

Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde

Description of the physical activity promotion programs funded by the Brazilian Ministry of Health

Tales C Amorim^{1,6}
Alan G Knuth⁵
Danielle K A Cruz²
Deborah C Malta²
Rodrigo S Reis^{3,4}
Pedro C Hallal¹

¹Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

²Diretoria de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde

³Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal do Paraná

⁴Pontifícia Universidade Católica do Paraná

⁵Universidade Federal do Rio Grande

⁶Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-rio-grandense, Campus Camaquã

Resumo

Como parte da operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde, o Ministério da Saúde financiou entre 2005 e 2009, 1.374 entes federados para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, sendo que aproximadamente 3/4 desses realizaram ações de promoção de atividade física. O objetivo deste estudo foi descrever os programas que compõem essa Rede Nacional de Atividade Física. Foram entrevistados 748 coordenadores/responsáveis por programas. A região com maior proporção de cidades financiadas foi a Centro-Oeste (17,8%). A maior parte dos programas (72,3%) foi desenvolvida em cidades com menos de 30.000 habitantes. Apenas 8,2% dos programas atingiam 500 pessoas ou mais. As ações de comunicação, educação e informação foram as mais frequentemente reportadas, seguidas pelas ações comportamentais e sociais. Os idosos receberam maior atenção das intervenções (76,9%). Em se tratando de grupos especiais, hipertensos e diabéticos foram os mais contemplados (59,2%). A caminhada orientada foi a atividade oferecida com maior frequência (80,6%), seguida por aulas de ginástica (78,5%). Parques/Praças (55,6%) e Ginásios/Quadras (52%) foram as estruturas físicas mais utilizadas. A rádio/rádio comunitária foi o veículo de divulgação mais relatado (59,8%). A falta de estrutura física e de pessoal (30,3%), seguida da burocracia (25,1%), foram as dificuldades mais citadas para funcionamento dos programas. Professores de educação física foram os profissionais mais presentes (72,3%). A baixa proporção de financiamentos na região norte, poucas ações de caráter ambiental e político e dificuldades de estrutura física e qualificação profissional, constituem-se pontos importantes de reflexão para que se potencialize a efetividade dos programas.

Palavras-chave

Financiamento governamental; Promoção da saúde; Atividade Física.

Abstract

As a means to operationalize the National Health Promotion Policy, the Brazilian Ministry of Health funded cities for the development of local health promotion interventions from 2005 to 2009. Out of 1,374 interventions funded in this period, approximately 3/4 developed physical activity promotion strategies. The aim of this article is to describe these interventions. We interviewed those who are responsible for these interventions in 748 cities in Brazil. The Midwest region was the one with the highest proportion of cities being funded (17.8%); 72.3% of the interventions take place in small cities, i.e. those with fewer than 30,000 inhabitants. Communication, education and information strategies were the mostly frequently reported, followed by behavioral and social strategies. Only 8.2% of the interventions achieve more than 500 people. Most interventions (76.9%) focused on older adults, and 59.2% of them were designed for hypertensive and diabetic patients. Oriented walking was the most prevalent offered activity (80.6%), followed by gym classes (78.5%). Most interventions used parks or squares (55.6%) or sports courts (52%). Radio was the most frequent media strategy used (59.8%) to divulgate the interventions. Lack of adequate physical structure and personnel were the main barriers faced by the interventions (30.3%), followed by bureaucracy at obtaining and using the funding (25.1%). Physical education teachers were present in 72.3% of the interventions. The low proportion of funded cities in the North region, the lack of interventions using environmental and policy strategies, inadequate infrastructure and insufficient personnel are key areas in which interventions can improve in order to be more successful.

Keywords

Government Financing; Health Promotion; Physical Activity.

INTRODUÇÃO

A prevalência de inatividade física é elevada no Brasil e no mundo ¹. Este comportamento está relacionado com risco aumentado de desenvolvimento de uma série de doenças não transmissíveis ². Tal combinação de fatores faz com que a temática atividade física (AF) ganhe cada vez mais espaço na mídia, gerando um maior acesso a informação de que praticar atividade física regularmente faz bem para a saúde ³. Embora tais informações estejam presentes na literatura científica há anos, a promoção de AF para a população ainda se apresenta como um desafio.

Apesar dos esforços internacionais em colocar este tema na agenda de ações em saúde ⁴⁻⁵, ainda são escassas as evidências de que tais iniciativas tenham tido resultado no âmbito populacional. Diversas barreiras poderiam ser apontadas para esta lacuna, mas uma possível explicação é a limitada convergência entre os interesses e ações de profissionais e pesquisadores da área ⁶. No Brasil, desde 2005, o Ministério da Saúde (MS) vem financiando cidades para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, sendo que a ênfase dos projetos tem sido na promoção de atividade física ⁷⁻⁸. Até 2010 foram investidos aproximadamente R\$ 171 milhões no financiamento dessas intervenções, cujo conjunto passa a ser denominado “Rede Nacional de Atividade Física” (RNAF).

Além dessa iniciativa do governo federal, existem várias intervenções consolidadas na área de atividade física em cidades brasileiras, como o Programa Academia da Cidade (PAC) ⁹, o Programa Agita São Paulo ¹⁰, o Programa CuritibaAtiva ¹¹, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) ¹², o Programa Saúde Ativa ¹³, entre outros. Em Abril de 2011, foi lançado o Programa Academia da Saúde, com o intuito de ampliar a promoção da atividade física, do lazer e de modos de vida saudáveis para todos os municípios do país ¹⁴.

Ações governamentais de tal magnitude na promoção de atividade física são, até o presente momento, inéditas no cenário internacional. Exatamente por isso, é essencial que estudos sejam conduzidos para compreender o funcionamento de tais iniciativas, possibilitando que os programas em andamento tenham um diagnóstico de suas ações, o que pode provocar redirecionamentos de estratégias de ações e, conseqüentemente, torna-las mais efetivas. É fundamental saber como esse investimento do MS do Brasil está sendo operacionalizado, quais as características dos programas e ações desenvolvidas, e quais as estratégias e prioridades dos programas. O objetivo deste estudo é descrever a RNAF, financiada pelo Ministério da Saúde por meio de editais entre 2005 e 2009.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo conduzido a partir de duas fontes. A primeira foi o cadastro dos projetos realizados pelas secretarias municipais ou estaduais de saúde, que receberam incentivos financeiros do Ministério da Saúde. A segunda foi uma entrevista telefônica estruturada realizada com os gestores, coordenadores ou responsáveis por programas/ações de promoção de atividade física. A população-alvo incluiu 1374 entes federados contemplados no edital lançado pelo MS no ano de 2009 ¹⁵, cujos dados cadastrais estavam atualizados no período de julho a setembro de 2009, pelos próprios gestores dos programas, um requisito para inscrição no edital. Além de projetos de atividade física, o edital continha os outros eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ⁸, que serão abordados em análises posteriores.

O instrumento utilizado no estudo foi construído pela área técnica da Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CG-DANT/MS), juntamente com os autores deste artigo. O mesmo foi testado para avaliar a clareza e tempo de resposta, sendo posteriormente pré-codificado. O primeiro bloco continha questões gerais sobre o programa, incluindo informações relativas a dados de identificação do projeto e coordenação, de articulação dentro do setor da saúde, de controle social, de sustentabilidade e parcerias intersetoriais, da parceria com o Ministério da Saúde e de acompanhamento e avaliação. Após este bloco, aplicava-se uma pergunta-filtro, direcionando o respondente para umas das áreas temáticas da PNPS (1. Alimentação saudável; 2. Prática corporal/atividade física; 3. Prevenção e controle do tabagismo; 4. Prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas; 5. Prevenção aos acidentes de trânsito; 6. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; 7. Promoção do desenvolvimento sustentável).

No bloco específico sobre os programas de atividade física, constavam questões relacionadas ao tipo de atividades oferecidas, número de sessões semanais, duração de cada sessão, turno de oferecimento das atividades, distribuição geográfica municipal, áreas de formação dos profissionais e estagiários aplicadores das atividades, zona coberta pelas atividades (urbana, rural), estruturas físicas utilizadas e percepção sobre a qualidade destas, assim como aspectos que influenciam positiva e negativamente a execução das ações. Finalmente, o bloco final continha questões gerais sobre promoção da saúde, as principais dificuldades encontradas até o momento para a execução das ações e a visão do coordenador/responsável sobre as perspectivas do programa.

Uma empresa especializada em aplicações de questionários via telefone ¹⁶ foi a responsável pela aplicação do instrumento, assim como pela codificação dos dados, controle de qualidade, gravação e arquivamento das entrevistas. Os entrevistadores foram capacitados por técnicos do Ministério da Saúde. As entrevistas foram precedidas por carta explicativa ao secretário estadual, comunicado no site do MS e envio de e-mail para todos os coordenadores dos 1374 projetos cadastrados, explicando sobre o conteúdo e a importância da pesquisa. Os entrevistadores deixavam telefones para contato junto ao MS/CGDANT, para confirmação oficial sobre a pesquisa e para dirimir qualquer dúvida existente. No caso de recusas, tentava-se agendar nova ligação. O período de coleta de dados ocorreu de agosto a dezembro de 2010.

O coordenador/responsável pelo programa respondeu perguntas sobre os tipos de abordagens utilizadas pelos programas junto ao seu público-alvo. As intervenções foram classificadas com base no *Community Guide for Increasing Physical Activity in Communities* ¹⁷ em três grandes grupos de ações: 1) *comunicação, informação e educação*: ações que priorizam oferecer às pessoas acesso ao conhecimento sobre aspectos relacionados à atividade física e outros hábitos de saúde, seja para a população em geral ou grupos específicos, como escolas, centros comunitários etc.; 2) *comportamentais e sociais*: ações com grupos sociais ou comunitários específicos, como famílias, idosos, mulheres, portadores de alguma morbidade ou fator de risco; 3) *ambientais e políticas*: construção e/ou equipagem de ambientes físicos adequados à prática de atividades físicas como ciclovias e praças, além de esforços comunitários para colocar a atividade física na agenda política.

Para descrever a RNAF do Ministério da Saúde, além de determinar o município e seu porte populacional, o estado e conseqüentemente a região, foram coletadas informações sobre:

- público para o qual as atividades eram oferecidas (público em geral, crianças, adolescentes, adultos, idosos, mulheres, lésbicas/gays/bissexuais/transsexuais/travestis);

- grupos de risco atingidos (diabéticos, hipertensos, obesos/sobrepeso, pessoas com transtorno/doença mental, tabagistas, dependentes químicos, portadores de HIV/AIDS, outros)
- tipo de atividade oferecida (avaliação física, grupo de caminhada/caminhada orientada, danças, exercícios em esteira/bicicleta ergométrica, práticas corporais integrativas, alongamento/relaxamento, jogos populares, capoeira/lutas, esportes coletivos, aulas de ginástica, musculação, entre outros);
- frequência da aplicação das atividades (1-2 dias por semana, 3-4 dias por semana e 5 ou mais dias por semana);
- duração das sessões de atividade física (menos que 30 minutos, de 30 minutos a uma hora, mais de uma hora);
- quantidade de locais que são utilizados para as práticas de atividade física (um local, de dois a cinco locais e mais de cinco locais);
- estruturas utilizadas para as atividades (praças/parques, piscinas, academias da terceira idade, ginásios/quadras poliesportivas/ espaços físicos de igrejas, Unidades Básicas de Saúde, ciclovias, calçadas/ruas, outros espaços cobertos, outros espaços ao ar livre);
- percepção sobre a qualidade física das estruturas (maioria dos locais adequados, alguns locais adequados e maioria dos locais ruins/inadequados);
- qual o profissional que aplica atividades no projeto (educação física, fisioterapia, nutrição, outros);
- tipos de atividades que são aplicadas (avaliação física, caminhada, danças, práticas corporais integrativas, alongamento/relaxamento, jogos populares, capoeira/lutas, esportes coletivos, ginástica, musculação, entre outros)

Os dados foram digitados e analisados nos programas EpiData e Stata 10.0, respectivamente. Foi utilizada a análise descritiva, com cálculos de proporções e seus respectivos intervalos de confiança (95%). O projeto respeitou todos os preceitos éticos da resolução 196/96 e foi avaliado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, sendo autorizada a realização do trabalho.

RESULTADOS

Dos 1374 programas/ações financiados pelo MS em 2009, 72,9% (N=1000) responderam ao questionário. Destes, 748 (74,8%) informaram possuir programas/ações relacionados ao eixo temático “Práticas corporais/Atividade física” da Política Nacional de Promoção de Saúde. A tabela 1 descreve a quantidade de programas em cada região do Brasil, incluindo o percentual de cidades de cada região com programas financiados. Enquanto no Centro-Oeste, no Nordeste e no Sudeste, cerca de 15% das cidades apresentaram intervenções financiadas, esse percentual foi abaixo de 10% no Norte e no Sul do Brasil.

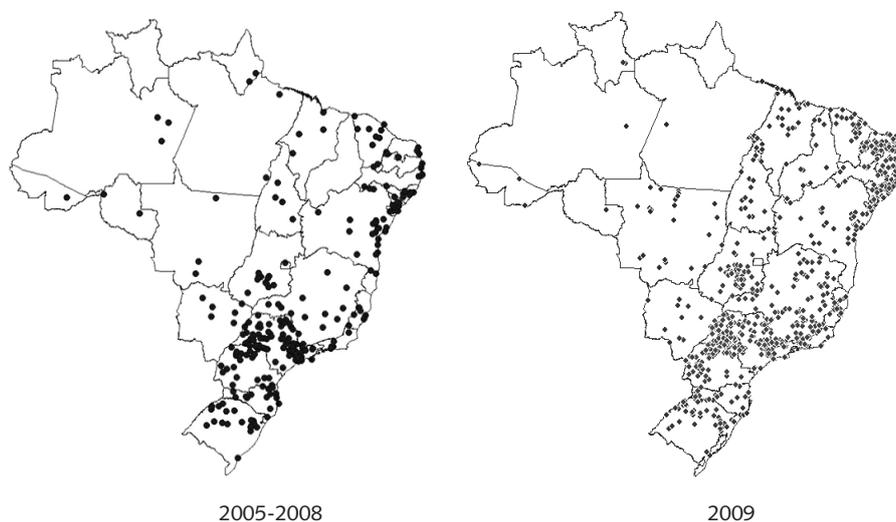
A figura 1 destaca a rápida evolução da Rede Nacional de Atividade Física, mostrando o mapa do país com cada cidade financiada em 2005 e o mapa de cidades financiadas em 2009. Nota-se que o crescimento foi grande e que neste período, as regiões Sudeste e Nordeste do país foram as que mais aumentaram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

A tabela 2 categoriza as intervenções de acordo com o porte populacional e região dos municípios financiados. Entre os municípios de menor porte (menos de 30.000 habitantes), os quais compunham a maior parte dos financiamentos (72,3%), as regiões nordeste e sudeste possuíam mais municípios contemplados

Tabela 1 – Distribuição e frequência de programas de atividade física financiados pelo Ministério da Saúde do Brasil, de acordo com as regiões do país.

Região	Cidades (N)*	Cidades com programas de promoção de atividade física	
		N	%
Norte	449	38	(8,7)
Nordeste	1794	254	(14,2)
Centro-Oeste	466	83	(17,8)
Sudeste	1668	263	(15,8)
Sul	1188	110	(9,3)
Brasil	5565	748	13,2

* Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.

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

(34,6% e 32,3%, respectivamente). Entre os de médio porte (30.000 a 99.999 habitantes), correspondente a 17,8% dos financiamentos, também foi observada maior concentração na região nordeste (39,8%), seguida da sudeste (34,6%). Finalmente, nos municípios de porte intermediário (100.000 a 500.000 habitantes), as regiões sudeste (62,7%) e sul (15,3%) apresentaram mais cidades financiadas, enquanto que naqueles municípios de grande porte populacional (mais de 500.000 habitantes), a concentração foi maior novamente nas regiões nordeste (46,7%) e sudeste (33,3%). Como dado interessante a ser observado, percebe-se que independente do porte populacional, a região norte foi aquela com o menor percentual de municípios financiados, apenas sendo igualada pela região centro-oeste (5,1%) nas cidades de porte intermediário.

Especificamente sobre características dos programas, verificou-se que 8,2% dos programas atingem 500 pessoas ou mais em suas atividades de rotina, e 45,3% atingem mais de 100 pessoas. Apenas 35,4% dos programas alcançam populações fora da zona urbana dos municípios, tais como zona rural, ribeirinha e de floresta, sendo que esta frequência é maior na região nordeste (42,3%), seguida das regiões sudeste (27,5%), a sul (17,7%), centro-oeste (9,4%) e norte (3,0%).

No que se refere ao tipo de intervenção, as ações de comunicação, informação e educação foram as mais frequentemente relatadas (94,5%). As abordagens comportamentais e sociais foram citadas em 75,8% das respostas, enquanto que as ações ambientais e políticas foram reportadas por 30,1% dos respondentes. A

figura 2 descreve as ações desenvolvidas em cada intervenção por região do Brasil. As ações de caráter ambiental e político, que independentemente da região são as menos executadas, tiveram maiores percentuais nas regiões nordeste e sudeste (33,5% e 33,1%, respectivamente), e menor percentual na região norte (15,8%), com relação ao número total de projetos desenvolvidos na região. As ações comportamentais e sociais aparecem nas regiões, em média, em 74,8% dos programas, sendo que os extremos ocorrem nas regiões sudeste (79,1%) e norte (68,4%). Ações de comunicação, informação e educação foram as mais presentes em todas as regiões do país, com extremos representados pelas regiões norte (100%) e centro-oeste (85,5%), sendo este extremo inferior, maior que o extremo superior das outras formas de intervenção.

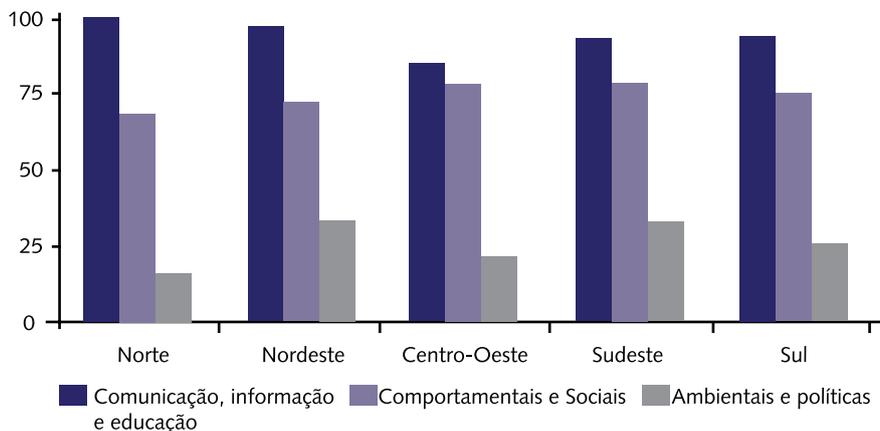


Figura 2 – Tipos de ações desenvolvidas nos programas de promoção da atividade física conforme região do país.

Segundo as respostas, os programas eram voltados principalmente aos idosos (76,9%), o que foi visto em todas as regiões e estados. Apenas o estado do Pará ofereceu o mesmo número de programas para idosos e adultos. O público adulto foi o segundo que mais recebeu programas para si (38,9%) seguido de perto pelos programas que atendem o público em geral (34,0%). Adolescentes e crianças receberam 23,4% e 32,8% dos programas, respectivamente. Quando se questionou sobre os grupos de risco/doentes atingidos, verificou-se que diabéticos e hipertensos são os mais beneficiados (59,2%), realidade encontrada em todas as regiões do país, sendo que nas regiões centro-oeste, nordeste e norte, mais de 60,0% dos programas são voltados para estes grupos. As pessoas com obesidade/sobrepeso constituíram o segundo grupo com mais programas de atividade física, com 30,3%. Dentre todos os grupos, mais dois podem ser destacados conforme as respostas dadas: tabagistas (9,6%) e gestantes (6,4%). Todos estes dados são mostrados na tabela 3.

A tabela 3 também mostra que, com relação às atividades oferecidas pelos programas, a caminhada orientada (80,6%) foi a mais frequente, especialmente pelos relatos feitos pelos respondentes das regiões centro-oeste (80,7%), norte (89,5%) e sudeste (78,3%). As aulas de ginástica (78,5%) vieram logo em seguida, principalmente pela participação das regiões norte e sul, onde 90,6% e 74,5% respectivamente dos programas desenvolvem este tipo de atividade.

Já no que se refere ao funcionamento dos programas, a mesma tabela mostra que 37,9% ofereciam atividades em cinco ou mais dias por semana, sendo que na região sudeste, quase metade dos programas (48,3%) realizavam suas atividades na maior parte dos dias da semana. Ainda, 56,4% dos programas estruturavam suas sessões entre 30 e 60 minutos, chamando a atenção novamente para a região sudeste, que

apesar de ter a maior frequência (65%) entre todas as regiões, apresentava ao mesmo tempo o menor índice (35%) de programas com mais de uma hora de duração.

Tabela 2 – Distribuição dos programas de atividade física financiados pelo Ministério da Saúde, de acordo com o porte populacional e região do país.

Porte populacional	Cidades com programas de promoção da atividade física (N)	%
<30.000	541	72,3
Norte	30	5,5
Nordeste	187	34,6
Centro-oeste	68	12,6
Sudeste	175	32,3
Sul	81	15,0
30.000-99.999	133	17,8
Norte	5	3,8
Nordeste	53	39,8
Centro-oeste	10	7,5
Sudeste	46	34,6
Sul	19	14,3
100.000-500.000	59	7,9
Norte	3	5,1
Nordeste	7	11,9
Centro-oeste	3	5,1
Sudeste	37	62,7
Sul	9	15,3
>500.000	15	2,0
Norte	-	0,0
Nordeste	7	46,7
Centro-oeste	2	13,3
Sudeste	5	33,3
Sul	1	6,7

Ainda na tabela 3, quanto aos locais de desenvolvimento das atividades dos programas, 19,9% dos municípios oferecem atividades em apenas um local, 54,7% em dois a cinco locais e 25,4% em mais de cinco locais. Chama a atenção que quase 1/3 dos programas na região norte oferecem suas atividades em apenas um local, enquanto que na região sul, 35,5% dos programas são oferecidos em mais de cinco locais.

Quando se tratou sobre as estruturas físicas utilizadas pelos programas, Parques e Praças (55,6%), seguidos de Ginásios e Quadras Esportivas (52,0%), Unidades Básicas de Saúde (30,4%) e Igrejas e Centros Comunitários (29,7%) foram as mais citadas. Sobre a qualidade destas estruturas 61,5% avaliaram que a maioria dos locais era adequada, 34,0% relataram que alguns locais eram adequados e 4,6% classificaram a maioria dos locais como ruins/inadequados. O profissional mais presente na função de aplicador/orientador das atividades foi o professor de educação física (81,0%), seguido pelos fisioterapeutas (16,5%).

Quanto aos turnos, 89,4% dos programas ofereciam atividades no turno da manhã, 74,2% no turno da tarde e apenas 27,9% no turno da noite. Os instrumentos mais utilizados para monitoramento e avaliação das atividades dos programas eram as reuniões sistemáticas dos grupos de trabalho (50,0%), seguido dos relatórios, atas e

Tabela 3 – Descrição dos programas de atividade física financiados pelo Ministério da Saúde conforme região do país.

Variáveis	Total (N=748)		Centro-Oeste (n=83)		Nordeste (n=254)		Norte (n=38)		Sudeste (n=263)		Sul (n=110)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Principais públicos atingidos												
População em geral	254	34,0	30	36,1	96	37,8	7	18,4	84	31,9	37	33,6
Crianças	175	23,4	22	26,5	51	20,1	5	13,2	66	25,1	28	25,5
Adolescentes	245	32,8	24	28,9	78	30,7	8	21,1	82	31,2	44	40,0
Adultos	291	38,9	25	30,1	93	36,6	12	31,6	120	45,6	41	37,3
Idosos	575	76,9	64	77,1	203	79,9	31	81,6	188	71,5	84	76,4
Principais grupos de risco atingidos												
Obesos/Sobrepeso	225	30,3	33	39,8	70	27,6	8	21,1	83	31,6	31	28,2
Diabéticos/Hipertensos	443	59,2	52	62,7	177	69,7	23	60,5	143	54,8	48	43,6
Tabagistas	72	9,6	17	20,5	19	7,5	3	7,9	25	9,5	8	7,3
Gestantes	48	6,4	6	7,2	13	5,1	6	15,8	15	5,7	8	7,3
Principais atividades oferecidas												
Avaliação física	252	33,7	33	39,8	80	31,5	15	39,5	83	31,6	41	37,3
Caminhada	603	80,6	67	80,7	216	85,0	34	89,5	206	78,3	80	72,7
Danças	248	33,2	25	30,1	91	35,8	11	28,9	87	33,1	34	30,9
Alongamento/Relaxamento	566	75,7	65	78,3	192	75,6	29	76,3	198	75,3	82	74,5
Ginástica	587	78,5	53	63,9	230	90,6	29	76,3	193	73,4	82	74,5
Frequência das atividades do projeto												
1-2 dias/semana	172	23,1	24	29,0	60	23,6	11	30,6	46	17,5	31	28,2
3-4 dias/semana	291	39,0	31	37,3	126	49,6	13	36,1	90	34,2	31	28,2
≥5 dias/semana	283	37,9	28	33,7	68	26,8	12	33,3	127	48,3	48	43,6
Duração das sessões do projeto												
<30 minutos	1	0,1	1	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0
30 minutos a 1 hora	422	56,4	42	50,6	134	52,8	20	54,1	171	65,0	55	50,0
>1 hora	324	43,5	40	48,2	120	47,2	17	45,9	92	35,0	55	50,0
Quantidade de locais que ocorrem as atividades do projeto												
1	149	19,9	22	26,5	57	22,4	12	31,6	36	13,7	22	20,0
2-5	408	54,7	48	57,8	158	62,2	18	50,0	135	51,3	49	44,6
>5	190	25,4	13	15,7	39	15,4	7	18,4	92	35,0	39	35,5
Estruturas físicas utilizadas no projeto												
Praças/parques	416	55,6	41	49,4	158	62,2	15	39,5	148	56,3	54	49,1
Ginásios/quadras esportivas	389	52,0	34	41,0	125	49,2	9	23,7	169	64,3	52	47,3
Unidade Básica de Saúde	227	30,4	18	21,7	74	29,1	10	26,3	99	37,7	26	23,6
Espaços físicos de igrejas e centros comunitários	222	29,7	20	24,1	70	27,6	5	13,2	81	30,8	57	51,8
Espaços físicos de órgãos públicos	145	19,4	13	15,7	66	26,0	3	7,9	47	17,9	16	14,5
Academia ao ar livre	128	17,1	14	16,9	35	13,8	9	23,7	33	12,6	37	33,6
Piscinas	76	10,2	12	14,5	23	9,1	3	7,9	32	12,2	6	5,5
Ciclovias	11	1,5	-	-	5	2,0	-	-	3	1,1	3	2,7
Qualidade física das estruturas												
Maioria dos locais adequados	459	61,4	52	62,7	151	59,5	21	56,8	162	61,6	73	66,4
Alguns locais adequados	254	34,0	27	32,5	95	37,4	14	37,8	88	33,5	30	27,3
Maioria dos locais ruins/inadequados	34	4,6	4	4,8	8	3,2	2	5,4	13	4,9	7	6,4
Profissional que aplica a maior parte das atividades do projeto												
Professor de educação física	538	72,4	41	49,4	203	79,9	22	66,7	185	70,3	87	79,1
Fisioterapeuta	110	14,8	26	31,3	26	10,2	8	24,2	40	15,2	10	9,1
Nutricionista	18	2,4	1	1,2	6	2,4	0	-	8	3,0	3	2,7
Outros	77	10,4	15	18,1	19	7,5	3	9,1	30	11,4	10	9,1

O número maior de *missings* foi 4, na variável "Profissional que aplica a maior parte das atividades do projeto", na região norte.

outros tipos de registros escritos (44,8%). Apenas 6,6% dos programas empregavam a avaliação dos usuários sobre os programas como fonte de monitoramento e avaliação.

No que se refere às barreiras para o funcionamento das atividades, os coordenadores elencaram prioritariamente os seguintes aspectos: estruturas físicas inadequadas (25,3%) e clima ruim (23,7%). Chama atenção que a resposta mais frequente para a pergunta sobre barreiras foi “nenhuma” (38% de todas as respostas), ou seja, que não havia barreiras para que as atividades fossem realizadas. Mais curioso ainda foi o achado sobre os fatores que contribuem para o sucesso dos programas, pois assim como nas barreiras para o funcionamento das ações, os itens mais citados foram o clima agradável (38,2%) e as boas estruturas físicas (35,4%).

Quando questionados se os programas utilizavam algum tipo de mídia para divulgar suas ações, 86,2% informaram positivamente, sendo que o rádio/rádio comunitária era o veículo mais utilizado (59,8%), seguido do carro/moto de som (33,3%) e dos cartazes/panfletos/folder (30,5%). Jornal/revista (29,1%), site/blog/orkut/twitter (15,4%), TV (7,9%), outdoor/bussdoor/placas (3,9%) e agentes comunitários (1,3%) também foram citados.

Em relação às principais dificuldades encontradas para a execução do projeto, a falta de estrutura física/pessoal (30,3%) foi o aspecto mais indicado pelos respondentes, seguido da burocracia (25,1%) e da pouca adesão do público alvo (23,5%). No que se refere à burocracia, foram citadas as exigências formais e demora nos trâmites legais para a utilização dos recursos na compra de materiais, na melhoria de estrutura física, na contratação de profissionais, exigência de relatórios, entre outros. Outros aspectos citados que merecem destaque foram os recursos financeiros insuficientes (17,6%), a falta de parcerias e pouca articulação intra e intersectorial (13,1%), a falta de capacitação ou de envolvimento/comprometimento dos profissionais envolvidos, assim como a troca constante de profissionais dos programas (11,4%), a falta/dificuldade de transporte para os participantes e/ou profissionais (4,1%) e a falta de orientação do Ministério da Saúde (1,3%). Apenas 6,8% dos respondentes afirmaram que *não existiam dificuldades* de nenhuma ordem na execução dos projetos.

Ao reportarem as perspectivas de continuidade do programa, 79,9% relataram acreditar que haverá melhora na estrutura e os programas terão crescimento, enquanto que 61,8% atrelam a continuidade dos programas à manutenção do repasse de incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde. Apenas 0,7% indicaram que os programas encerrarão ou sofrerão uma diminuição em suas atividades e 1,9% relataram que os programas continuarão independentemente do financiamento do MS.

DISCUSSÃO

Não há relatos na literatura de um investimento governamental tão grande como o brasileiro na promoção de atividade física¹⁸. Intervenções de larga escala já realizadas em países como a Finlândia e os Estados Unidos não caracterizam claramente um investimento governamental para a promoção de AF, mas sim a soma de esforços de pesquisadores¹⁹⁻²⁰ ou investimentos governamentais de menor magnitude²¹.

Desde a divulgação da Estratégia Global de Atividade Física, Alimentação Saudável e Saúde²², passando pela criação da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS)²³, foram desencadeadas uma série de ações com a intenção de melhorar a qualidade de vida da população brasileira. A PNPS possui sete áreas temáticas, sendo uma delas a de “Práticas corporais/Atividade física”. Nos editais publicados desde 2005, vem sendo observada uma predominância de propostas na

área de promoção da AF.

Em termos de distribuição geográfica, a RNAF parece contribuir com o fortalecimento da universalização de programas de saúde e com a ampliação do acesso aos serviços desta área, sendo uma ação que vai ao encontro da redução das desigualdades regionais tão conhecidas no Brasil. A região Nordeste é uma das mais contempladas. Por outro lado, a região Norte é sub-representada, um desafio a ser enfrentado pelo Ministério da Saúde em suas próximas ações relacionadas à Rede. Uma das possíveis razões para essa desigualdade é apontada pelos próprios coordenadores/responsáveis pelos programas, fontes principais de informação para este estudo: a falta de recursos humanos especializados na área de atividade física e promoção da saúde na região Norte, o que faz pensar que há uma necessidade da existência de ações afirmativas para reverter este quadro, como por exemplo, investir na capacitação e qualificação dos profissionais de educação física existentes e ampliar o número de escolas de educação física na região. Mesmo com as oportunidades de financiamento divulgadas para todos os entes federados, foram poucos os projetos enviados e contemplados pela região norte.

Preocupa o fato de que poucos programas desenvolveram ações ambientais e políticas, como construção de espaços e a efetivação de um cronograma de ações relacionadas à atividade física. No entanto, uma das razões é o fato de o recurso ser direcionado para o custeio dos projetos, não sendo recomendada a utilização em construções novas e ampliações de infraestrutura. O recentemente divulgado Programa Academia da Saúde do deve contribuir para melhorar esse cenário, visto que é prevista a construção de 4.000 polos de promoção de AF até 2015¹⁸. No entanto, a contrapartida dos municípios e estados é fundamental para que as ações se mantenham, cresçam e se efetivem, agregando força ao que é proporcionado pelo MS.

O baixo percentual de programas que oferecem atividades à noite e nos finais de semana dificulta o acesso para grande parte dos trabalhadores do país, que possuem longas jornadas de trabalho²⁴, concentradas principalmente nos turnos manhã e tarde. Com base na experiência de iniciativas já em curso no Brasil, como o Programa Academia da Cidade, sugere-se que os programas passem a utilizar como estratégia, além de outros horários, a realização de atividades no início da manhã e no final da tarde, para ampliar a possibilidade de maior participação de pessoas que trabalham no chamado horário comercial²⁵⁻²⁶.

Como um fator limitante deste estudo, cerca de 30% dos coordenadores dos programas não respondeu o questionário, e uma parcela dos respondentes não possuía conhecimento suficiente sobre os programas, ou por serem coordenadores gerais e não especificamente do programa de atividade física, ou pela rotatividade existente de pessoas na função/cargo. Com isso, é possível que algumas respostas não reflitam exatamente a realidade. Sendo assim, nos próximos cadastros dos programas, torna-se necessário incentivar que os coordenadores dos programas tenham ligação com a área da AF, que acompanhem diretamente as ações e que o cadastro seja atualizado sempre que ocorrerem modificações em quaisquer aspectos relacionados ao projeto, tais como estrutura física, estrutura material, de recursos humanos, de objetivos, de estratégias, de ações, de avaliação.

A RNAF do Ministério da Saúde do Governo do Brasil, apesar de sua construção ter iniciado em 2005 vem contribuindo para implantação das ações da PNPS nos âmbitos estaduais e municipais de gestão do Sistema Único de Saúde, especialmente no eixo práticas corporais/atividade física, o que potencializa o acesso de mais brasileiros a ações que visem a melhoria da qualidade de vida.

Alguns resultados deste estudo apontam para questões relevantes, como a

disparidade geográfica, especialmente representada pela menor proporção de financiamentos para os estados da região norte, os baixos percentuais de ações ambientais e políticas e a carência de melhor estrutura física e de profissionais qualificados, que poderão servir para a reflexão de gestores municipais, de coordenadores dos programas e do MS. Assim, pode haver um melhor direcionamento de investimentos, a captação de mais parceiros e a efetivação de ações que estejam de acordo com as necessidades da população. Além disso, a garantia da manutenção dos programas e a realização de avaliação periódicas também são recomendadas.

O acúmulo de evidências científicas acerca da alta prevalência de inatividade física e dos benefícios da prática de atividade física para a saúde não deixa dúvidas sobre sua importância para a vida das pessoas e a necessidade de que a promoção de AF seja incluída na lista de prioridades da agenda de saúde pública, mesmo que ainda sejam necessárias evidências sobre a efetividade de programas que promovem a prática de AF no âmbito populacional. Desta forma, é imperativo que gestores de todos os níveis de governo deem a atenção devida a esta prioridade na área de promoção de saúde por meio da criação e manutenção de financiamentos para intervenções na área.

Agradecimentos

CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Contribuição dos autores

Tales Amorim contribuiu na construção do instrumento de pesquisa, análise dos dados e escrita do artigo. Alan Knuth foi responsável por auxiliar na criação do instrumento de pesquisa, liderar o treinamento dos entrevistadores e auxiliar na redação do manuscrito. Danielle Cruz, Deborah Malta e Rodrigo Reis supervisionaram todas as etapas do estudo, desde a construção do instrumento de pesquisa, o planejamento do desenho amostral até a redação do artigo. Pedro Hallal orientou o primeiro autor em todo o processo de pesquisa e supervisionou as análises estatísticas. Todos os autores revisaram versões anteriores do artigo e aprovaram a versão final.

REFERÊNCIAS

1. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. *Lancet* 2012; 380:247-57.
2. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380:219-29.
3. Bauman A, Chau J. The role of media in promoting physical activity. *J Phys Act Health*. 2009 Nov;6 Suppl 2:S196-210.
4. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization, Geneva. 2010.
5. Physical Activity Guidelines Advisory Committee report. To the Secretary of Health and Human Services. Part A: executive summary. *Nutrition reviews*. 2009; 67:114-20.
6. Brownson RC, Kelly CM, Eyster AA et al. Environmental and policy approaches for promoting physical activity in the United States: a research agenda. *J Phys Act Health*. 2008 Jul;5(4):488-503.
7. Knuth AG, Malta DC, Cruz DK et al. Description of the countrywide physical activity network coordinated by the Brazilian Ministry of Health: 2005-2008. *J Phys Act Health*. 2010 Jul;7 Suppl 2:S253-8.
8. Malta DC, Castro AM, Gosch CS et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde ea agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2009;18(1):79-86.
9. Mendonça BCA, Toscano JJO, Oliveira ACC. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física programa Academia da Cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física; Academia da Cidade Aracaju program: promoting health through physical activity. *Rev bras ativ fis saúde*. 2009;14(3).

10. Matsudo S, Matsudo V, Araujo T et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo; From diagnosis to action: the experience of Agita São Paulo program in promoting an active lifestyle. *Rev bras ativ fis saúde*. 2008;13(3).
11. Hallal P, Reis R, Hino A et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2009;14(2):104-14.
12. Venturim LMVP, Molina MDCB. Mudanças no estilo de vida após as ações realizadas no serviço de orientação ao exercício: Vitória/ES; Life style changes after orientation exercise service actions: Vitória/ES. *Rev bras ativ fis saúde*. 2005;10(2).
13. Nakamura PM, Papini CB, Chiyoda A et al. Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro; Intervention Program to Practice of Physical Activity: Saúde Ativa Rio Claro. *Rev bras ativ fis saúde*. 2010;15(2).
14. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 8 abr.
15. Ministério da Saúde. Portaria nº 139, de 11 de agosto de 2009. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, por meio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2009; 13 ago.
16. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006: vigilância de fatores e risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde; 2007.
17. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med*. 2002 May;22(4 Suppl):67-72.
18. Malta DC, Silva JB. Policies to promote physical activity in Brazil. *The Lancet*. 2012; 380:195-96.
19. Young DR, Haskell WL, Taylor CB, Fortmann SP. Effect of community health education on physical activity knowledge, attitudes, and behavior. The Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol*. 1996 Aug 1;144(3):264-74.
20. Puska P, Ståhl T. Health in All Policies-the finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annual review of public health*. 2010;31:315-28.
21. Salinas J, Vio F. Promoting health and physical activity in Chile: a policy priority. *Rev Panam Salud Publica*. 2003 Oct;14(4):281-8.
22. Waxman A. Prevention of chronic diseases: WHO global strategy on diet, physical activity and health. *Food and nutrition bulletin*. 2003;24(3):281.
23. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Ministério da Saúde; 2006.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. Síntese de indicadores 2009. http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf. Acessado em 8 de agosto de 2011.
25. Simoes EJ, Hallal P, Pratt M et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health*. 2009 Jan;99(1):68-75.
26. Hallal PC, Tenorio MC, Tassitano RM et al. Evaluation of the Academia da Cidade program to promote physical activity in Recife, Pernambuco State, Brazil: perceptions of users and non-users. *Cad Saude Publica*. 2010 Jan;26(1):70-8.

Endereço para Correspondência

Tales C Amorim
Rua Marechal Deodoro 1160
Pelotas-RS-Brasil
96020-220
Fone(fax): + 53 3284-1300
Email: tales11mc@gmail.com

Recebido 22/11/2012
Revisado 11/03/2013
Aprovado 14/03/2013