?

7. Você está vinculado a Estratégia de Saúde da Família?

- (1) Sim (2) Não **7 []**

8. Você está ligado ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?

- (1) Sim (2) Não **8 []**

9. Em geral, qual a principal razão para você se envolver no(s) programa(s) de atividade física?

- (1) Agradou-se da proposta
 (2) Questão financeira

- (3) Oportunidade
 (4) Visibilidade profissional
 (5) Estava sem ocupação
 (6) Identificação com a área de formação
 (5) Outro: _____

9 []

PARTICIPAÇÃO DA GESTÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE (RECURSOS HUMANOS)

10. Com que frequência você é convidado a participar das reuniões da Atenção Básica à Saúde juntamente com os demais profissionais da Saúde?

- (1) Nunca (2) Raramente
 (3) Frequentemente (4) Sempre (99) Não se aplica **10 []**

11. Você participa ativamente nas decisões que interferem no futuro do programa de atividade física?

- (1) Nunca (2) Raramente
 (3) Frequentemente (4) Sempre **11 []**

12. Quando o município vai comprar material de consumo e/ou construir/reformar espaço(s) para realização das atividades do programa de atividade física você é convidado a opinar e interferir nas decisões?

- (1) Nunca (2) Raramente
 (3) Frequentemente (4) Sempre **12 []**

13. Você participou da elaboração do projeto para implementar/renovar o programa de atividade física em seu município?

- (1) Sim (2) Não **13 []**

14. Você já participou de alguma capacitação sobre promoção da saúde ou temas afins visando a melhoria das ações no programa de atividade física?

- (1) Sim (2) Não (3) Fui convidado, mas não
 pude ir (4) Não houve
 (5) Houve, mas, não fui convidado **14 []**

FUNÇÃO E LIGAÇÃO DO PROFISSIONAL COM O PROGRAMA (ATIVIDADES)

**15. Que função(ões) você exerce no(s) programas(s) de atividade física?
 (pode citar mais de uma)**

- () Professor de ginástica (1) Sim (2) Não
 () Orientador de atividades (*não ginástica*) (1) Sim (2) Não
 () Avaliador (1) Sim (2) Não
 () Professor de pilates (1) Sim (2) Não
 () Outro: _____

16. Além de atividades práticas, você ministra palestras periodicamente envolvendo temas como relação entre atividade física, doenças e saúde?
 (1) Sim (2) Não 16 []
17. Você realiza avaliações físicas nos participantes? (pode citar mais de uma)
 () Não realiza (1) Sim (2) Não
 () Antes de entrar no grupo (1) Sim (2) Não
 () A cada 3 meses (1) Sim (2) Não
 () A cada 6 meses (1) Sim (2) Não
 () Outro _____
18. É feita, solicitada e/ou exigida alguma avaliação clínica antes dos participantes entrarem no programa de atividade física?
 (1) Sim (2) Não 18 []
19. Entendendo que o lazer contribui para a promoção da saúde, você realiza outras atividades com os grupos a exemplo de caminhada ecológica, dança passeios e turísticos.
 (1) Sim (2) Não (8) Não quis informar 19 []

RECURSOS HUMANOS

20. Quantas horas em média você trabalha por semana no(s) programas(s) de atividade física? (somando todos os programas)
 (1) Até 10hs (2) Até 20hs (3) Até 30hs
 (4) Até 40hs (5) Mais de 40hs 20 []
21. Em quantos locais você trabalha pelo(s) programas(s) de atividade física? (por exemplo: praças, academias da saúde, clubes, PSF...), (somar todos os programas).
 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4
 (5) 5 (6) 6 (7) (Mais de 6 locais)
 (8) Não quis informar 21 []

AValiação DO PROGRAMA

22. Dos aspectos que vou ler, qual você acha que tem principal influência positiva no programa de atividade física?
 (1) As atividades oferecidas (2) Os profissionais/estagiários
 (3) O salário (4) A experiência
 (5) O trabalho com as pessoas/população
 (6) Outro: _____
 (8) Não quis informar 22 []
23. Para você, qual o principal facilitador para as pessoas participarem do(s) programa(s) de atividade física?
 (1) Tempo livre

- (2) Saúde
- (3) Indicação médica/profissional de saúde
- (4) Convívio social
- (5) Gostar de atividades físicas / Atividade física é uma prioridade
- (6) Qualidade dos programas/dos profissionais
- (7) Outro: _____

23 []

24. Para você, qual a **principal** barreira para as pessoas deixarem de participar do(s) programa(s) de atividade física?

- (1) Falta de tempo
- (2) Indicação médica/outro profissional de saúde
- (3) Não gostar de atividades físicas/atividade física não é uma prioridade
- (4) Falta de disposição
- (5) Má qualidade dos programas / atividades / profissionais / estagiários
- (6) Outro: _____

24 []

25. Qual a sua avaliação do programa de atividade física até o momento?

- (1) Atinge totalmente os objetivos
- (2) Atinge parcialmente os objetivos
- (3) Não atinge os objetivos

25 []

26. O que você modificaria no programa de atividade física? (*pode citar mais de uma*).

- () Nada (1) Sim (2) Não
- () Atividades (inclusão, exclusão, diversificação) (1) Sim (2) Não
- () Profissionais/Estagiários (troca, contratação/concurso, formação) (1) Sim (2) Não
- () Materiais (melhora, compra) (1) Sim (2) Não
- () Locais (troca, mais locais/construção, melhora) (1) Sim (2) Não
- () Frequência das atividades (1) Sim (2) Não
- () Horários das atividades (1) Sim (2) Não
- () Outro: _____

27. Como você percebe as perspectivas do(s) programa(s) de atividade física?

- (1) Tendem a acabar (2) Tendem a diminuir
- (3) Tendem a manter-se como está (4) Tendem a expandir
- (5) Outro: _____

27 []

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E PESSOAL COM O CARGO

28. Qual o seu grau de satisfação **profissional** com o(s) programa(s) de atividade física em geral?

- (1) Insatisfeito (2) Pouco satisfeito
- (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito

28 []

29. Qual o seu grau de satisfação **pessoal** com o(s) programa(s) de atividade física em geral?

- (1) Insatisfeito (2) Pouco satisfeito
 (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito **29 []**

30. Quantos salários mínimos você recebe mensalmente para atuar no programa de atividade física? (valor vigente no momento).

- (1) 1 Salário (2) 2 Salários (3) 3 Salários
 (4) 4 Salários (5) Mais de 4 salários (8) Não quis informar **30 []**

31. Você recebe algum dos benefícios abaixo referente ao seu trabalho como aplicador do programa de atividade física? (pode citar mais de uma).

- () Vale-transporte (1) Sim (2) Não
 () Vale-refeição (1) Sim (2) Não
 () Combustível (1) Sim (2) Não
 () Ajuda de custo (1) Sim (2) Não
 () Outros: _____
 () Não recebe (1) Sim (2) Não
 (8) Não quis informar

INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

Obs. Apenas para profissionais de Educação Física

32. Você encontra alguma dificuldade no relacionamento com a gestão municipal ou coordenação que afeta o desenvolvimento do programa de atividade física?

- (1) Sim (2) Não (8) Não quis informar **32 []**

33. Para você, os gestores em saúde do município consideram a educação física como área da saúde?

- (1) Sim (2) Não
 (8) Não quis informar (9) Não sabe **33 []**

34. Para você, os gestores em saúde do município consideram que a educação física tem potencial para atuar na Atenção Básica à Saúde?

- (1) Sim (2) Não
 (8) Não quis informar (9) Não sabe **34 []**

35. Você como profissional atuante na área de programas de atividade física, considera que a Educação Física tem que grau de importância para a Saúde Pública através da Atenção Básica à Saúde?

- (1) Não tem importância (2) Pouca importância
 (3) Média importância (4) Muita importância **35 []**

36. Para você a Equipe de Saúde da Família, como um todo, considera que o professor/profissional de educação física tem que grau de importância neste ambiente?

- (1) Não tem importância (2) Pouca importância
 (3) Média importância (4) Muita importância

(9) Não sabe 36 []

**37. Você enfrenta alguma dificuldade para atuar na Atenção Básica à Saúde?
(pode citar mais de uma).**

- () Enfrentam por ser área nova neste setor (1) Sim (2) Não
- () Enfrenta por não ter sido preparado durante a formação profissional (1) Sim
(2) Não
- () Enfrenta preconceito por ser da área de Educação Física (1) Sim (2) Não
- () Não enfrentam (1) Sim (2) Não
- () Outro _____
- (99) Não se aplica

**38. Com base apenas nos conteúdos estudados na sua graduação em
Educação Física, você se considera preparado para atuar na Atenção
Básica à Saúde?**

(1) Sim (2) Não (3) Em parte 38 []

Id - _____



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-Graduação em Educação Física – PPGEF
Mestrado Acadêmico

Pesquisa sobre os Programas de Atividade Física nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba

BLOCO DE QUESTÕES 04 – GERENTES DAS UNIDADES DE SAÚDE

Município: _____

1. Secretaria:

- (1) Saúde
- (2) Ação Social
- (3) Esporte/Lazer
- Outro _____

2. Unidade de Saúde, nome, bairro: _____

3. População aproximada da Unidade de Saúde _____

4. Nome: _____

5. Endereço
Institucional: _____

6. Telefones: _____

7. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

8. Idade _____

9. Data da entrevista: _____ Hora: ____ : ____

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS (RECURSOS HUMANOS)

1. Qual é sua maior escolaridade?

- (0) Nenhum
- (1) Primário incompleto
- (2) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (1º grau/ens.fund.) incompleto
- (3) Ginásial (1º grau/ens.fund.) completo ou colegial (2º grau/técnico/normal) incompleto
- (4) Colegial (2º grau/técnico/normal) completo ou superior incompleto
- (5) Superior completo
- (6) Especialização
- (7) Mestrado
- (8) Doutorado

1 []

2. Qual a sua área de formação em nível superior? (pode citar mais de uma).

- | | |
|-------------------------------------|-----------------|
| () Não tem nível superior | (1) Sim (2) Não |
| () Administração | (1) Sim (2) Não |
| () Serviço Social | (1) Sim (2) Não |
| () Licenciatura em Educação Física | (1) Sim (2) Não |
| () Bacharelado em Educação Física | (1) Sim (2) Não |
| () Enfermagem | (1) Sim (2) Não |
| () Fisioterapia | (1) Sim (2) Não |

- () Medicina (1) Sim (2) Não
 () Nutrição (1) Sim (2) Não
 () Odontologia (1) Sim (2) Não
 () Pedagogia (1) Sim (2) Não
 () Outra: _____

3. Há quanto tempo (anos e meses) você gerencia esta Unidade de Saúde?

PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE (ATIVIDADES)

4. Em sua opinião qual é a importância da atividade física para a promoção da saúde?

- (1) Não tem importância (2) Pouca importância
 (3) Média importância (4) Muita importância **4 []**

5. O que você acha dos programas de atividade física vinculados a Atenção Básica à Saúde?

- (1) Não tem importância (2) Tem pouca importância
 (3) Tem média importância (4) Tem muita importância **5 []**

6. Esta Unidade de Saúde tem vínculo ou gerencia algum programa de atividade física?

- (1) Sim,
 qual(is) atividade(s)? _____

- (2) Não **6 []**

7. Nas reuniões com as Equipes de Saúde são debatidas pautas envolvendo a oferta de atividade física à população que está cadastrada nesta Unidade?

- (1) Sim (2) Não **7 []**

8. Nas ações educativas em grupo ou nos atendimentos individuais que ocorrem nesta Unidade de Saúde, aconselha-se o usuário a praticar atividade física?

- (1) Sim (2) Não **8 []**

9. Quando sua equipe aconselha os usuários a praticar atividade física, eles direcionam o aconselhamento apenas para grupos específicos como idosos, hipertensos e diabéticos ou toda a população independente de ter problemas de saúde?

- (1) Toda a população (2) Apenas grupos específicos **9 []**

RECURSOS HUMANOS

10. **As ações educativas e/ou aconselhamento normalmente são realizadas por qual(is) profissional(is)? (pode citar mais de uma).**

- () Profissional/professor de Educação Física (1) Sim (2) Não
 () Psicólogo (1) Sim (2) Não
 () Nutricionista (1) Sim (2) Não
 () Médico (1) Sim (2) Não
 () Fisioterapeuta (1) Sim (2) Não
 () Enfermeiro (1) Sim (2) Não
 () Terapeuta Ocupacional (1) Sim (2) Não
 () Dentista (1) Sim (2) Não
 () Agentes Comunitários de Saúde (1) Sim (2) Não
 () Técnicos de Enfermagem (1) Sim (2) Não
 () Auxiliares de Enfermagem (1) Sim (2) Não
 () Outro _____

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA (ATIVIDADES)

11. **Você é convidado a participar da elaboração dos programas de atividade física para o seu município?**

- (1) Sim (2) Não (3) Às vezes 11 []

12. **Você já participou de alguma avaliação de efetividade do(s) programas(s) de atividade física em que esta Unidade de Saúde é cadastrada?**

- (1) Sim (2) Não 12 []

INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

13. **Para você, como os gestores em saúde do município consideram a Educação Física na Atenção Básica a Saúde?**

- (1) Não tem importância (2) Tem pouca importância
 (3) Tem média importância (4) Tem muita importância 13 []

14. **No seu ponto de vista os profissionais de Educação Física enfrentam ou enfrentariam alguma dificuldade para atuar na Atenção Básica à Saúde? (pode citar mais de uma).**

- () Enfrentam por ser área nova neste setor (1) Sim (2) Não
 () Enfrenta por não ter sido preparado durante a formação profissional (1) Sim (2) Não
 () Enfrenta preconceito por ser da área de Educação Física (1) Sim (2) Não
 () Não enfrentam (1) Sim (2) Não
 () Outro _____
 (9) Não sabe

15. **Você considera importante ter profissional/professor de educação física atuando na Atenção Básica à Saúde?**

- | | | |
|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| (1) Não tem importância | (2) Tem pouca importância | |
| (3) Tem média importância | (4) Tem muita importância | 15 [] |

16. Dentre as opções abaixo enumere a ordem de prioridades crescente que você julga mais importante dentro da Atenção Básica à Saúde: (Sendo 1 mais importante e 4 menos importante).

- () Ampliação do quadro de funcionários na área da saúde
- () Ampliação e manutenção de espaços físicos e equipamentos
- () Investimento em programas de promoção e prevenção através da atividade física
- () Prioridades para as ações curativas

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO PROJETO “ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES À SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERABA, MG”



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES À SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERABA,

Pesquisador: Renata Damião

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38136714.7.0000.5154

Instituição Proponente: Pro Reitoria de Pesquisa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 972.888

Data da Relatoria: 19/02/2015

Apresentação do Projeto:

Segundo o pesquisador, "nas últimas décadas a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida e contínua, isso se deve à transição demográfica, sendo explicada pelas mudanças nas taxas de fecundidade e mortalidade. Dados demonstram que em 1940 a população jovem correspondia 42,6% e a idosa 4,1% passando em 2000 para 29,6% e 8,6%, respectivamente (LEBRÃO, 2007). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2010 apontaram 10,8% do total da população com 60 anos ou mais (IBGE, 2010)".

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o projeto: "Analisar os Programas de Atividade Física dos Municípios que compoem a superintendencia Regional de Saude de Uberaba".

Participarão da pesquisa 330 pessoas. O número de participantes refere-se aos Secretários de Saúde, Esporte e Lazer e Ação Social (81 Secretários); coordenadores dos programas e profissionais aplicadores dos programas (31 Coordenadores e aplicadores dos programas); Gerentes das Unidades Básicas de Saúde da Família (218 gerentes). Entendendo que esses sujeitos são responsáveis pela Coordenação de Secretarias, Programas, Unidades

Básicas de Saúde e execução das ações nos Programas, consideramos todos importantes para esta pesquisa.

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia **CEP:** 38.025-100
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3318-5776 **Fax:** (34)3318-5776 **E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 972.888

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador: "Levando-se em consideração que esta pesquisa será um estudo de delineamento transversal com coleta de dados por meio da aplicação de questionários estruturados aplicados em forma de entrevista e que os dados gerados serão mantidos em sigilo, sem afetar em momento algum a integralidade física, intelectual, política, entre outras dos participantes. Entende-se que este é um trabalho que pode trazer muitos benefícios a comunidade científica/acadêmica e também para a sociedade, pois, os resultados mostraram muitas características dos programas de atividade física dos municípios pertencentes a Superintendência Regional de Saúde de Uberaba até então desconhecidas por outros pesquisadores. Além disso, pode-se abrir discussões e veicular informações como inserção do profissional de Educação Física na Saúde Pública através da Atenção Básica à Saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora atendeu as solicitações do Colegiado do CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador elaborou e inseriu na plataforma um novo TCLE. Embora não tenha elaborado um termo para cada tipo de participante da pesquisa, conforme solicitado, o novo TCLE postado é pertinente.

Recomendações:

O trabalho pode ser aprovado. A pesquisadora atendeu as solicitações do Colegiado do CEP e realizou os ajustes necessários.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

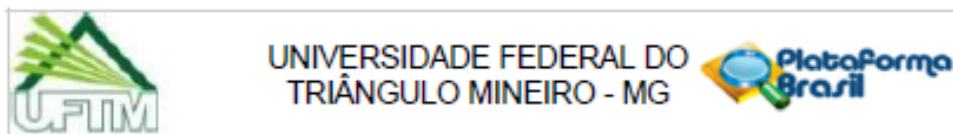
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer aqui descrito reflete as decisões obtidas em reunião de Colegiado do CEP da UFTM. Projeto aprovado em reunião de Colegiado do dia 04 de março de 2015.

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3318-5776 Fax: (34)3318-5776 E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 972.868

UBERABA, 04 de Março de 2015

Assinado por:
Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)