



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

CRISTIANNE ROBERTA MACHADO CAVALCANTE TOMASI

**ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO
DA SAÚDE – O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE - SOB O ESCOPO DA
ATIVIDADE FÍSICA NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL,
COM BASE NO MODELO RE-AIM.**

RECIFE

2019

CRISTIANNE ROBERTA MACHADO CAVALCANTE TOMASI

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE – O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE - SOB O ESCOPO DA ATIVIDADE FÍSICA NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL, COM BASE NO MODELO RE-AIM.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Área de Concentração: Biodinâmica do Movimento Humano

Orientador: Prof^º Dr Vilde Gomes de Menezes

Co-orientador: Prof^º Dr Flávio Renato Barros da Guarda

RECIFE
2019

CRISTIANNE ROBERTA MACHADO CAVALCANTE TOMASI

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE – O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE - SOB O ESCOPO DA ATIVIDADE FÍSICA NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL, COM BASE NO MODELO RE-AIM.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Aprovado em: 27/02/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr Vilde Gomes de Menezes (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Dr Wallacy Milton do Nascimento (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Dr Edmilson Santos dos Santos (Examinadora Externa)
Universidade Federal do Vale do São Fransisco

Prof^ª Dr Jorge Bezerra (Examinadora Externa)Universidade
Universidade de Pernambuco

“Dedico esta dissertação aos meus pais e a minha família, vocês são o motivoda minha luta diária! Sem eles eu não chegaria aqui”. TOMASI, 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades que me foram dadas e por sentir sua presença em todos os momentos da minha vida. Aos meus pais, por sempre terem me incentivado e feito o impossível para que eu tivéssemos bons estudos e boa educação. Ao meu esposo que sempre me apoiou e me incentivou, me acompanhou nos momentos mais difíceis e nunca soltou a minha mão nos momentos mais impossíveis. Ao meu filho (meu ventre), sempre foi e será por VOCÊ! As minhas irmãs, Cinthia e Cibelle, que nunca deixaram de me apoiar. Ao professor Marcos Nunes, por ter me encorajado no momento decisivo da seleção. Aos amigos Isabela, Rodrigo, Joseph, Perrier e Vinícios por me ensinarem e dividirem conhecimento, estratégias e horas de estudos. Ao meu orientador, Vilde Menezes, por ter me recebido como sua aluna (filha) de uma forma acolhedora e com muito respeito e por ter ajudado diretamente a chegar até aqui. Ao amigo e companheiro de laboratório Esdras Rangel por todo o apoio e contribuição. A professora Denise Vanea por estar sempre disposta a contribuir com minha formação. Aos demais professores e alunos da UFPE, especialmente a Adilson e Esdras pela força e contribuição no decorrer deste processo. Agradeço aos integrantes da família/grupo de pesquisa LABGESPP, sem a contribuição de vocês nada seria possível. E por fim, agradeço aos meus alunos, professores e amigos por toda a disponibilidade e vontade de ajudar.

Obrigado a todos.

“Pois dele, por ele e para ele são todas as coisas. A ele seja a glória para sempre!” Romanos 11:36

(Bíblia Nova Versão Internacional, 2011)

RESUMO

Analisar as políticas dos programas de atividade física (AF) é um grande desafio em várias partes do mundo. No Brasil, algumas iniciativas singulares vêm apresentando resultados promissores, como é o caso do Programa Academia da Saúde (PAS) e similares. Este estudo de escopo qualitativo analítico descritivo, decorrente de análise documental, e o modelo RE-AIM (Reach, Efficacy/Effetiveness, Adoption, Implementation, Maintenance) - processo de avaliação através de cinco dimensões que se relacionam entre si (alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção), verificam a efetividade do PAS nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, totalizando dezesseis estados. Os resultados apontam para a necessidade de refinamento de procedimentos de gestão compatíveis com as características específicas das comunidades atendidas e déficit de monitoramento, manutenção e avaliação. Esta verificação apontou um investimento para implementação e alcance equivalente a 80% na região Nordestee 20% na região Norte. Apesar de um maior investimento na região Nordeste, o comparativo entre as regiões aponta que o Norte é fisicamente mais ativa, conforme as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). A intervenção proposta é efetiva, atrativa para a população alvo e viável de implementação no contexto do PAS. No entanto, pela avaliação da adoção e manutenção organizacional, foram identificadas barreiras para a sua manutenção na atual estrutura de custos financeiros do Programa. Algumas fragilidades são apontadas, de acordo com as dimensões do modelo RE-AIM 75% é a média dos indicadores de “alcance” são descritos nas publicações e na execução do programa. Na sequência estiveram os indicadores de “efetividade/eficácia” (82,5%), “adoção” (41,8%) e “implementação” (58,3%). Os indicadores menos detalhados foram aqueles referentes à dimensão de “manutenção” (30,8%). Conclui-se, provisoriamente, que as diretrizes do programa são muito abrangentes em relação às possibilidades de intervenção, há uma tensão entre o planejamento e a operacionalização sugerindo a necessidade de aperfeiçoamentos dos modelos de manutenção na gestão a fim de se obter maior otimização na relação investimento\atendimento das políticas.

Palavra chave: políticas públicas; promoção da saúde; atividade física.

ABSTRACT

Analyzing physical activity program (PH) policies is a major challenge in many parts of the world. In Brazil, some unique initiatives have presented promising results, such as the Health Academy Program (PAS) and similar ones. This study of qualitative descriptive analytical scope, derived from documentary analysis, and RE-AIM (Reach, Efficacy / Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance) model - evaluation process through five dimensions that relate to each other (scope, adoption, implementation and maintenance), verify the effectiveness of SBP in the North and Northeast regions of Brazil, totaling sixteen states. The results point to the need for refinement of management procedures compatible with the specific characteristics of the communities served and deficits in monitoring, maintenance and evaluation. This verification pointed to an investment for implementation and reach equivalent to 80% in the Northeast region and 20% in the North region. Despite greater investment in the Northeast region, the comparison between the regions indicates that the North is physically more active, according to the guidelines of the World Health Organization (WHO). The proposed intervention is effective, attractive to the target population and viable to implement in the context of PAS. However, through the evaluation of the adoption and organizational maintenance, barriers were identified for its maintenance in the current structure of financial costs of the Program. Some weaknesses are pointed out, according to the dimensions of the RE-AIM model 75% is the average of the "reach" indicators are described in the publications and in the execution of the program. Following were the indicators of "effectiveness / effectiveness" (82.5%), "adoption" (41.8%) and "implementation" (58.3%). The least detailed indicators were those referring to the "maintenance" dimension (30.8%). It is provisionally concluded that the program guidelines are very broad in relation to the intervention possibilities, there is a tension between the planning and the operationalization suggesting the need for improvements of the management maintenance models in order to obtain greater optimization in relation investment \ policy compliance.

Keys Words: public Policies; health promotion; physical activity

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E GRÁFICOS

INTRODUÇÃO

FIGURA 1	Modelo cíclico Políticas Públicas	PÁGINA 13
----------	-----------------------------------	---------------------

ARTIGO ORIGINAL

FIGURA 1	Mapa do Brasil	PÁGINA 20
FIGURA 2	Modelo RE-AIM	20
FIGURA 3	Polos do Programa Academia da Saúde	21
GRAFICO 1	Nível de Atividade Física Norte/Nordeste	24
GRAFICO 2	Utilização da Política Nacional de Promoção Saúde	24
GRAFICO 3	Descrição do RE-AIM	25

LISTA DE TABELAS

		PÁGINA
TABELA 1	Municípios habitados ao Programa Academia da Saúde	22
TABELA 2	Distribuição dos polos do Programa Academia da Saúde	22
TABELA 3	Adultos que praticam atividade física >150 minutos	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-amaerica da Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
PGAF	Programas Governamentais em Atividade Física
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPGEF/UFPE	Programa de Pós Graduação em Educação Física / Universidade Federal de Pernambuco
PPGS	Política, Planejamento e Gestão de Saúde
RE-AIM	Reach, Efficacy/Efetiveness, Adoption, Implementation, Maintenance
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	O PAPEL DA AVALIAÇÃO E DO CÍCLO DA POLÍTICA PÚBLICA	13
1.2	POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	15
2	ARTIGO	18
2.1	INTRODUÇÃO.....	18
2.2	MATERIAIS E MÉTODOS.....	19
3	RESULTADOS	22
3.1	ANÁLISE DOCUMENTAL.....	22
3.2	DISCUSSÃO.....	26
4	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS	30
	APÊNDICE A – COMITÊ DE ÉTICA	34
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	35
	APÊNDICE C – ENTREVISTA COM GESTORES	40

1 INTRODUÇÃO

1.1 O PAPEL DA AVALIAÇÃO E DO CÍCLO DA POLÍTICA PÚBLICA

Avaliar os impactos das diversas intervenções de políticas públicas no território brasileiro é de suma importância para ter uma ideia mais precisa sobre como essas políticas influenciam na dinâmica do desenvolvimento regional no Brasil. Uma evidência é que os impactos das políticas públicas não são regionalmente neutros, e tendem a reforçar a concentração geográfica das atividades econômicas¹. Nesse sentido, compreender como uma combinação (mix) de políticas públicas impacta diferentemente o território brasileiro é importante para planejar e aplicar melhor os recursos disponíveis, bem como para aperfeiçoar os resultados observados com o intuito de melhorar o padrão de vida das pessoas e promover o desenvolvimento econômico e social em cada parte desse país².

Ainda segundo Resende (2014), as avaliações podem ser divididas em diversos níveis de complexidade que terminam com um julgamento: se a política (ou um programa específico) funciona, ou seja, se soluciona o problema, ou se pelo menos o reduz. Entretanto, antes da discussão do papel da avaliação das políticas públicas, é válido salientar no que se refere à definição do que são políticas públicas, para que servem e seus ciclos. Os ciclos de uma política pública são compostos em cinco etapas: i) análise (agenda-setting); ii) formulação (design); iii) escolha (tomada de decisão); iv) implementação; e v) avaliação de resultados. Em outras palavras, primeiro, os problemas são definidos e colocados na agenda; em seguida, as políticas são desenvolvidas, adotadas e implementadas; e, finalmente, elas são avaliadas em relação a sua eficácia e eficiência³.

Figura 1. Modelo cíclico do processo de política pública.

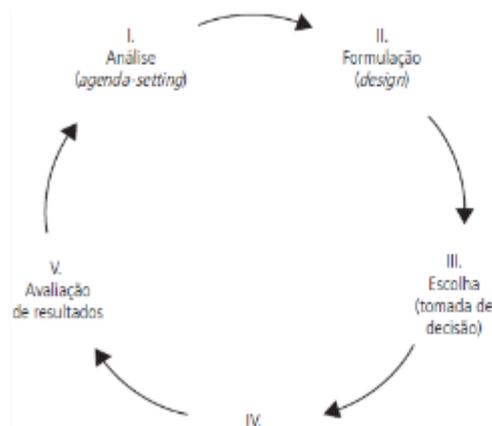


Figura 1. Modelo cíclico do processo de política pública - Fonte: Jann e Wegrich (2007).

Fonte. Jann e Wegrich (2007)

É interessante notar que a avaliação dos resultados está associada à fase final do modelo cíclico do processo de política pública, mas também está intimamente relacionada com os estágios iniciais, porque os efeitos verificados pela avaliação de resultados servirão como subsídios para as fases iniciais, sugerindo mudanças na política ou mesmo que ela termine. Resende (2014) ainda destaca que estudos de avaliação formam uma subdisciplina separada. Por exemplo, a avaliação de resultados é apenas um dos vários tipos de avaliações que podem ser definidas por tempo (por exemplo, ex ante, ex post) ou por níveis de complexidade da avaliação (por exemplo, monitorar as tarefas diárias ou avaliar o impacto sobre o problema).

Desta forma, compreendemos que não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980) como um conjunto de ações do governo que irá produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue no mesmo sentido: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação e que influenciam a vida dos cidadãos. Enquanto Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como "o que o governo escolhe fazer ou não fazer" ^{2,4}.

Entretanto, ¹a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, segundo a qual decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o "governo em ação" e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas se constitui no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real⁵.

Se admitirmos que a política pública seja um campo holístico, isto é, uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas, isso tem duas implicações. A primeira é que, como referido acima, a área se torna território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. Assim, apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, a ela não se resume, podendo também ser objeto analítico de outras áreas do conhecimento, inclusive da econometria, já bastante influente em uma das subáreas da política pública, a da avaliação, que também vem recebendo influência de técnicas quantitativas. A segunda é que o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas, sim, que ela comporta vários "olhares".

Por último, políticas públicas, depois de desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. ²Quando

¹ Há mais de 40 anos atrás, Bachrach e Baratz (1962) mostraram que não fazer nada em relação a um problema também é uma forma de política pública

² Muitas vezes, a política pública também requer a aprovação de nova legislação.

postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação⁵.

Especificamente no que tange às políticas públicas de saúde, é a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços, que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy). Assim, a palavra política na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disso, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas^{5,6}.

Portanto, a política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento⁶. No Brasil, pensar em outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo^{5,7}.

1.2 POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Era um momento chave do movimento da Reforma Sanitária brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde – SUS⁸.

Posteriormente, com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o estado brasileiro assumiu como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, entre os quais a saúde⁹. No entanto, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado. O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras

quanto à melhoria da qualidade de vida¹⁰.

Ao se retomar as estratégias de ações propostas pela Carta de Ottawa (1996) e analisar a literatura na área, observa-se que, até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu, em grande parte, vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos. Nessa linha de intervenção já é possível encontrar um acúmulo de evidências convincentes, que são aquelas baseadas em estudos epidemiológicos demonstrativos de associações convincentes entre exposição e doença a partir de pesquisas observacionais prospectivas e, quando necessário, ensaios clínicos randomizados com tamanho, duração e qualidade suficientes¹¹.

Com os princípios da promoção da saúde incorporados pelo Movimento da Reforma Sanitária na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e na criação do SUS, com efetiva institucionalização em 2006, ocorre a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)^{12,7}. Em 2014, em consonância com novos marcos nacionais e internacionais, a PNPS é revisada, reconhecendo a necessidade de qualificar sua operacionalização no SUS e tendo como objetivo promover a qualidade de vida e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais^{7, 12,13}.

A PNPS serviu de suporte político-institucional para a criação de mecanismos de apoio financeiro a programas de incentivo à prática de atividades físicas (AF) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que estados e municípios pudessem implantar e implementar programas e projetos de promoção da saúde com foco no incentivo à prática de atividades físicas. A partir de 2006, o MS brasileiro começou a financiar ações direcionadas a eixos prioritários da PNPS, possibilitando a criação e expansão de programas de promoção da saúde e da AF¹⁴.

A expansão desses programas demandou a elaboração de estratégias de articulação das ações de promoção da saúde e da AF no âmbito da Atenção Básica, de modo a garantir, não só o espaço físico para a realização das práticas, como a continuidade das intervenções. Tornava-se necessária, portanto, a criação de mecanismos que possibilitassem a construção e o financiamento às iniciativas já existentes e o estímulo à criação de novas formas de incentivo à adoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis por parte da população¹⁵.

Nesse sentido, o MS brasileiro instituiu em 2011 o Programa Academia da Saúde (PAS), o qual visa contribuir para a promoção da saúde através da implantação de polos com infraestrutura material e pessoal qualificado para a orientação de modos de vida saudáveis, práticas corporais, AF e de lazer. Esse programa foi implantado pelas Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, com suporte técnico das esferas estadual e federal do SUS^{13,16}.

Os polos do PAS são caracterizados como espaços públicos voltados à promoção da

saúde e de AF, coordenados pela Atenção Primária em Saúde (APS) dos municípios e do Distrito Federal. As ações devem se articular com toda a rede de serviços de saúde e outros instrumentos sociais, obedecendo o disposto nas PNPS e da Atenção Básica¹². No que se refere à implantação do programa, essa pode ocorrer de duas maneiras: i) através da solicitação de recursos para a construção ou requalificação de espaços públicos que passariam a configurar-se como polos do programa, de acordo com o previsto na Portaria Ministerial nº 1.401 de 15 de julho de 2011b ou; ii) através da habilitação de iniciativas similares preexistentes ao custeio, conforme o previsto na Portaria Ministerial 1.402, de 15 de junho de 2011c^{17,18}.

O incentivo à pesquisa em Políticas de Saúde, avaliando a eficiência, efetividade e segurança das ações prestadas na assistência à saúde, destaca-se como uma das diretrizes tanto da PNPS quanto da Política Nacional de Atenção Básica. A PNPS aponta como responsabilidade dos três níveis de governo o desenvolvimento de instrumentos e indicadores para o monitoramento e avaliação da implementação das ações e resultados de seus objetivos¹⁹. O ciclo de uma política pública é normalmente dividido em cinco etapas: i) análise (agenda-setting); ii) formulação (design); iii) escolha (tomada de decisão); iv) implementação; e v) avaliação de resultados. Em outras palavras, primeiro, os problemas são definidos e colocados na agenda; em seguida, as políticas são desenvolvidas, adotadas e implementadas; e, finalmente, elas são avaliadas em relação a sua eficácia e eficiência²⁰.

Por sua vez, para demonstrar que um programa (ou política) cumpre suas metas, a avaliação deve estar nos níveis mais altos: medir a eficácia (por exemplo, o programa realmente cria empregos) ou analisar o impacto (por exemplo, houve uma melhora na situação-problema)². Embora isso possa ser uma definição útil, preferiu-se discutir os tipos de avaliação por níveis de complexidade, tendo em vista que a qualidade das metodologias de avaliação e os objetivos de cada um dos programas de políticas públicas podem ser relativamente desiguais e diversificados. Por isso, entendem-se que avaliação como um processo contínuo que caminha de uma forma mais simples (monitorando as tarefas diárias e avaliando as atividades do programa) para métodos mais complexos (avaliando o impacto sobre o problema)²¹.

Nesse sentido, é cada vez mais urgente averiguar se as políticas ou programas atingiram ou não seus objetivos iniciais, qual a magnitude de seus efeitos ou impactos, além da importância de se compararem os custos e os benefícios de cada uma das políticas públicas, para que se possa determinar o tamanho ideal das políticas e os melhores instrumentos de avaliação para atingir os objetivos definidos inicialmente. Entendendo como ela influencia no desenvolvimento de suas regiões, ressaltando a importância para a compreensão de quais os melhores instrumentos para diminuir as desigualdades regionais brasileiras e melhorar a qualidade de vida das pessoas em cada parte desse país, será possível o desenvolvimento de política pública de saúde direcionada e específica para as necessidades de cada localidade.

2 ARTIGO ORIGINAL

ANÁLISE DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE SOB AS DIMENSÕES DO MODELO RE-AIM, NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL.

2.1 INTRODUÇÃO

A análise da política trata-se de uma atividade de cunho acadêmico, no qual refere-se ao desenvolvimento de estudos com a finalidade de solucionar um problema social. No Brasil, parte significativa das últimas duas décadas, verificou-se a expansão do cenário e consolidação de intervenções de programas e projetos para promoção da atividade física na comunidade, aumentando o interesse de pesquisas e estudos de análise e avaliação dessas políticas^{1,2}.

As avaliações podem ser divididas em diversos níveis de complexidade que terminam com um julgamento: se a política (ou um programa específico) funciona, ou seja, se soluciona o problema, ou se pelo menos o reduz. Entretanto, antes da discussão do papel da avaliação das políticas públicas, é válido salientar a definição do que são políticas públicas, para que servem e seu ciclo. Compreender como uma combinação (mix) de políticas públicas impacta diferentemente o território brasileiro é importante para planejar e aplicar melhor os recursos disponíveis, bem como para aperfeiçoar os resultados observados com o intuito de melhorar o padrão de vida das pessoas e promover o desenvolvimento econômico e social em cada parte deste país³.

O MS brasileiro, desde 2006, implementou uma série de estratégias e políticas setoriais que visam ampliar o escopo das ações na atenção primária à saúde, a prevenção e controle de doenças crônicas e a promoção de estilos de vida saudáveis. Nesse contexto, destaca-se, em 2011, a instituição do Programa Academia da Saúde (PAS), cujo objetivo geral é contribuir para a promoção da saúde pela criação de polos com infraestrutura e recursos humanos qualificados para desenvolver atividades de promoção da saúde e produção do cuidado na atenção primária à saúde^{4,5,6,7,8,9,10}.

O incentivo à pesquisa em Políticas de Saúde, avaliando a eficiência, efetividade e segurança das ações prestadas na assistência à saúde, destaca-se como uma das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Atenção Básica¹¹. A PNPS aponta como responsabilidade dos três níveis de governo o desenvolvimento de instrumentos e indicadores para o monitoramento e avaliação da implementação das ações e resultados de seus objetivos^{3,12}.

Dentre os diferentes processos avaliativos para estudos de intervenção, o modelo RE-AIM (em inglês: Reach, Efficacy, Adoption, Implementation and Maintenance) tem sido

atualmente um dos modelos de avaliação mais requisitados para a área de atividade física (AF) e saúde. Isso porque, o RE-AIM, modelo desenvolvido nos Estados Unidos pelos pesquisadores Russel Glasgow, Thomas Vogt e Shawn Boles, foi criado como proposta de modelo de avaliação de programas de promoção da saúde¹³. O objetivo dessa proposta é auxiliar os pesquisadores e gestores no planejamento e na avaliação das ações, a fim de identificar elementos essenciais para construção de programas eficazes e efetivos¹⁴. Traduzido e adaptado para a realidade brasileira, esse modelo é constituído por cinco dimensões (Alcance, Adoção, Implementação, Efetividade/Eficácia e Manutenção) que se relacionam entre si, e, quando bem-sucedidas, potencializam o impacto das intervenções na saúde pública¹⁵.

Com isso, analisar os programas por meio do modelo avaliativo RE-AIM é de grande importância, uma vez que a identificação do atendimento aos critérios estabelecidos pelo modelo permite potencializar o impacto desses programas. Ainda, a utilização desta ferramenta aumenta o entendimento sobre os mecanismos que possibilitam a expansão dos programas para diferentes contextos e populações^{15,16,17}. Também é possível identificar se os programas responderam ao objetivo esperado, se foram realmente efetivos a ponto de haver manutenção das atividades estabelecidas e se houve efeito favorável na população investigada em longo prazo. Estudos publicados com o modelo RE-AIM, apontam que tais investigações são extremamente necessárias nos dias atuais, posto que passarão informações relevantes do impacto das intervenções e dos critérios de validade^{17,18}.

Nesse sentido, é cada vez mais urgente averiguar se as políticas ou programas atingiram ou não seus objetivos iniciais, qual a magnitude de seus efeitos ou impactos, além da importância de se compararem os custos e os benefícios de cada uma das políticas públicas, para que se possa determinar o tamanho ideal das políticas e os melhores instrumentos de avaliação para atingir os objetivos definidos inicialmente^{19,20}.

O corpo da literatura sobre o PAS ressalta a importância para a compreensão de quais os melhores instrumentos para diminuir as desigualdades regionais brasileiras e melhorar a qualidade de vida das pessoas em cada parte desse país, sendo possível o desenvolvimento de política pública de saúde direcionada e específica para as necessidades de cada localidade^{19,20,21}.

Assim, o objetivo desse estudo é analisar a atuação do Programa Academia da Saúde sob as cinco dimensões do modelo RE-AIM.

2.2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo faz parte de pesquisa de um projeto guarda-chuva, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (945.110). Foram tomadas medidas de proteção e de anonimização dos

dados.

Estudo de abordagem quali-quantitativa descritiva. Qualitativa porque tem a importância de descrever as opiniões de determinado assunto, sem utilização de dados em estatística. Já na quantitativa, os dados da pesquisa são apresentados em estatística, pois há um dado exato em números. Descritiva, pois utiliza método indutivo, sendo que os dados obtidos são analisados indutivamente²². População alvo e gestores e/ou coordenadores do PAS das regiões Norte e Nordeste do Brasil, totalizando uma amostra de dezesseis estados (n = 16).

Figura 1. Mapa do Brasil – Regiões Norte e Nordeste



Fonte. Brasil, 2017

Os documentos teórico-metodológicos gerenciais e informativos (Ministério da Saúde, Secretarias das respectivas regiões e relatórios governamentais) deram um aprofundamento na investigação. A coleta de dados foi precedida por contato telefônico, seguido de preenchimento do questionário eletrônico adaptado ao modelo RE-AIM, que permite compreender a forma com que o programa se reporta a situações de validade interna e externa^{14,15}.

Figura 2. Modelo RE-AIM



Fonte: Glasgow, Vogt, & Boles (1999).

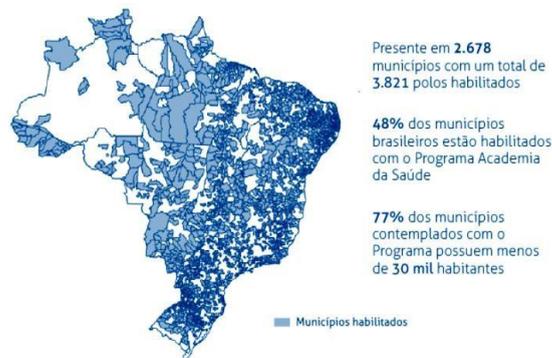
A Dessa maneira, foi possível verificar as cinco dimensões do modelo, que são: REACH “alcance”: número absoluto, proporção e representatividade dos indivíduos dispostos a participar do programa ou intervenção, comparados aqueles que desistem ou aqueles potencialmente elegíveis (características gerais da população da área); EFFICACY/EFFECTIVENESS “eficácia/efetividade”: impacto da intervenção sobre os desfechos importantes (como nível de AF, qualidade de vida, mudança de comportamento), incluindo potenciais efeitos negativos; ADOPTION “adoção”: número absoluto, proporção e representatividade das organizações e dos agentes de intervenção dispostos a iniciar determinado programa ou intervenção; IMPLEMENTATION “implementação”: em nível organizacional refere-se à fidelidade dos agentes de intervenção para os vários elementos do protocolo da intervenção, incluindo a consistência no fornecimento conforme previsto, o tempo e o custo da intervenção. Em nível individual, refere-se à medida em que os participantes utilizam as estratégias da intervenção; MAINTANANCE “manutenção”: em nível organizacional, refere-se à medida em que o programa ou intervenção torna-se institucionalizado ou parte das práticas de rotina e políticas organizacionais. Em nível individual, refere-se à manutenção que tem sido definida como os efeitos benéficos em curto, médio e longo prazo^{17,21}.

3 RESULTADOS

3.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Os documentos teórico-metodológicos gerenciais e informativos levaram em consideração o cumprimento das diretrizes da PNPS, a prática de atividade física em adultos e a organização, distribuição, alcance e impacto do PAS nas regiões Norte e Nordeste. A análise revelou um aumento considerável na implantação e no monitoramento do programa desde o ano de sua criação^{23,24}.

Figura 3. Mapa do Brasil – Municípios contemplados com polos do Programa Academia da Saúde



Fonte. Brasil (2017).

O percentual de municípios habilitados com o PAS varia pouco entre as regiões do País e de acordo com algumas características, como o porte populacional e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). A Região Norte e a Região Nordeste, ora estudadas, possuem, respectivamente, 55,3% e 54,7% de seus municípios habilitados²⁴.

Tabela 1. Municípios habilitados ao Programa Academia da Saúde de acordo com macrorregiões.

Região	Número de municípios	Número de municípios habilitados	Percentual de municípios (%)	Percentual de municípios habilitados (%)
SUL	1.191	565	100	47,4
SUDESTE	1.668	632	100	37,9
CENTRO-OESTE	1.467	247	100	52,9
NORTE	1.794	981	100	54,7
NORDESTE	450	249	100	55,3
TOTAL	5.570	2.678	100	48

Fonte, Brasil (2018).

Embora as regiões Norte e Nordeste possuam percentuais próximos, a região Nordeste tem um número maior de polos criados. O levantamento realizado pelo MS em 2017 apontou que na região Norte existem 245 polos construídos em seu total funcionamento, equivalente a 20% dos polos existentes na referidas regiões, enquanto a região Nordeste possui 1.005 polos, que equivale a 80%.

Tabela 2. Distribuição da construção dos polos do Programa Academia da Saúde por região e suas capitais.

NORTE		NORDESTE	
Acre (AC)	22	Alagoas (AL)	59
Amapá (AP)	11	Bahia (BA)	201
Amazonas (AM)	13	Ceará (CE)	113
Pará (PA)	94	Maranhão (MA)	91
Rondônia (RO)	12	Paraíba (PB)	159
Tocantins (TO)	93	Pernambuco (PE)	138
		Piauí (PI)	107
		Rio Grande do Norte (RN)	92

Fonte, Ministério da Saúde, (2018).

Tais dados apresentam, simultaneamente, o potencial do PAS diante da população e, ao mesmo tempo, evidenciam o investimento no desenvolvimento de estratégias para o aumento da implementação desta política, indo além da prevenção de doenças, visando ao cuidado integral, a promoção da saúde de usuários e das comunidades.

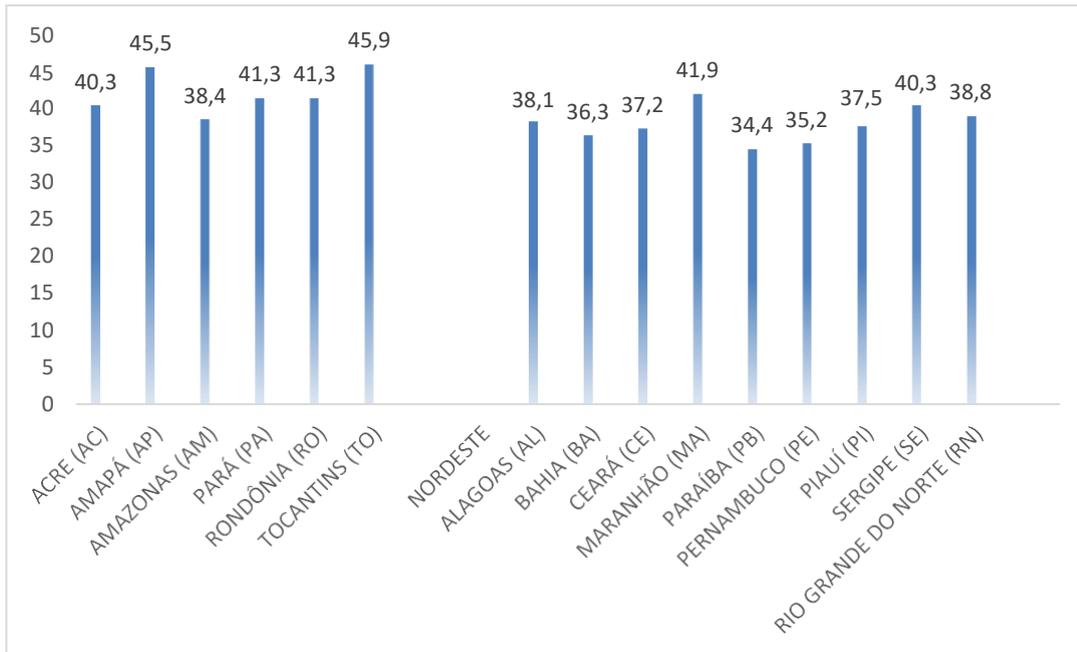
É possível observar por meio de análises documentais que muitas ações de promoção e prevenção da saúde têm sido realizadas e os apontamentos teóricos da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL – admitem o crescimento da prática de atividade física no tempo livre a partir da mudança de cenário da população, com o aumento de indivíduos com sobrepeso e obesidade²³. O indicador era de 30,3% no ano de 2009, passando para 37,6% em 2016. Quando realizamos o comparativo de tais recortes documentais, analisamos que a região Norte passa a ser mais ativa fisicamente que a região Nordeste, mesmo tendo um menor investimento governamental na construção de polos.

Tabela 3. Adultos que praticam atividades de intensidade moderada por pelo menos 150 minutos semanais ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 75 minutos semanais.

Capitais /DF	Total	Sexo										
		Masculino					Feminino					
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	
NORTE												
ACRE (AC)	40,3	36,6	-	43,9	48,1	42	-	54,2	33,1	29,2	-	37
AMAPÁ (AP)	45,5	41,5	-	49,6	57,1	51	-	63,2	34,8	30,2	-	39,3
AMAZONAS (AM)	38,4	34,7	-	42,1	44,1	37,8	-	50,3	33,2	28,9	-	37,5
PARÁ (PA)	41,3	38,1	-	44,5	51,4	46,1	-	56,6	32,7	29,1	-	36,3
RONDÔNIA (RO)	41,3	37,4	-	45,2	46,9	40,7	-	53,1	35,2	30,7	-	39,7
TOCANTINS (TO)	45,9	42,9	-	48,9	50,2	45,5	-	54,9	41,9	38,1	-	45,7
NORDESTE												
ALAGOAS (AL)	38,1	35	-	41,2	46,6	41,2	-	51,9	31,2	27,7	-	34,8
BAHIA (BA)	36,3	33,5	-	39,1	43,7	39,1	-	48,3	30,2	27	-	33,4
CEARÁ (CE)	37,2	34,4	-	40,1	42,1	37,3	-	46,9	33,2	29,8	-	36,6
MARANHÃO (MA)	41,9	38,8	-	45,1	54,1	48,8	-	59,4	32	28,5	-	35,6
PARAÍBA (PB)	34,4	31,5	-	37,2	39,5	34,7	-	44,3	30,1	26,6	-	33,5
PERNAMBUCO (PE)	35,2	32,4	-	38	44	39,2	-	48,9	28,1	25	-	31,2
PIAUÍ (PI)	37,5	34,5	-	40,4	44,1	39,1	-	49,1	32	28,7	-	35,3
SERGIPE (SE)	40,3	37,4	-	43,2	46,7	41,8	-	51,6	35,1	31,7	-	38,5
RIO GRANDE DO NORTE (RN)	38,8	35,8	-	41,7	47,1	42,3	-	51,9	31,7	28,2	-	35,2

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2017.

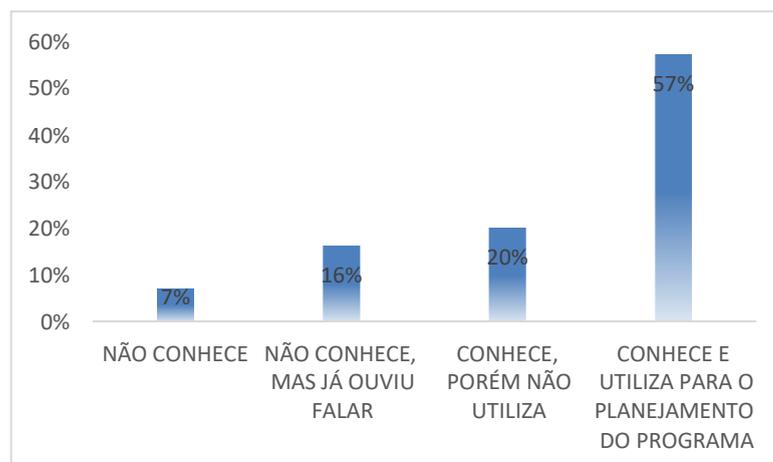
**Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. Fonte: VIGITEL (2017).

Gráfico 1. Nível da Atividade Física Norte e Nordeste.

Fonte, VIGITEL (2017)

Desta forma, os resultados e as informações apresentadas descrevem uma efetividade na criação, implantação e consolidação do programa, mostrando a importância do investimento na avaliação quanto à efetividade do impacto dessa política e na verificação dos efeitos das influências ocasionadas na população¹⁹.

Um dado relevante quanto ao PAS é que o desenvolvimento de suas atividades devem estar alinhadas com os temas prioritários da PNPS. É importante sinalizar que 57% dos gestores alinham de forma relativa em seus planejamentos os princípios e valores da promoção da saúde²⁴.

Gráfico 2. Conhecimento e utilização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Fonte: Brasil (2018)

MODELO RE-AIM

O RE-AIM verificou as intervenções do programa, resultados e verificou os efeitos das influências ocasionadas na população^{18,19}, sendo destacados aspectos positivos apontados, principalmente acerca da efetividade. Mais de 80% dos gestores reconhecem o impacto do programa na qualidade de vida dos participantes. Por outro lado, quase 60% sinalizam falta de organização quanto ao processo de avaliação (organização dos próprios agentes), dificultando no processo avaliativo, sendo este um dos elementos essenciais para o programa, refletindo no processo de adoção, que é medida eficaz para diminuir as lacunas na pesquisa e maximizando o impacto dessa política^{17,21,25}. Com destaque especial, trechos das colocações dos gestores nas entrevistas:

Gestor 1: Somente através do monitoramento anual ou da situação de construção dos polos.

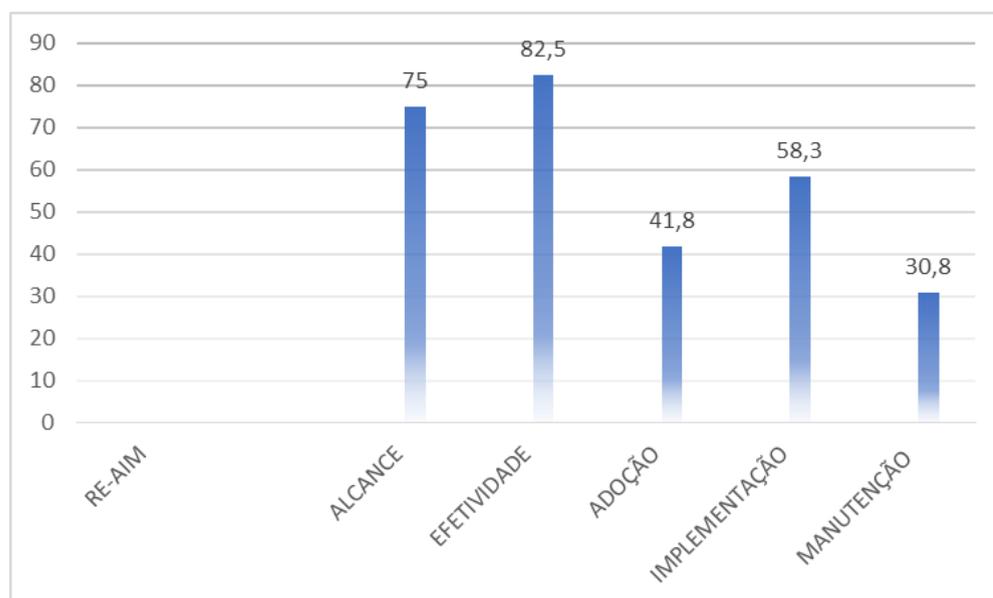
Gestor 2: Só utilizamos avaliação de indicadores de saúde, precisando ser revisto alguns aspectos.

Gestor 3: A nível estadual, semestralmente utilizamos atualização da situação de construção de polos e situação de custeio do Programa.

Gestor 4: A nível nacional é realizado um monitoramento anual preenchemos um formulário eletrônico da implementação do Programa.

Nas descrições das dimensões do RE-AIM, é possível verificar que, em média, 75% dos indicadores de “alcance” foram descritos nas publicações dos gestores. Na sequência, estiveram os indicadores de “efetividade/eficácia” (82,5%), “implementação” (58,3%) e “adoção” (41,8%). O indicador menos detalhado foi referente à dimensão de “manutenção” (30,8%).

Gráfico 3. Descrições das Dimensões do RE-AIM.



Fonte: Binotto, et al (2015).

3.2 DISCUSSÃO

Na pesquisa documental ficou clara a identificação dos princípios, objetivos, implantação e metas do PAS. Contudo, algumas fragilidades são apontadas, a saber: 1. Dificuldades na manutenção dos polos; 2. Nos recursos para custeio das atividades; e 3. No nível de organização de gestão^{12,23,26}.

Tasca (2017) ressaltam que é possível observar as ações do PAS se concretizando, pois houve um aumento significativo de mudança no comportamento sedentário da população, pois proporcionou ganhos na qualidade de vida no combate à obesidade.

Ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; promover práticas de educação em saúde; promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer. Aumentar o nível de atividade física da população; promover hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2013a, p. 20).

No que concerne ao “alcance” do programa, verifica-se que as diretrizes descrevem uma proposta audaciosa. Esse escopo de ações demanda uma grande capacidade de articulação em “redes de compromisso e responsabilidade”, além do envolvimento de diversos entes, o que muitas vezes torna difícil a execução²⁷. A informação e descrição demográfica e comportamental da população, taxa de participação e modelos de recrutamento foram descritos por mais de 70% dos gestores, apontando que a região Nordeste tem um maior aporte de polos construídos, mesmo não atingindo o mínimo do nível da prática de AF estipulada pela OMS^{1,10,11,12}.

Nenhum dos componentes dessa dimensão obteve 100% de descrição, sendo assim destacados os relatos quanto à “efetividade” sob o olhar dos gestores: impacto nas áreas (61,5%), aumento do nível de AF (84,6%), informações sobre relato de mudanças comportamentais (75%), monitoramento das ações desenvolvidas nos polos (83%) e monitoramento do programa por meio de reuniões e encontros (74%). Além dessas estratégias, mais da metade dos participantes informaram solicitar relatórios periódicos sobre as atividades dos polos e 20% referiram utilizar questionários²⁴. Na investigação não foram reportadas as informações sobre aspectos financeiros, embora Leme e Philippi (2015) mencionem como limitação a falta de avaliação financeira para determinar o custo-efetividade do seu programa de intervenção.

Assim como verificado nas outras dimensões, há pouco detalhamento na dimensão “adoção”, especificamente no nível individual. O entendimento dessa dimensão pode aumentar significativamente a quantidade de pessoas beneficiadas pelo programa. Ter grande “alcance”, mas baixa “adoção”, por exemplo, tornará o programa restrito em atender a demanda e possível

institucionalização¹⁴. Informações sobre taxa de adoção, características das organizações/locais que concordam em participar e comparações sobre staffs que concordam ou não em fazer parte do programa são relevantes. Essas questões podem auxiliar futuros pesquisadores a entender melhor quais aspectos limitam a adoção dos programas em diferentes contextos de aplicação²¹. Almeida (2013,) ressalta a importância desses quesitos, sendo fundamentais para avaliar a adaptação, fidedignidade e sustentação do programa, fatos esses que justificam a existência de forte recomendação para que autores detalhem melhor essa dimensão como forma de aprimorar fatores de validade externa^{17, 21}.

A utilização de intervenções realizadas durante a prática e teoria foi relatada por 71% dos gestores. Aspectos sobre consistência na “implementação” entre cenários e agentes de execução e taxas de participação da comunidade foram reportados por apenas 52% dos pesquisados. Contudo, determinadas descrições poderão ser conduzidas para outras organizações de modo a determinar se irão implementar algum programa, auxiliando-os na tomada de decisão¹⁷.

A dimensão “manutenção” foi a menos relatada. Esse fato foi destacado por Galaviz et al (2014) em estudos na América Latina, apontando para a limitação de sustentação dos programas. No mesmo sentido, outros estudos obtiveram os mesmos resultados^{21,28,29}. McGoey et al (2016) sugerem que futuras intervenções devam ser executadas de modo que levem em consideração a “manutenção” do programa, pois dessa forma torna-se possível verificar quais aspectos do cenário facilitam ou impedem a institucionalização. Realizando essas intervenções, auxiliamos no desenvolvimento de programas de modo que eles sejam mantidos ao longo dos anos, além de auxiliar aos respectivos participantes a continuarem envolvidos²⁵. Há extrema necessidade para que a intervenção vá além do campo de pesquisa e seja englobada no sistema, assegurando a “manutenção” e sustentabilidade dos benefícios à saúde¹⁹.

Os achados do presente estudo mostram que ainda há muito que avançar em termos de avaliação de programas de AF no Brasil. Grande parte dos itens do modelo RE-AIM não é respondido por todos os gestores, demonstrando uma carência de informações na limitação de algumas áreas^{17,18,21}. Esse fato potencializa a necessidade apontada pela literatura de que sejam realizados mais esforços para ampliar os resultados de pesquisas para programas de intervenção^{14,25}, reforçando que a implementação exigirá uma forte liderança, em conjunto com parcerias intergovernamentais e multissetoriais, no sentido de obter uma resposta coordenada e completa de todo o sistema²¹.

A realização deste estudo possibilitou identificar uma avaliação das dimensões do Programa Academia da Saúde sobre o instrumento do modelo RE-AIM, concluindo que a intervenção proposta é efetiva, atrativa para a população alvo e viável de implementação no contexto do PAS. No entanto, pela avaliação da adoção e manutenção organizacional, foram

identificadas barreiras para a sua manutenção na atual estrutura de custos financeiros do Programa, precisando evidenciar mais estudos para sobre a temática.

4 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recomenda-se maiores esforços para potencializar a manutenção de futuras intervenções para contribuições no processo de adoção e ampliação do programa. Além disso, chamou atenção a carência quanto ao investimento nas compras de materiais para a realização das atividades. Por outro lado, apesar do alto índice de alcance, a região Norte é extremamente carente no comparativo do recorte com o Nordeste.

Sugere-se ainda que as intervenções desenvolvidas em cenários de promoção da saúde tenham acompanhamento da sua manutenção individual no decorrer do tempo. Para tal, recomenda-se a realização de avaliações periódicas dos desfechos principais e da institucionalização da proposta por períodos trimestrais, uma vez que a avaliação estadual só é realizada anualmente. Também seria de grande relevância o acompanhamento de desfechos principais entre os usuários que deixaram de participar do PAS.

O elevado nível de AF total, conforme verificado, deve ser considerado fator de medida positiva, mesmo não significando que esse crescimento tenha uma relação direta após o surgimento do PAS.

Para estudos futuros, sugere-se também que outras variáveis, principalmente acerca de custos financeiros, a fim de esclarecer o custo-benefício do programa para que futuros gestores possam tomar decisões favoráveis, fomentando com mais clareza as discussões referentes à realidade em que for desenvolvida e também às necessidades de melhorias identificadas.

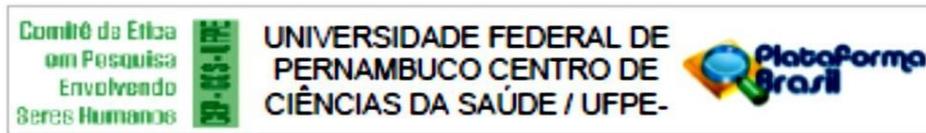
REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Fabio Araujo; BRITO, Fabiana Almeida; ESTABROOKS, Paul Andrew. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil RE-AIM framework: Translation and Cultural adaptation to Brazil Modelo RE-AIM: Traducción y Adaptación Cultural para el Brasil.
- ALLEN, Kacie et al. Understanding the internal and external validity of health literacy interventions: a systematic literature review using the RE-AIM framework. *Journal of health communication*, v. 16, n. sup3, p. 55-72, 2011.
- AMORIM, Tales et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev. bras. ativ. fís. saúde*, p. 63-74, 2013.
- BAER, Werner (Ed.). *The regional impact of national policies: The case of Brazil*. Edward Elgar Publishing, 2012.
- BARROS, Mauro et al. Evaluation of programs and interventions for physical activity promotion in primary health care in Pernambuco: construction and validation of instruments and fieldwork methods of the SUS+ Ativo Project. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 21, n. 5, p. 388-399, 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*, 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise a Saúde. *Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil*. Brasília. 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_e_fisica.pdf. Acessado em: 03 de fevereiro de 2017.
- BRASIL. Portaria Nº. 2681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 8 nov. 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html. Acessado em: 15 de abril de 2017.
- BRASIL. Diretrizes do Programa Vida Saudável. Ministério do Esporte, Brasília, 2013c. Disponível em: <http://www.esporte.gov.br/arquivos/snelis/esporteLazer/diretrizesVidaSaudavelEdital2013.pdf>. Acessado em: 30 de março de 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cartilha do Programa Academia da Saúde*. Brasília: DF, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf. Acessado em: 12 de fevereiro de 2017.
- BARTIK, Timothy J.; BINGHAM, Richard D. Can economic development programs be evaluated?. *Upjohn Institute Working Paper*, 1995.
- BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo et al. RE-AIM: uma proposta de avaliação de programas de atividade física. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 17, n. 2, p. 295-314, 2014.
- BINOTTO, Maria et al. Programa Universidade Aberta para a Terceira Idade: avaliação do programa por meio do modelo RE-AIM. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 20, n. 3, p. 309-309, 2015.
- CRUZ, Danielle Keylla Alencar et al. *Da promoção à prevenção: o processo de formulação da política nacional de promoção da saúde no período de 2003 a 2006*. 2010. Tese de Doutorado. Instituto Aggeu Magalhães.
- DE BRITO GONÇALVES, Laís Barreto et al. Programa academia da saúde: operacionalidade, ações e integração. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 32, 2019.
- FEDERAL, Brasil Supremo Tribunal et al. *Constituição da república federativa do Brasil*. Supremo Tribunal Federal, 1988.

- FERREIRA NETO, João Leite et al. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 1997-2007, 2013.
- FISCHER, Frank. Deliberative policy analysis as practical reason: Integrating empirical and normative arguments. *PUBLIC ADMINISTRATION AND PUBLIC POLICY-NEW YORK-*, v. 125, p. 223, 2007.
- GHOLOIPOUR, Rahmatollah; BEYGI, Vahid; SAADABADI, Ali Asghar. Analysis of the policy of “executive solutions to expand the culture of Ifaf and Hijab”: implementation pathology by use of Delphi fuzzy method. *Journal of Public Administration*, v. 9, n. 1, p. 107-136, 2017.
- GIL, Antonio Carlos et al. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.
- GLASGOW, Russell E.; VOGT, Thomas M.; BOLES, Shawn M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, v. 89, n. 9, p. 1322-1327, 1999.
- GIOVANELLA, Lígia et al. (Ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.
- HALLAL, Pedro 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, 2009.
- HALLAL, Pedro C. Physical activity and health in Brazil: research, surveillance and policies. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 2487-2489, 2014.
- HILL, Michael; VARONE, Frédéric. The public policy process. Routledge, 2021. HOCHMAN, Gilberto; ARRETICHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Políticas públicas no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.
- JÚNIOR, Aylton Paulus; JÚNIOR, Luiz Cordoni. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.
- KNUTH, Alan G. et al. Description of the Countrywide Physical Activity Network Coordinated by the Brazilian Ministry of Health: 2005–2008. *Journal of physical activity and health*, v. 7, n. s2, p. S253-S258, 2010.
- LINNAN, Laura et al. Results of the 2004 national worksite health promotion survey. *American Journal of Public Health*, v. 98, n. 8, p. 1503-1509, 2008.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 4301-4312, 2014.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 373-390, 2016.
- MALTA, Deborah Carvalho 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, Deborah Carvalho 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.
- MCGOEY, Tara et al. Evaluation of physical activity interventions in children via the reach, efficacy/effectiveness, adoption, implementation, and maintenance (RE-AIM) framework: a systematic review of randomized and non-randomized trials. *Preventive Medicine*, v. 82, p. 8-19, 2016.
- PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *Epidemiologia e saúde*, v. 6, p. 567-71, 2003.
- REIS, Rodrigo S. et al. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *The lancet*, v. 388, n. 10051, p. 1337-1348, 2016.
- RESENDE, Guilherme Mendes. Avaliação de políticas públicas no Brasil: uma análise de seus impactos regionais. 2014.
- SÁ, Gisele Balbino Araujo Rodrigues de et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1849-1860, 2016.

- SILVA, Dirceu Santos; BORGES, Carlos Nazareno Ferreira; AMARAL, Silvia Cristina Franco. Gestão das políticas públicas do Ministério do Esporte do Brasil. *Revista brasileira de educação física e esporte*, v. 29, p. 65-79, 2015.
- SILVA, Rafaela Niels da et al. Avaliabilidade do programa academia da saúde no município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00159415, 2017.
- SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, p. 20-45, 2006.
- SOUSA, F. D.; SOUSA, A. L. Uma revisão sobre as redes de atenção à saúde no Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, v. 1, n. 11, p. 57-75, 2018.
- TASCA, Layane Castiglioni; SOUZA, Thaís Godoi. Políticas públicas de promoção da saúde no Brasil: análise dos Programas Academia da Saúde e Vida Saudável. *Caderno de Educação Física e Esporte*, v. 15, n. 2, p. 69-76, 2017.
- TRAVERSO-YÉPEZ, Martha A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, p. 223-238, 2007.
- WAXMAN, Amalia. WHO global strategy on diet, physical activity and health. *Food and nutrition bulletin*, v. 25, n. 3, p. 292-302, 2004.
- WHITE, Siobhan M. et al. Translating physical activity interventions for breast cancer survivors into practice: an evaluation of randomized controlled trials. *Annals of Behavioral Medicine*, v. 37, n. 1, p. 10-19, 2009.

APÊNDICE A - CARTA COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão de Políticas Públicas de Esporte e Lazer nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil

Pesquisador: VILDE GOMES DE MENEZES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39569114.9.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 945.110

Data da Relatoria: 03/02/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado pelo Laboratório de Gestão Esportiva e Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco que visa a caracterização no que concerne à dimensão macro das políticas sociais/públicas, esta análise visa explicar, quais são procedimentos metodológicos utilizados pelos gestores de esporte e lazer d Região Norte/Nordeste (no âmbito estadual e municipal)2, na formulação de políticas públicas. Nesse sentido, será possível diagnosticar e referenciar as alterações e/ou manutenção realizadas no interior destas gestões, sobretudo a partir da análise de alguns aspectos, tais como: a incidência da participação popular no processo de administração da coisa pública a exemplo dos orçamentos participativos e conselhos setoriais; inventividade em tempos de crise; a opção política pelo social em detrimento do aspecto econômico. Portanto, o estudo em tela não faz uma abordagem puramente descritiva da Gestão no Norte/Nordeste do Brasil, mas principalmente busca a partir da análise deste cenário, trazer subsídios teórico-metodológicos para ressignificar a intervenção do Esporte e Lazer no processo de oferta pública e significativa em território nacional. A análise será qualitativa, sendo norteada pelos seguintes passos: Determinação da população a ser estudada (Tais procedimentos qualitativos serão encaminhados por meio de entrevistas semi-estruturadas, envolvendo gestores da política de desporto, distribuídos nas secretarias de governo e diretorias de desporto. O número

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8988 E-mail: cepcca@ufpe.br

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA (PPGEF-UFPE)
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO



ANÁLISE DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE SOB O ESCOPO DA ATIVIDADE FÍSICA NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS PESSOAIS

ESTADO: _____

DATA: _____ HORA DA ENTREVISTA: _____

NOME: _____

ENDEREÇO INSTITUCIONAL: _____

TELEFONES: _____

E-MAIL: _____

SEXO: (1) MASCULINO (2) FEMININO

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS (RECURSOS HUMANOS)

QUAL A SUA ESCOLARIDADE?

- (0) NENHUM
- (1) PRIMÁRIO COMPLETO
- (2) ATÉ A 4ª SERIE (ANTIGO PRIMÁRIO) OU GINASIAL (1º GRAU/ENS.FUND.) INCOMPLETO
- (3) GINASIAL (1º GRAU/ENS.FUND.) COMPLETO OU COLEGIAL (2º GRAU/TECNICO/NORMAL) INCOMPLETO
- (4) COLEGIAL (2º GRAU/TECNICO/NORMAL) COMPLETO
- (5) SUPERIOR INCOMPLETO
- (6) SUPERIOR COMPLETO
- (7) ESPECIALIZAÇÃO
- (8) MESTRADO
- (9) DOUTORADO

QUAL A SUA AREA DE FORMAÇÃO EM NIVEL SUPERIOR? (PODE CITAR MAIS DE UMA)

NÃO TEM NIVEL SUPERIOR
ADMINISTRAÇÃO

(1) SIM (2) NÃO
(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
LICENCIATURA PLENA EM EDUCAÇÃO FÍSICA	(1) SIM (2) NÃO
ENFERMAGEM	
FISIOTERAPIA	(1) SIM (2) NÃO
OUTROS	(1) SIM (2) NÃO

QUANTO TEMPO (ANOS E MESES) VOCÊ TRABALHA NA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA?

O PROGRAMA (ALCANCE, AVALIAÇÃO, RESULTADOS, MANUTENÇÃO E MATERIAIS)

QUAL O PRINCIPAL OBJETIVO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE QUANTO AO ESCOPO ATIVIDADE FÍSICA?

- (1) PRESTAR INFORMAÇÃO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E PRÁTICAS SAUDÁVEIS
 (2) OFERECER E ORIENTAR ATIVIDADES FÍSICAS E PRÁTICAS SAUDÁVEIS
 (3) OUTRO _____

O PROGRAMA OFERECE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS PROPOSTOS QUANTO À ESTRUTURA FÍSICA?

- (1) SIM (2) NÃO (3) PARCIALMENTE

O PROGRAMA OFERECE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS PROPOSTOS QUANTO A RECURSOS HUMANO?

- (1) SIM (2) NÃO (3) PARCIALMENTE

VOCÊ CONHECE ALGUM MODELO LÓGICO DO PROGRAMA QUE CONTEMPLE TODA A GESTÃO NACIONAL?

- (1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SABE RESPONDER

O PROGRAMA TEM UM MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA?

- (1) SIM (2) NÃO

QUAIS AS AVALIAÇÕES QUE O PROGRAMA DESENVOLVE? (PODE CITAR MAIS DE UMA)

- AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO FÍSICA
 (1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SE APLICA
 CONTROLE DE PRESENÇA DOS PARTICIPANTES

(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SE APLICA

AVALIAÇÃO DA GESTÃO QUANTO AO PROCESSO DE TRABALHO

(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SE APLICA

AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIA QUANTO AO PROCESSO DE TRABALHO

(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SE APLICA

NÃO SABE

(1) SIM (2) NÃO

NÃO SE APLICA

(1) SIM (2) NÃO

QUAIS OS PERÍODOS DE AVALIAÇÃO REALIZADA PELA GESTÃO QUANTO AO MONITORAMENTO DA ATIVIDADE FÍSICA?

(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) NÃO SABE

ESTÁ PREVISTA ALGUMA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA QUANTO À SUA EXECUÇÃO NO AMBITO ESTADUAL?

(1) SIM (2) NÃO (3) PARCIALMENTE (4) NÃO SABE

QUAL A SUA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ATÉ O MOMENTO QUANTO AO MONITORAMENTO DO ESCOPO DA ATIVIDADE FÍSICA?

(1) NÃO ATINGE OS OBJETIVOS (2) ATINGE PARCIALMENTE OS OBJETIVOS

(3) ATINGE TOTALMENTE OS OBJETIVOS (4) NÃO SABE INFORMAR

O QUE VOCÊ MODIFICARIA NO PROGRAMA QUANTO AO ESCOPO DA ATIVIDADE FÍSICA?

ATIVIDADES (INCLUSÃO, EXCLUSÃO, DIVERSIFICAÇÃO) (1) SIM (2) NÃO

MATERIAIS (MELHORIA, COMPRA) (1) SIM (2) NÃO

LOCAIS (TROCA, MAIS LOCAIS/CONSTRUÇÃO, MELHORIA) (1) SIM (2) NÃO

FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES (1) SIM (2) NÃO

HORÁRIOS DAS ATIVIDADES (1) SIM (2) NÃO

PROFISSIONAIS/ESTAGIÁRIOS (TROCA, CONTRATAÇÃO/CONCURSO, FORMAÇÃO)

(1) SIM (2) NÃO

NÃO SABE INFORMAR (1) SIM (2) NÃO

ATÉ O MOMENTO FORAM ALCANÇADOS OS RESULTADOS DE CURTO PRAZO QUANTO AO ESCOPO DA ATIVIDADE FÍSICA?

(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SABE (4) PARCIALMENTE

COMO SÃO AVALIADOS OS RESULTADOS DAS AÇÕES QUE A GESTÃO DESENVOLVE EM CURTO PRAZO?

ATRAVÉS DE PESQUISA POPULACIONAL SOBRE O CONHECIMENTO RELACIONADO À ATIVIDADE FÍSICA E ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL AOS PARTICIPANTES DO POLO.

(1) SIM (2) NÃO

POR IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS PORTADORAS DE DCNT QUE PRECISAM FAZER ATIVIDADE FÍSICA.

(1) SIM (2) NÃO

POR MEIO DE QUANTIFICAÇÃO DO NÚMERO DE PESSOAS QUE MUDARAM SEUS HÁBITOS DE VIDA PARA MAIS SAUDÁVEL.

(1) SIM (2) NÃO

IDENTIFICANDO O NÚMERO DE ESPAÇOS PÚBLICOS DESTINADOS A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NO PERÍODO

(1) SIM (2) NÃO

NÃO SABE RESPONDER

(1) SIM (2) NÃO

ATÉ O MOMENTO FORAM ALCANÇADOS OS RESULTADOS PARA MÉDIO PRAZO QUANTO AO ESCOPO DA ATIVIDADE FÍSICA?

(1) SIM

(2) NÃO

(3) NÃO SABE

(4) PARCIALMENTE

COMO SÃO AVALIADOS OS RESULTADOS DAS AÇÕES QUE A GESTÃO DESENVOLVE EM MÉDIO PRAZO?

PESQUISA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO PROGRAMA SOBRE ESTILO DE VIDA.

(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 DAS RECOMENDAÇÕES RELACIONADOS À ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.

(1) SIM (2) NÃO

AVALIA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES NOS MUNICÍPIOS.

(1) SIM (2) NÃO

NÃO SABE RESPONDER

(1) SIM (2) NÃO

ATÉ O MOMENTO FORAM ALCANÇADOS OS RESULTADOS PARA LONGO PRAZO?

(1) SIM

(2) NÃO

(3) NÃO SABE

(4) PARCIALMENTE

COMO SÃO AVALIADOS OS RESULTADOS DAS AÇÕES QUE A GESTÃO DESENVOLVE EM LONGO PRAZO?

IDENTIFICAÇÃO DO ENGAJAMENTO DO ESTADO E RESPONSABILIDADE POLÍTICA SOBRE A 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 TRATAMENTO COM A SAÚDE 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 DE PESQUISA COM

PROFISSIONAIS E POPULAÇÃO.

(1) SIM (2) NÃO

IDENTIFICAÇÃO SE HOUVE DIMINUIÇÃO AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇA NO ESTADO.

(1) SIM (2) NÃO

IDENTIFICAÇÃO DE QUAIS AÇÕES SOCIAIS FORAM PROPORCIONADAS PELO PROGRAMA.

(1) SIM (2) NÃO

IDENTIFICAÇÃO SE HOUVE AUMENTO E FORTALECIMENTO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS NO MUNICÍPIO.

(1) SIM (2) NÃO

NÃO SABE

(1) SIM (2) NÃO

QUAIS OS PRINCIPAIS MATERIAIS PERMANENTES FORAM ADQUIRIDOS PELO PROGRAMA? *(PODE CITAR MAIS DE UM)*

COMPUTADORES, DATA SHOW E EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA

(1) SIM (2) NÃO

EQUIPAMENTOS ÁUDIO VISUAL (MAQUINA FOTOGRÁFICA E FILMADORA)

(1) SIM (2) NÃO

APARELHOS DE SOM

(1) SIM (2) NÃO

EQUIPAMENTOS DE AVALAÇÃO FÍSICA

(1) SIM (2) NÃO

MATERIAIS DE GINÁSTICA (PESO, COLCHONETE, HALTERES)

(1) SIM (2) NÃO

OUTROS

(1) SIM (2) NÃO

QUAIS OS PRINCIPAIS MATERIAIS DE CONSUMO FORAM ADQUIRIDOS OU PRODUZIDOS PARA O PROGRAMA? *(PODE CITAR MAIS DE UM)*

FOLDERS, BANNERS, MATERIAIS EDUCATIVOS

(1) SIM (2) NÃO

CAMISETAS, BONÉS

(1) SIM (2) NÃO

STEPS, COLCHONTES E HALTERES

(1) SIM (2) NÃO

SOM E MICROFONE

(1) SIM (2) NÃO

OUTROS

(1) SIM (2) NÃO

APÊNDICE C – ENTREVISTA COM GESTORES

