

## BARREIRAS PARA O FUNCIONAMENTO DOS POLOS NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE EM SANTA CATARINA

### BARRIERS TO IMPLEMENTATION OF ACADEMIA DA SAÚDE PROGRAM IN SANTA CATARINA

Francisco Timbó de Paiva Neto<sup>1</sup>, Giovana Zarpellon Mazo<sup>2</sup>, Paula Fabrício Sandreschi<sup>1</sup>, Daniel Rogério Petreça<sup>2</sup> e Cassiano Ricardo Rech<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.  
<sup>2</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.

#### RESUMO

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Academia da Saúde (PAS) com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde a partir da implantação de polos para a orientação de práticas corporais, atividade física e lazer resultando em modos de vida saudáveis. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos gestores de programas de atividade física sobre as barreiras para o funcionamento dos polos do PAS em Santa Catarina (SC). Realizou-se um estudo transversal, com 26 gestores (61,5% mulheres) de programas de atividade física. As informações foram obtidas a partir de um questionário desenvolvido para avaliação de intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde. Foi utilizada estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa) para análise dos dados. Os resultados destacaram como principais barreiras a falta de recursos humanos, falta de incentivo da chefia, falta de condições materiais, instalações, equipamentos e a falta de instrumentos padronizados para realizar a avaliação das ações. Conclui-se que barreiras organizacionais, de infraestrutura e recursos humanos são presentes no cotidiano das ações do PAS em SC.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde. Programas de saúde. Gestor de Saúde. Atenção Básica à Saúde.

#### ABSTRACT

The Ministry of Health established the Academia da Saúde Program (PAS) with the objective of contributing to the promotion of health, the implementation of policies for the conduct of physical activities, physical activity and leisure and the reduction of healthy lifestyles. The objective of this study was to identify managers of physical activity programs on the barriers to the operation of the PAS poles in Santa Catarina (SC). A cross-sectional study was carried out with 26 managers (61.5% women) of physical activity programs in Santa Catarina. As compensation payments were withdrawn from the base for updating health statistics. Descriptive statistics (mean, standard avoidance, absolute and relative frequency) were made for data analysis. The results triggered a lack of human resources, lack of leadership, lack of materials, facilities, equipment and a lack of standardized instruments to carry out an evaluation of actions. It was concluded that organizational, infrastructure and human resources barriers are present in the day-to-day actions of PAS in SC.

**Keywords:** Health Promotion. Health Programs. Health Manager. Primary Health Care.

#### Introdução

A prática regular de atividades físicas está associada com melhores condições de saúde e qualidade de vida<sup>1</sup>. Promover o comportamento ativo é uma das prioridades do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil entre 2011 e 2022<sup>2</sup>.

Para tanto, dentre as ações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Academia da Saúde (PAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº. 719, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infra-estrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais, atividade física e lazer, resultando em modos de vida saudáveis<sup>3</sup>. A partir de 2013, o PAS passou a se configurar como ponto de atenção que complementa e potencializa as ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica<sup>3</sup>.

O PAS compõe uma política pública, cujo processo de construção de polos ou implementação das ações alcançou, em 2016, 2849 secretarias municipais de saúde habilitadas com programa, as quais apresentavam 856 polos em funcionamento no país<sup>4</sup>. Tendo em vista que os princípios do SUS e as políticas de saúde propõem a reorganização das ações com vistas à interdisciplinaridade<sup>5,6</sup>, torna-se importante investigar o funcionamento dos polos do programa, além das barreiras neles encontradas.

Programas similares como o Academia da Cidade, dos estados de Pernambuco e Sergipe apresentaram evidências que incluem inquéritos populacionais sobre a associação entre a participação nos programas e níveis de atividade física; observação de praças, parques e outras áreas com e sem ações dos programas; inquéritos com profissionais, usuários e não usuários e avaliação histórica<sup>7-9</sup>.

Santa Catarina possuía, em 2016, 124 secretaria municipais de saúde com PAS construído ou similar, nas quais 45 estavam em funcionamento<sup>10</sup>. Foi o único estado da região sul a obter 100% de participação no monitoramento do programa nesse ano, sendo um dos seis estados do país a realizar este feito<sup>4</sup>, por isto merece destaque e ser investigado. O monitoramento do PAS permite compreender o processo de implementação de suas ações que pode se dar a partir de diferentes contextos importantes, como: do planejamento, que permite avaliar os aspectos positivos e as dificuldades do programa, considerando as influências do ambiente em que está inserido, para que se possa formular estratégias e metas para serem implementadas<sup>11</sup>; da operacionalização, no qual as tarefas que foram planejadas anteriormente são colocadas em prática e dependem diretamente de uma boa liderança, motivação e comunicação<sup>12</sup>; e da avaliação que pode ser entendida como o acompanhamento contínuo e cotidiano da execução dos programas e podem ser feitas por diferentes indicadores, permitindo que o gestor visualize o desempenho do programa, e descobrindo se as metas estão sendo alcançadas<sup>13</sup>.

Apesar do PAS estar instituído no Brasil desde 2011 e seja apontado como um importante elemento para a ampliação do escopo das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>6</sup>, até o presente momento, não existem na literatura, estudos que descrevam as barreiras percebidas pelos gestores dos polos para implementação de ações no âmbito deste programa. Evidências sobre barreiras relacionadas ao PAS encontradas na literatura apresentaram foco na participação de usuários em programas de atividade física e modos de vida saudáveis<sup>10,14</sup>.

Em termos da avaliação do PAS, torna-se crucial a percepção do gestor sobre o desempenho relacionados às metas alcançadas<sup>13</sup>. Deste modo, destaca-se a importância de investigar a percepção do gestor de programas de atividade física em relação as barreiras encontradas para o funcionamento de ações de planejamento, operacionalização e avaliação do PAS em Santa Catarina, para que novas estratégias e ações sejam tomadas.

Assim, este estudo tem como objetivo identificar a percepção dos gestores de programas de atividade física sobre as barreiras para implementação de ações de planejamento, operacionalização e avaliação nos polos do Programa Academia da Saúde em Santa Catarina que impactam diretamente no funcionamento dos mesmos.

## **Métodos**

### *Delineamento do estudo*

Trata-se de um estudo transversal com análise de dados quantitativos. Este estudo é derivado de uma pesquisa intitulada “Avaliação de programas de promoção de atividade física no estado de Santa Catarina- APAF”, realizada pelo Laboratório de Gerontologia- LAGER, do Centro de Ciência da Saúde e do Esporte (CEFID), da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e com apoio da Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina. Todos os

procedimentos do estudo foram aprovados pelo comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da UDESC (protocolo CAAE: 7414515.0.0000.0118).

### *Local do estudo*

O estudo foi realizado no estado de Santa Catarina, Brasil, que possui atualmente, 295 municípios e que tem como capital o município de Florianópolis<sup>15</sup>. O estado é dividido em seis mesorregiões político-administrativas: Grande Florianópolis (21 municípios), Norte Catarinense (26 municípios), Oeste Catarinense (118 municípios), Serrana (30 municípios), Sul Catarinense (46 municípios) e Vale do Itajaí (54 municípios)<sup>15</sup>. Destaca-se, que Santa Catarina, em 2016, foi o único estado da região sul e um dos seis estados brasileiros que realizou o monitoramento do PAS em sua totalidade<sup>4</sup>.

### *População e amostra*

A população do estudo foi composta por gestores de programas de atividade física que atuavam nas Secretarias Municipais da Saúde (SMS) dos 295 municípios do estado. Para definição destes, primeiramente foi enviado documento eletrônico e correspondência aos 295 Secretários Municipais de Saúde de Santa Catarina realizando convite para pesquisa e solicitando responder um questionário, onde uma das questões era referente a realização de programa de atividade física pela secretaria. Dos 295 secretários, 146 aceitaram em participar do estudo e responderam que tinham programas de atividade física.

Para obter uma amostra representativa de gestores de programas de atividade física, foi realizado cálculo amostral com intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5% e nível de heterogeneidade de 50% segundo equação proposta por Bartlett et al.<sup>16</sup>, resultando em 128 gestores. Para fazer parte do presente estudo, adotou-se como critérios de inclusão a atuação do gestor de programas de atividade física em polos do PAS e o exercício do cargo há pelo menos seis meses. A partir destes, foi realizado contato, por telefone e por documento eletrônico (e-mail), com 128 gestores das SMS. Destes, 26 gestores atenderam aos critérios de inclusão, aceitaram participar da pesquisa e responderam o questionário do estudo, os quais constituíram a amostra do presente estudo, distribuídos nas mesorregiões político-administrativas do estado, sendo 12 no Oeste Catarinense, dois no Norte Catarinense, quatro no Vale do Itajaí, quatro na região Serrana e quatro no Sul Catarinense.

### *Instrumento de coleta de dados*

O instrumento de coleta de dados teve como base algumas questões do questionário desenvolvido para avaliação de intervenções para promoção da atividade física na atenção básica à saúde (versão coordenador) do Projeto SUS+Ativo, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde da Universidade de Pernambuco<sup>17</sup>. Foram coletadas informações sobre condições sociodemográficas de sexo (masculino e feminino) e estado civil (solteiro, casado e divorciado) além de informações socioeconômica de renda (em salários mínimos) área de formação profissional (educação física, enfermagem, administração e fisioterapia), tipo de pós-graduação realizada ou em andamento (especialização, residência e mestrado) e vínculo com a secretaria municipal de saúde (efetivo e temporário/comissionado). Os gestores também foram questionados sobre os principais motivos que dificultaram o funcionamento de ações de planejamento, operação/atendimento aos usuários do programa, e as principais barreiras para realização ao monitoramento e avaliação (sim versus não). Também, foram utilizados dados populacionais e índices de desenvolvimento humano (IDH) dos municípios de Santa Catarina, fornecidos pelo IBGE<sup>18,19</sup> e PNUD<sup>20</sup>.

### *Coleta de dados*

Para a coleta de dados contatos por telefone, documento eletrônico (e-mail) e correspondência foram realizados com os 26 gestores que atuam em polos do PAS. Inicialmente foi feito o convite ao gestor, via telefone, para participar da pesquisa. Com o aceite, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (via e-mail). Logo após, foi enviado por e-mail o questionário no formato do Google Forms® para ser respondido. Essa etapa foi realizada de junho a setembro de 2016 por pesquisadores previamente treinados. Foi estipulado um prazo de 15 dias para a resposta. Foram efetuados no máximo 7 contatos para obtenção das respostas dos gestores.

### *Variáveis do estudo*

Apresentam-se como principais variáveis as barreiras para funcionamento dos polos, como motivos mais relevantes que dificultaram a realização de ações de planejamento, a operação/atendimento aos usuários do programa e ao monitoramento e avaliação. Estas foram avaliadas de forma dicotômica (sim versus não), que indicava a presença ou ausência da barreira.

Além disso, o estudo considerou características sociodemográficas como sexo (masculino e feminino) e estado civil (solteiro, casado e divorciado) e renda (1 a 2, 3 a 4 e 5 a 10 salários mínimos); a área de formação profissional (educação física, enfermagem, administração e fisioterapia); o tipo de pós-graduação realizada ou em andamento (especialização, residência e mestrado); e o vínculo com a secretaria municipal de saúde (efetivo e temporário/comissionado).

Também, os dados dos municípios foram categorizados, como: tamanho populacional (pequeno 1: até 20 mil habitantes; pequeno 2: de 20.001 a 50 mil habitantes; médio: de 50.001 a 100 mil habitantes; grande: 100.001 a 900.000 habitantes; e metrópole: mais de 900 mil habitantes)<sup>15</sup>; IDH (muito baixo: 0,000 – 0,499; baixo: 0,500 – 0,599; médio: 0,600 – 0,699; alto: 0,700 – 0,799; e muito alto: 0,800 – 1,000)<sup>20</sup>.

### *Análise estatística*

Os dados gerados, pelo preenchimento do questionário no Google Forms®, foram transportados para uma planilha no programa Microsoft Excel 2016® e posteriormente, importados para o *software* estatístico IBM SPSS® versão 20.0 para a realização da estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa).

## **Resultados**

Participaram do estudo, 26 gestores (61,5% mulheres) com média de idade de 33,7 (dp  $\pm$  7,1 anos). Entre estes, 46,2% atuavam em polos localizados no Oeste Catarinense e 80,9% em municípios até 20 mil habitantes. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 76,9% dos municípios avaliados tem índice alto<sup>20</sup>. No que se refere à formação, apenas um gestor não é graduado, 76,9% possui pelo menos uma Pós-Graduação. A maioria dos gestores tem formação em Educação Física (50%) e apenas um não é formado na área da saúde.

Em relação ao vínculo com a Secretaria Municipal da Saúde, 42,3% deles tem cargo efetivo e 57,7% está com um cargo temporário ou comissionado. O gestor que atua a mais tempo no Sistema Único de Saúde está há 21 anos e o que está a menos tempo em serviço encontra-se vinculado há apenas oito meses (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas, de formação e vínculo com a Secretaria Municipal do gestores do Programa Academia da Saúde participantes do estudo. Santa Catarina (n=26), 2016

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	16	61,5
Masculino	10	38,5
<b>Renda (em salários mínimos)*</b>		
1 a 2	14	53,8
3 a 4	7	26,9
5 a 10	5	19,2
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	10	38,5
Casado	12	46,2
Divorciado	4	15,4
<b>Pós-graduação**</b>		
Especialização	20	76,9
Residência	1	3,8
Mestrado	2	7,7
<b>Área de formação</b>		
Enfermagem	5	19,2
Educação Física	13	50,0
Administração	1	3,8
Fisioterapia	6	23,1
<b>Vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde</b>		
Efetivo	11	42,3
Temporário/comissionado	15	57,7

**Legenda:** n= número de gestores; %= percentual dentro da amostra; \*salário mínimo R\$ 788,00, valor vigente até 30 de abril de 2016; \*\* Pós-graduação concluída ou em andamento

**Fonte:** Os autores

Quanto às barreiras para o planejamento de ações no polo os gestores relataram como mais frequentes a falta de recursos humanos (26,9%) e falta de incentivo da chefia (19,2%). Para operacionalização as barreiras mais citadas foram falta de condições materiais (26,9%), falta de incentivo da chefia (19,2%) e inadequação das instalações físicas (19,2%). Para avaliação, os participantes do estudo citaram a falta de instrumentos padronizados (23,0%) e a falta de recursos humanos (23,0%) como as principais barreiras. No geral, 42,3% dos gestores relataram a inexistência de barreiras para ações em seu respectivo polo. Sendo, que 30,8% dos gestores informaram não ter barreiras para planejamento, 50% acreditam não existir barreiras para operacionalização e 46,2% não relataram barreiras para avaliação de ações em seus polos (Tabela 2).

**Tabela 2.** Barreiras percebidas por gestores para planejamento, operacionalização e avaliação de ações nos polos do Programa Academia da Saúde. Santa Catarina. (n=26), 2016

<b>Barreiras percebidas</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Barreiras para Planejamento</b>	Falta de recursos humanos	7	26,9
	Falta de incentivo da chefia	5	19,2
	Falta de aplicação prática	3	11,5
	Falta de tempo	3	11,5
	Falta de incentivo dos colegas	2	7,6
	Falta de conhecimento dos profissionais	1	3,8
	Não percebem nenhuma barreira para planejamento	8	30,8
<b>Barreiras para Operacionalização</b>	Falta de condições materiais	7	26,9
	Falta de incentivo da chefia	5	19,2
	Inadequação das instalações físicas	5	19,2
	Falta de equipamentos e materiais	4	15,3
	Inadequação de equipamentos disponíveis	4	15,3
	Falta de conhecimento dos profissionais	2	7,6
	Falta de incentivo dos colegas	2	7,6
	Falta de tempo	2	7,6
	Falta de metodologias padronizadas	1	3,8
	Não percebem nenhuma barreira para operacionalização	13	50,0
<b>Barreiras para Avaliação</b>	Falta de instrumentos padronizados	6	23,0
	Falta de recursos humanos	6	23,0
	Falta de incentivo da chefia	4	15,3
	Falta de tempo	3	11,5
	Falta de conhecimento dos profissionais	2	7,6
	Falta de incentivo dos colegas	2	7,6
Não percebem nenhuma barreira para avaliação	12	46,2	

Fonte: Os autores

## Discussão

Os principais resultados deste estudo revelam que um número expressivo dos gestores entrevistados não percebem nenhuma barreira para o funcionamento seu polo. Destaca-se como as principais barreiras a falta de recursos humanos, falta de incentivo da chefia, falta de condições materiais, instalações, equipamentos e a falta de instrumentos padronizados para realizar a avaliação das ações. Os resultados apontam importantes fatores que necessitam ser considerados para que os polos tenham condições de atingir suas metas e potencial de atendimento na atenção básica à saúde. O PAS foi criado com foco em ações prioritárias em promoção da atividade física, contudo, sua reformulação em 2013, ampliou seu escopo de atuação, passando a atender ao objetivo de promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção do cuidado, entre outros, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais<sup>21</sup>. Com isso, identificar as barreiras que podem limitar o atendimento a esse objetivo pode ser importante para a maior efetividade do programa e reestruturação deste.

Entre as barreiras relatadas pelos gestores do PAS para planejamento, a falta de recursos humanos, ou seja, de profissionais capacitados para atuar nos polos, foi uma das questões mais mencionadas (26,9%). Há diversas dificuldades em relação a formação de profissionais qualificados, pois é necessário obter um conjunto de variáveis, no qual é preciso aliar a teoria com a prática<sup>22</sup>. Em um estudo realizado em uma grande cidade do estado de São Paulo que tinha como objetivo compreender a percepção dos usuários do SUS no atendimento na atenção primária, foi relatada a falta de profissionais e a alta rotatividade dos mesmos nas

unidades de saúde<sup>23</sup>. Sendo assim, a formação de recursos humanos qualificados e engajados é crucial para desenvolvimento de políticas públicas e vem preocupando planejadores da área da saúde. Profissionais formados e comprometidos podem garantir a qualidade do atendimento à população, seguindo os princípios que norteiam o SUS<sup>24,25</sup>. O Ministério da Saúde promove desde 2015 o curso de Implementação da PNPS, com foco no PAS, o que pode a longo prazo, auxiliar na aplicação de mecanismos de gestão e planejamento das ações nos respectivos cenários de prática.

Além disso, a falta de incentivo da chefia foi reportada como importante barreira para funcionamento dos polos do PAS, sendo prevalente nos três contextos – planejamento, operacionalização e avaliação. Essa barreira pode estar relacionada com a situação do vínculo empregatício, no qual pouco mais da metade dos participantes (57,7%) ocupa cargo temporário ou comissionado. A estabilidade financeira dos efetivos (42,3%) possivelmente traria um melhor desempenho em suas funções, visando o interesse público e não particular<sup>26</sup>. Sendo assim, pela maioria dos gestores deste estudo apresentar um vínculo temporário ou comissionado, a elaboração das atividades de gestão do programa pode estar sendo comprometida e afetando o desenvolvimento do PAS, visto que a contratação sem concurso limita a continuidade das propostas e vínculos com as comunidades, o que pode resultar na sensação de não pertencimento do profissional àquela realidade, comprometendo a implementação de ações nos polos.

Outro fator que contribui para o incentivo são as relações interpessoais, vínculos são de extrema importância para as pessoas e podem influenciar a vida de um indivíduo em relação a sua saúde física, mental e comportamental<sup>27</sup>. Estas constatações foram percebidas em um estudo que associou diretamente a satisfação no trabalho com os níveis de apoio social na empresa e concluiu que os funcionários que tinham alto nível de apoio apresentaram-se aproximadamente quatro vezes mais satisfeitos no trabalho<sup>28</sup>. Assim, a falta de incentivo no âmbito de trabalho pode afetar diretamente no desempenho das pessoas. Corroborando esses resultados, em Recife, gestores do PAS relataram baixa articulação entre os profissionais do programa com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família<sup>29</sup>. Para uma adequada implementação do PAS, sugere-se que os gestores tenham uma integração multiprofissional, articulado diversos atores como várias categorias profissionais e também a comunidade, nas ações de planejamento, execução e avaliação das ações do programa.

A operacionalização das ações do PAS tiveram um elevado relato de barreiras relatadas, especialmente relacionadas com a falta de condições materiais, instalações e equipamentos para realização das atividades. Resultados do relatório de monitoramento do PAS, em 2015, mostram que apenas 9,9% dos polos da região Sul do país recebem contrapartida municipal para aquisição de materiais de consumo e 9,7% recebem contrapartida municipal para aquisição de material permanente, ou seja, o polo limitava-se muitas vezes a oferecer um escopo ampliado de ações por falta de insumos<sup>10</sup>.

Outro aspecto a ser considerado é quanto as condições climáticas de Santa Catarina que são subtropicais, no qual há estações do ano bem definidas, verões quentes e invernos frios, e estes climas extremos podem comprometer a adesão de usuários e um bom funcionamento do PAS. No presente estudo a inadequação das instalações físicas foi outra barreira consideravelmente citada entre os gestores no que diz respeito à operacionalização de ações nos polos (19,2%). Estudo que aborda barreiras e facilitadores organizacionais de programas de Atividade Física no SUS, aponta que a falta de espaços adequados como a grande barreira para o desenvolvimento e execução de iniciativas de promoção da Atividade Física<sup>30</sup>, também, em estudo realizado com os usuários e monitores de programa na Academia da Cidade no município de Belo Horizonte, relataram a necessidade de melhoria nos equipamentos<sup>31</sup>. Ferreira et al.<sup>32</sup> consideram que as estruturas oferecidas pelo Ministério da Saúde são consideradas insuficientes, tanto em seu espaço físico como na sua funcionalidade.

Com isto, observa-se que os espaços físicos e as instalações do PAS devem melhorar e levar em conta as condições climáticas do local.

Foi considerada como uma barreira a ausência de instrumentos padronizados para avaliação das ações do PAS (23,0%). Metodologias padronizadas de avaliação dos programas de Atividade Física podem auxiliar o desenvolvimento dos mesmos, principalmente se estes forem governamentais. Essas metodologias podem ajudar a direcionar as intervenções para ações mais eficientes, assim como reparar os gastos públicos<sup>33</sup>. Estudos realizados permitem identificar distinções, por vezes conflituosas, de conceitos fundamentais à atividade de avaliação, com repercussões operacionais, e sugerem o aprofundamento das noções de eficiência, eficácia e efetividade na avaliação de políticas públicas e, de forma correlata, de resultados, efeitos, mudanças e impactos<sup>34,35</sup>. Em outro plano, essa questão também diz respeito às prioridades sobre de avaliação a serem consideradas no interesse dos programas de atividade física. O uso de metodologias padronizadas cria um padrão de avaliação para os gestores tornando a identificação das variáveis uma linguagem comum, do contrário, estas poderiam ser esquecidas ou feitas de modo equivocado<sup>33</sup>. Sugere-se uma maior articulação entre as esferas do governo federal, estadual e municipal para que as políticas e diretrizes existentes no Ministério da Saúde cheguem ao dia-a-dia dos usuários do SUS.

Neste estudo é necessário considerar algumas limitações como os contatos telefônicos e questionários utilizados na forma de autopreenchimento que podem apresentar subjetividade aos gestores no entendimento das questões. Ao revelar certa condução no preenchimento, o entendimento do instrumento por parte dos gestores poderia se apresentar mais alinhado. Porém, existe uma dificuldade em contatar os coordenadores, devido às suas atribuições e também a extensa área territorial do estado, o que inviabiliza a aplicação em outro formato de coleta de dados. A amostra representa 40% do total de polos habilitados e em funcionamento em Santa Catarina em 2016. Assim, não representam todos os gestores de polos de Santa Catarina. Porém, observou-se a inclusão de gestores de diferentes regiões e tamanhos de municípios, o que pode melhorar a distribuição do grupo investigado.

## Conclusões

No geral, as barreiras mais percebidas foram a falta de recursos humanos e a falta de instrumentos padronizados para avaliação das ações. Um considerável número dos gestores não percebeu nenhuma barreira tanto no contexto do planejamento, quanto de operacionalização e avaliação. Este estudo poderá ser utilizado para que municípios que irão implementar o PAS futuramente possam considerar as barreiras aqui apresentadas a fim de minimizar e resolver problemas que possam existir e para que o Programa tenha mais recursos para uma boa consolidação no cenário da atenção básica no Brasil. Os monitoramentos anuais e estudos são importantes meios para investigar outras possíveis barreiras para o PAS, necessitando continuidade e amplitude, buscando além da percepção dos gestores envolvidos no funcionamento dos polos, a dos secretários municipais de saúde e dos seus usuários.

## Referências

1. Physical Activity Guidelines (PAG). Department of Health and Human Services [Internet]. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report [acesso em 20 mar 2018]. Disponível em: [https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/pdf/PAG\\_Advisory\\_Committee\\_Report.pdf](https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/pdf/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf).
2. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [acesso em 20 mar 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>

3. Ministério da Saúde [Internet]. Portaria nº 2.681, de 7 de nov. de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil [acesso em 20 mar 2018]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html)
4. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde : ciclo 2016. [acesso em 20 mar 2018]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama\\_academia\\_saude\\_monitoramento\\_programa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf)
5. Guarda FRB, Silva RN, Araújo Júnior JLAC, Freitas MIF, Santos Neto PM. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. Rev Pan-Amaz Saúde 2014;5(4):63-74. Doi: 10.5123/S2176-62232014000400008
6. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. Cienc Saúde Colet 2014;19(11):4301-4311. Doi: 10.1590/1413-812320141911.07732014
7. Hallal PC, Tenorio MC, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DK. Avaliação do programa de promoção da atividade física academia da cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: Percepções de usuários e não-usuários. Cad Saúde Pública 2010;26(1):70-78. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100008>
8. Mendonça BC, Oliveira AC, Toscano JJO, Knuth AG, Borges TT, Malta DC, et al. Exposure to a community-wide physical activity promotion program and leisure-time physical in Aracaju, Brazil. J Phys Act Health 2010;7(Suppl 2):S223-S228. Doi: <https://doi.org/10.1123/jpah.7.s2.s223>.
9. Knuth AG, Simões EJ, Reis RS, Hallal PC, Cruz DKA, Zanchetta LM, et al. Atividade física no Brasil: Uma revisão de evidências em experiências selecionadas. In: Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 347-361.
10. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, Andrade SSCA, Oliveira TP, Silva MMA, et al. O programa academia da saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: Cenário nacional de implementação. Cienc Saúde Colet 2016;21(6):1849-1859. Doi: 10.1590/1413-81232015216.09562016
11. Mintzberg H. Criando organizações eficazes. 2.ed. São Paulo: Atlas; 2006.
12. Lopes A, Alves EAL. Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região: Noções de Administração Geral/Pública. Brasília: Vestcon Editora Ltda; 2013.
13. Vaitsman J, Rodrigues RWS, Paes SR. O Sistema de avaliação e monitoramento das políticas e programas sociais: A experiência do ministério do desenvolvimento social e combate à fome do Brasil. 1.ed. Brasília: Unesco; 2006.
14. Figueira TR, Lopes ACS, Modena CM. Barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde. Rev Nutr 2016;29(1):85-95. Doi: 10.1590/1678-98652016000100009.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasil em síntese [acesso em 15 mar 2018]. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br>.
16. Bartlett JE, Kotrlík JW, Higgins CC. Organizational research: determining appropriate sample size in survey research. Information, Technology, Learning and Performance Journal 2001;19(1):43-50.
17. Barros M, Lemos E, Silva J, Silva C, Fosenca S, Tassitano R. 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. RBAFS 2016 21(5):388-399. Doi: 10.12820/rbafs.v.21n5p388-399
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo demográfico [acesso em 18 mar 2018]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros [acesso em 15 mar 2018]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa\\_dou.s.htm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.s.htm).
20. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) [Internet]. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [acesso em 28 mar 2018]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde [Internet]. Monitoramento do programa Academia da Saúde Brasil em Santa Catarina [acesso em 28 mar 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/29/DEVOLUTIVA-NACIONAL---cen--rio-SANTA-CATARINA--2015.pdf>.

22. Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação* 2016;20(56):147-158. Doi: 10.1590/1807-57622015.0395
23. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Revista Saúde Debate* 2014;38(supl 1):252-264. Doi: 10.5935/0103-1104.2014S019
24. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Cienc Saúde Colet* 2016;21(6):1683- 1694. Doi: 10.1590/1413-81232015216.07572016
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Política Nacional de Promoção da Saúde [acesso em: 25 mar. 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf).
26. Pavani DE. Limites ao provimento dos cargos em comissão sob o prisma dos princípios da administração pública. [Dissertação de Mestrado em Direito Político e Econômico]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie. Programa de Pós-Graduação em Direito Político e Econômico; 2014.
27. Brough P, Pears, J. Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. *Intern Journal of Org Behaviour* 2004;8(2): 472-485.
28. Fonseca ISS, Araújo TM, Bernardes KO, Amado N. Apoio social e satisfação no trabalho em funcionários de uma empresa de petróleo. In: Lacerda F, Guzzo, RSL. *Psicologia para América Latina*. 2. Ed. São Paulo: Alínea; 2013, p 43-56.
29. Silva RN, Guarda FRB, Hallal PC, Martelli PJJ. Avaliabilidade do programa academia da saúde no município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017;33(4):1-16. Doi: 10.1590/0102-311X00159415
30. Borges RA. Programas de promoção de atividade física no SUS: Barreiras e facilitadores organizacionais. [Dissertação de Mestrado em Educação Física]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação Física; 2014.
31. Silva K, Sena R, Matos J, Lima K, Silva P. Acesso e utilização da academia da cidade de Belo Horizonte: perspectiva de usuários e monitores. *RBAFS* 2014;19(6):700-711. Doi: <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.19n6p700>
32. Ferreira T, Cipolotti M, Marques B, Miranda M. A inserção do Profissional de educação física nos núcleos de apoio a saúde da família: Visão dos profissionais. *RBAFS* 2016;21(3):228-236. Doi: 10.12820/rbafs.v.21n3p228-236
33. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde [Internet]. Avaliação de Efetividade de Programas de Educação Física no Brasil [acesso em: 25 mar. 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_efetividade\\_programas\\_atividade\\_fisica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf).
34. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani, TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: Revisão sistemática da literatura. *Cienc Saúde Colet* 2015; 20(10):3242-3253. Doi: 10.1590/1413-812320152010.14612014
35. Fraccolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: Revisão de literatura e metassíntese. *Cienc Saúde Colet* 2014;19(12):4851-4860. Doi: 10.1590/1413-812320141912.00572014

**Agradecimentos:** Ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) por meio das bolsas de mestrado, doutorado e produtividade concedidas

**ORCID** dos autores:

Francisco Timbó de Paiva Neto: 0000-0002-5477-3645

Giovana Zarpellon Mazo: 0000-0002-7813-5592

Paula Fabrício Sandreschi: 0000-0001-6487-2359

Daniel Rogério Petreça: 0000-0002-6006-4861

Cassiano Ricardo Rech: 0000-0002-9647-3448

Recebido em 28/05/18.

Revisado em 22/11/18.

Aceito em 20/12/18.

---

**Endereço para correspondência:** Francisco Timbó de Paiva Neto. Departamento de Educação Física, Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n - Trindade, Florianópolis - SC, 88040-900. E-mail: [timbonetto@gmail.com](mailto:timbonetto@gmail.com)